

MÓDULO
5

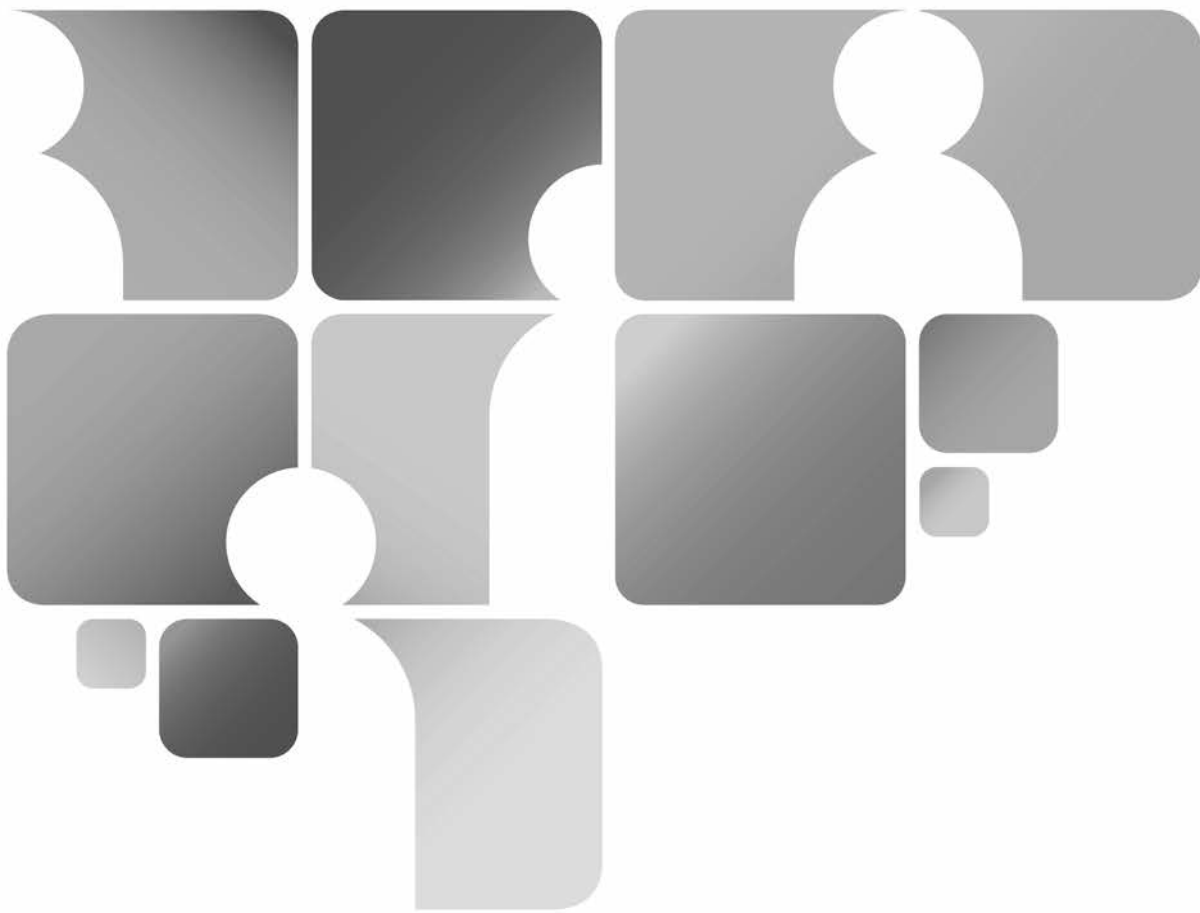
**POLÍTICAS
DE SALUD**



salud.gob.ar



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación



**POLÍTICAS
DE SALUD**

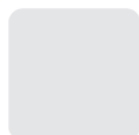
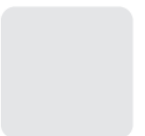


SALUD SOCIAL Y COMUNITARIA

| | |
|---|-----|
| ■ Prólogo | 7 |
| ■ Consideraciones generales | 9 |
| ■ Presentación del módulo | 11 |
| ■ Unidad 1 Políticas de salud | 15 |
| 1. Políticas públicas | 18 |
| 2. Política de salud..... | 25 |
| ■ Unidad 2 El sistema de salud argentino | 33 |
| 1. Historia. | 36 |
| 2. El sistema de salud argentino. | 39 |
| 3. El papel del Estado | 43 |
| 4. El financiamiento del sistema | 46 |
| ■ Unidad 3 Plan Federal | 67 |
| 1. ¿Por qué el Plan Federal?..... | 69 |
| 2. La visión del Plan Federal | 71 |
| 3. Metodología del Plan Federal | 73 |
| 4. La APS renovada..... | 75 |
| ■ Unidad 4 Programas y políticas en el marco del Plan Federal | 91 |
| 1. Políticas y programas de salud Materno materno-infantil..... | 93 |
| 2. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable | 105 |
| 3. Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, Sida y ETS | 107 |
| 4. Política nacional de medicamentos | 109 |
| 5. Políticas de recursos humanos | 115 |
| ■ Evaluación | 125 |
| ■ Anexo - Guías Metodológicas y lecturas complementarias..... | 135 |
| ■ Bibliografía General del Módulo | 147 |



Consideraciones Generales



Presentación del módulo

En los módulos anteriores seguramente ha podido establecer un marco conceptual general sobre la sociedad, la salud y la relación entre ellas. Asimismo, debe haber efectuado un reconocimiento general sobre su área programática.

Ha podido concebir a la epidemiología como una herramienta para el trabajo comunitario.

El ambiente ha tomado su lugar como actor involucrado en la salud comunitaria.

En este módulo trabajaremos sobre una concepción de las políticas de salud cercana a la realidad concreta y la comunidad que nos permita tomar conciencia sobre la manera en que repercuten e interactúan con la salud de la población.

Esta posibilidad de acercar a la realidad concepciones abstractas ayuda también a participar y concebir los cambios necesarios para mejorar la implementación de planes y programas.

El profundo conocimiento del Plan Federal de Salud y de los programas nacionales prioritarios constituirá un modo de optimizar la atención de cada comunidad.

Sobre la base de lo expuesto, se trabajará en torno a núcleos problemáticos que en gran medida determinan las prácticas socio-sanitarias profesionales e institucionales. Entre ellos:

- **¿Cómo está compuesto nuestro sistema de salud?**
- **¿Cómo funciona dicho sistema? ¿Cuál es la dinámica de funcionamiento?**
- **¿Cuáles son los valores y principios que lo rigen?**
- **¿Cuáles son los puntos centrales del Plan Federal de Salud?**
- **¿En qué consiste la estrategia de APS?**
- **¿Cuáles son los planes y programas pilares del sistema?**

Conceptos clave del módulo

- **Sistema de salud. Estructura. Componentes.**
- **Funcionamiento y dinámica.**
- **Organización del sistema. Niveles de complejidad y atención.**
- **Valores y principios.**
- **Papel del Estado.**



Para recordar las distintas actividades propuestas para el trabajo con cada módulo le sugerimos que vuelva a leer la presentación del Módulo 1.

- **Gasto en salud.**
- **Plan Federal de Salud.**
- **Estrategia de APS.**
- **Programas nacionales de salud.**

El material didáctico se organiza en cuatro unidades didácticas, en las que se desarrollarán conceptos de manera progresiva:

- **Unidad 1: Políticas de salud**
- **Unidad 2: El sistema de salud argentino**
- **Unidad 3: Plan Federal**
- **Unidad 4: Programas y políticas en el marco del Plan Federal.**

Al igual que en los otros módulos, en este material de autoaprendizaje encontrará:

- **Textos** seleccionados y contribuciones especializadas.
- **Actividades** que promueven la integración de los conocimientos aprendidos mediante la lectura y el análisis de sus propias prácticas y de la comunidad en la que trabaja. Estas actividades son de distinto tipo:
 - **Actividades iniciales**, como apertura al tratamiento de cada unidad.
 - **Actividades de campo** en el contexto de la comunidad local.
 - **Actividades de reflexión** en torno a artículos, lecturas y casos-problemas.
 - **Actividades de exploración** en el contexto particular del servicio.
 - **Actividades de integración** de cada unidad.

Recuerde que las respuestas a estas actividades serán motivo de intercambio y discusión en las reuniones con el equipo tutorial.

Además el módulo incluye:

- Un **cuestionario de autoevaluación** para que compruebe el grado de apropiación y aprovechamiento de los contenidos.
- Una **actividad integradora final** del módulo que usted estará en condiciones de realizar una vez que haya completado las actividades aquí propuestas.
- Una lista de **bibliografía** utilizada en el desarrollo del módulo.

A su vez, el desarrollo de los contenidos estará acompañado por recursos didácticos. A continuación le presentamos la tabla de íconos que le permitirán identificar rápidamente los distintos recursos.



Actividades



Recomendaciones



Definiciones



Más información complementaria en el anexo de este material



Importante



Encontrará más información en la web de Médicos Comunitarios

Objetivos generales del Módulo Políticas de Salud

Al completar el estudio y las actividades de este módulo, estará en condiciones de:

- Describir el sistema de salud actual de nuestro país. Caracterizar a cada subsector. Comprender las relaciones entre los componentes del sistema.
- Identificar los principios en los que se basan la dinámica y el funcionamiento del sistema.
- Identificar los roles y funciones que le competen a cada miembro del sistema de salud.
- Reconocer los lineamientos políticos de salud actuales.
- Reconocer los aspectos organizativos del sistema que facilitan la implementación de políticas de salud.

- Caracterizar al plan Federal de salud como propuesta para los próximos años.
- Implementar la APS como estrategia integradora y organizadora del sistema.
- Valorar la participación y el compromiso con las políticas de salud como modo de colaborar en los procesos de cambio social.
- Caracterizar los principales planes y programas que se encuentran en funcionamiento.



Unidad 1



Políticas de salud

Introducción

Para poder analizar las políticas actuales de salud, necesitamos un marco conceptual mínimo en el que estén incluidos los siguientes conceptos:

- **Políticas públicas**
- **Agenda pública**
- **Sistema de salud**
- **Políticas sanitarias**
- **Valores**

Mediante esta unidad le proponemos abordar los siguientes **núcleos problemáticos**:

- **¿Qué es una política pública?**
- **¿Cómo se formula?**
- **¿Qué es un agenda pública? ¿Existen distintos tipos de agenda?**
- **¿Cómo se elabora?**
- **¿Qué es una política de salud?**
- **¿Desde qué perspectivas se puede analizar el sistema de salud?**
- **¿Qué es una política sanitaria?**
- **¿Cuáles son los valores que orientan las políticas de salud?**

Objetivos específicos

Deseamos que el material didáctico incluido en esta unidad le permita:

- Definir política pública.
- Identificar los pasos incluidos en el proceso de formulación de una política pública.
- Definir agenda pública. Clasificar los tipos de agenda. Caracterizar el proceso de elaboración de la agenda pública.
- Definir política de salud.
- Identificar las perspectivas de análisis del sistema de salud.
- Reflexionar sobre los valores que orientan las políticas sanitarias.
- Analizar algún ejemplo de política basada en la equidad y redistribución.

1. Políticas públicas

1.1. ¿Qué son las políticas públicas?



¿Concuerda con esta afirmación? Discúptala con sus compañeros y fundamente su opinión.

"Los **gobiernos** no son más que **conjuntos de organizaciones**, ministerios, concejalías, empresas públicas, juzgados, escuelas, hospitales, etcétera-, que **combinan recursos** normativos, humanos, financieros, tecnológicos y **los transforman en políticas**, en programas públicos, en servicios, en productos, para **atender los problemas** de los ciudadanos, controlar sus comportamientos, satisfacer sus demandas y, en definitiva, **lograr impactos** sociales, políticos y económicos" (Rose, 1984).

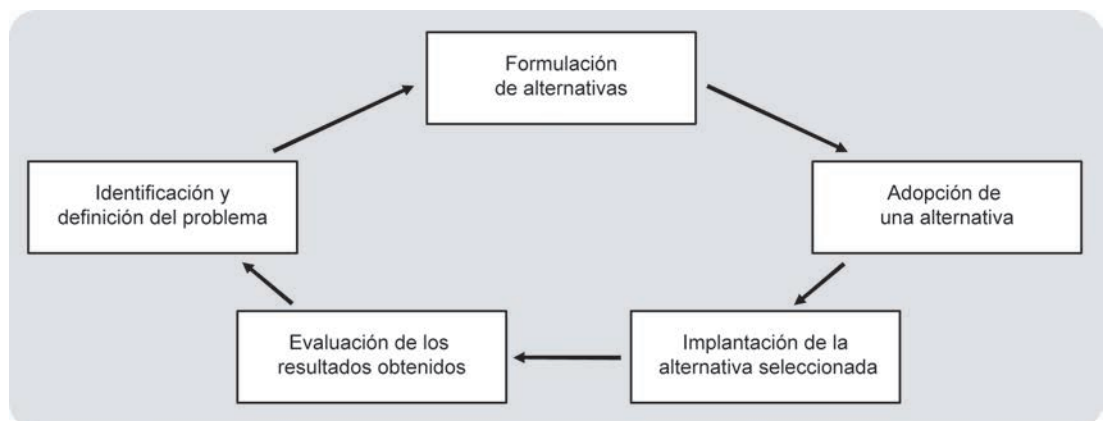
Desde este punto de vista, las **políticas públicas** se pueden entender como un **proceso que se inicia cuando un gobierno o una autoridad pública detecta la existencia de un problema y efectúa las acciones para eliminarlo o mejorarlo** y termina con la **evaluación de los resultados** que han tenido las acciones emprendidas para eliminar, mitigar o variar ese problema.

Aquí podemos plantearnos un interrogante: ¿Cómo se construye una política pública?

El proceso o ciclo de construcción de las políticas públicas comprende las siguientes fases:

1. Identificación y definición del problema.
2. Formulación de las alternativas de solución.
3. Adopción de una alternativa.
4. Implantación de la alternativa seleccionada.
5. Evaluación de los resultados obtenidos.

Veámoslo gráficamente:



Extraído de: *La nueva administración pública, cap 11. El ciclo de las políticas públicas*. Ed. Alianza. 1997.



Las políticas públicas son el **conjunto de objetivos, decisiones y acciones** que lleva a cabo un gobierno para **solucionar los problemas** que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran **prioritarios**.

A este conjunto de decisiones y acciones emprendidas por el gobierno para influir sobre el problema lo denominamos **política pública**. La educación obligatoria, la atención universal, el control de las actividades contaminantes, las campañas de educación vial, las pensiones públicas son piezas de otras tantas **políticas públicas sectoriales**.

Algunos ejemplos:

- política sanitaria,
- política educativa,
- medio-ambiental,
- de seguridad vial,
- de protección social.

Actividad Inicial

Observe su realidad y liste las acciones que se realizan en su comunidad y pertencen al dominio de las políticas públicas.



Es conveniente, en este momento hacer una **distinción clara** entre:

- el concepto general de política pública,
- las políticas públicas concretas o políticas sectoriales,
- la política, entendida en el sentido tradicional de lucha por el poder.

Bajemos el concepto de la abstracción a un caso concreto.

Un gobierno local puede, por ejemplo, considerar prioritario intervenir en el mercado de la vivienda al observar que los precios son muy elevados y que muchos de los ciudadanos no pueden acceder a una vivienda en propiedad o alquiler.



FASE DE IDENTIFICACIÓN

La intervención puede seguir muy distintos caminos:



DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Construir viviendas y donarlas a las familias con menores ingresos, hasta

subvencionar los créditos hipotecarios facilitando el acceso a una vivienda libre, o aumentar los impuestos de las viviendas desocupadas para estimular que se alquilen o vendan.



FASE DE FORMULACIÓN DE ALTERNATIVAS

El gobierno opta finalmente por construir, en los siguientes cinco años, mil viviendas de protección oficial para familias de bajos ingresos.



FASE DE ADOPCIÓN DE UNA ALTERNATIVA

La Empresa Municipal de la Vivienda comienza la construcción, diseña un sistema para seleccionar a las familias beneficiarias y controla el proceso de construcción y adjudicación.



FASE DE IMPLANTACIÓN DE LA ALTERNATIVA SELECCIONADA

Una vez entregadas las viviendas, el municipio quiere saber a quién se han entregado finalmente, qué costo para el presupuesto municipal tuvo la operación y si es necesario continuar con el programa de construcción de viviendas para que todos los habitantes del municipio tengan vivienda digna.



FASE DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS



Este proceso de las políticas públicas tiene un carácter cíclico.

El gobierno, una vez efectuada la intervención, mide los efectos de ésta sobre el problema y, tras observar si ha concluido o no, se pregunta si es necesario seguir actuando. En caso de que sí, esto daría lugar a un nuevo proceso de formulación de alternativas. Los resultados de la política retroalimentan el proceso.

En todo caso, conviene señalar que el ciclo o proceso de las políticas públicas es una construcción conceptual que no tiene por qué ocurrir en la realidad. No todas las políticas públicas de un gobierno siguen este proceso en todas sus fases, e incluso con frecuencia algunas políticas alteran el orden del proceso.

Existen dos perspectivas en cuanto al **análisis de las políticas**:

- **La del responsable de la política en cualquiera de sus fases** (formulación, implantación, evaluación y reformulación). Ésta es la perspectiva del directivo, policy maker, en las organizaciones públicas.

- **La del analista de políticas públicas, que es un agente que enriquece el universo de información** que se pone a disposición de los directivos para que éstos puedan tener un criterio de decisión en cualquiera de las fases de la política pública. Este analista no tiene por qué ser necesariamente un agente interno de la organización pública; de hecho, con frecuencia es un agente externo a ésta de quien se recaba la consulta.

Cualquiera sea la perspectiva adoptada, lo que parece claro es que el proceso de las políticas públicas no tiene sentido alguno si no se vincula con la actividad del análisis.



Vamos a retomar aquí parte de los conceptos vistos en el Módulo 4. Para recordar estos conceptos los veremos esquematizados en el siguiente gráfico.

CUADRO 2. *Las relaciones entre el proceso y el análisis de las políticas*

| PREGUNTAS QUE PLANTEA EL ANÁLISIS DE LA POLÍTICA PÚBLICA | |
|---|--|
| 1. LA DEFINICIÓN DEL PROBLEMA | <ul style="list-style-type: none"> ■ ¿CUÁL ES EL PROBLEMA? ■ ¿CUÁLES SON SUS DIMENSIONES? ■ ¿CUÁLES SON SUS CAUSAS? ■ ¿A QUIÉN AFECTA Y EN QUÉ MEDIDA? ■ ¿CÓMO EVOLUCIONARÁ SI NO ACTUAMOS SOBRE ÉL? |
| 2. LA FORMULACIÓN DE LAS ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN AL PROBLEMA | <ul style="list-style-type: none"> ■ ¿CUÁL ES NUESTRO PLAN PARA ABORDAR EL PROBLEMA? ■ ¿CUÁLES DEBEN SER NUESTROS OBJETIVOS Y PRIORIDADES? ■ ¿QUÉ ALTERNATIVAS EXISTEN PARA ALCANZAR ESAS METAS? ■ ¿QUÉ RIESGOS, BENEFICIOS Y COSTOS ACOMPAÑAN A CADA ALTERNATIVA? ■ ¿QUÉ ALTERNATIVA PRODUCE LOS MEJORES RESULTADOS CON LOS MENORES EFECTOS NEGATIVOS? |

Cuadro adaptado de STARLING, 1988.

1.2. La formulación de las políticas públicas

Una vez que un gobierno conoce la existencia de un problema, lo define y rechaza la opción de no actuar sobre él, comienza entonces el proceso de elaboración de la política pública para intentar proporcionar soluciones.

La **formulación de la política** incluye:

- **el establecimiento de las metas y los objetivos a alcanzar,**
- **la detección y la generación de los posibles caminos (alternativas) para llegar a los objetivos,**
- **la valoración y la comparación de los impactos de esas vías alternativas,**
- **la selección de una opción o combinación de ellas.**

La **fase de formulación** es una tarea exclusiva de los actores públicos, la responsabilidad sobre la decisión final y el diseño de la política permanece en manos del gobierno. Para que una política sea pública es requisito indispensable que esté investida de **legalidad**, es decir que sólo desde el ámbito público se puede formular una política pública.



Al conjunto de problemas que preocupan a una sociedad en un momento determinado se lo denomina **agenda sistémica**. De esa agenda, los decisores públicos extraen algunos problemas y confeccionan la **agenda institucional o agenda política** (Jones, 1984). Esta agenda está compuesta por los **problemas que los directivos públicos consideran prioritarios en un momento determinado**.

1.3. El diseño de la agenda

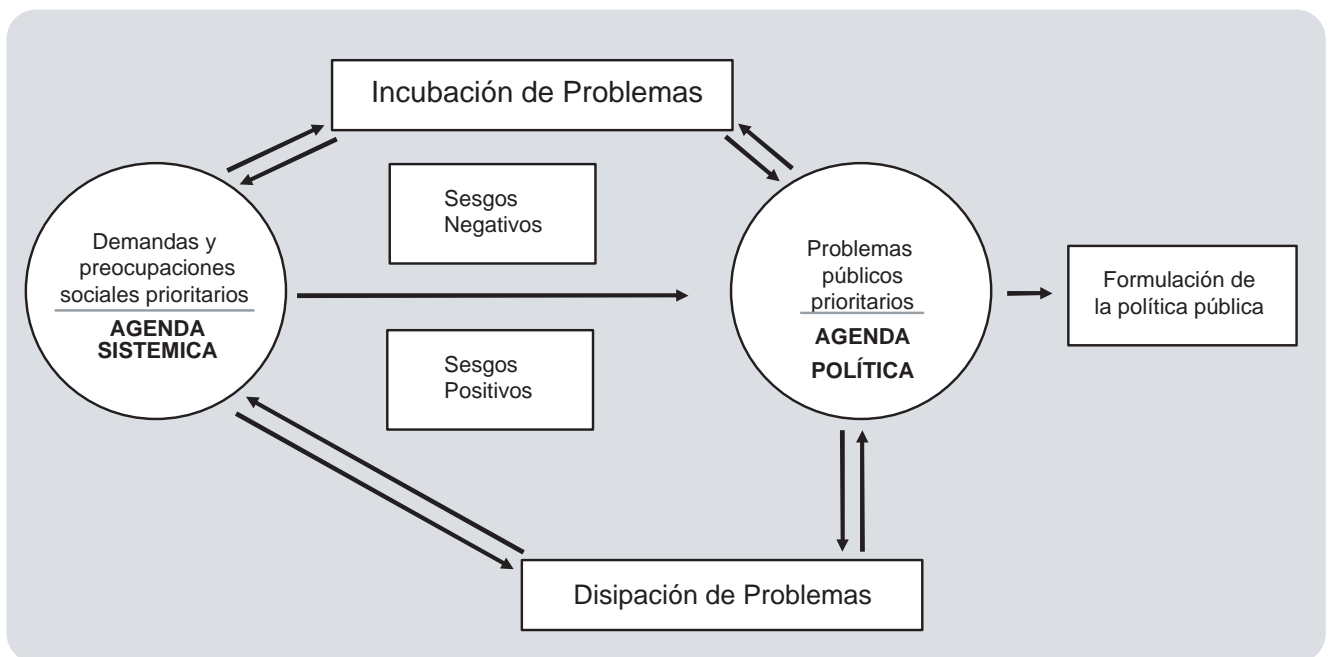
Podemos convenir en que **el volumen total de problemas que preocupan a la sociedad es mayor que el de problemas que reciben atención por parte de las administraciones públicas**.

No todos los problemas detectados tienen la misma prioridad para los decisores públicos; sólo algunos de ellos tienen, la entidad suficiente para convertirse en problemas públicos.

La inclusión de un problema en la agenda institucional es una condición necesaria, pero no suficiente, para que el problema dé lugar a una política pública que intente solucionarlo. En muchas ocasiones los problemas entran en la agenda institucional y poco después desaparecen de ella (disipación de temas o problemas) o no reciben atención hasta que pasa un largo periodo de tiempo (incubación de temas).

La **disipación y la incubación de temas** se deben a múltiples causas (Stading, 1988):

- la desaparición del problema de la agenda sistémica,
- la pérdida de interés de los directivos por el problema,
- la búsqueda infructuosa de recursos para afrontarlo,
- la entrada de nuevos problemas más graves.



Cuadro 2: El diseño de la agenda.

En general, **la agenda política es más estable que la agenda sistémica, reflejando la primera la evolución de la segunda.** Veamos un ejemplo: el alcantarillado no es un problema que figure hoy en día en la agenda sistémica de una gran ciudad industrializada; sin embargo, es un problema que permanece en la agenda institucional de la concejalía correspondiente.

En la **agenda institucional** encontramos muchos problemas como el del alcantarillado, algunos problemas recurrentes como la inseguridad ciudadana y, en menor medida, problemas nuevos. En realidad, esa acumulación de problemas viejos y recurrentes se debe a que los problemas públicos en muy pocas ocasiones tienen una solución definitiva; más bien al contrario, el impacto de las políticas consigue aminorar o eliminar unas dimensiones del problema poniendo en evidencia la existencia de otras dimensiones.

Los ciudadanos ya no se preocupan por la escasez de plazas escolares; una vez que esa dimensión del problema se ha solucionado, su demanda se transforma: de cantidad a calidad. **La calidad es una dimensión nueva de una demanda antigua.** Por ejemplo, en el caso de la educación, la demanda, en un principio, era la escolarización obligatoria. Hoy en día, en cambio, lo que se demanda es la calidad en la prestación del servicio.

Ambas agendas se pueden medir. Las encuestas y los barómetros de opinión pública sirven para establecer la importancia de los problemas que componen la agenda sistémica; el análisis del presupuesto de una organización pública y su evolución en el tiempo es el mejor modo de medir con precisión qué problemas componen su agenda y qué orden de prioridad han establecido sus directivos. No todos los problemas de la agenda sistémica tienen las mismas posibilidades de

acceso a la agenda institucional; unos entran con más facilidad que otros. Podemos hablar, por tanto, de la **existencia de un sesgo en la accesibilidad a la agenda institucional**. Los directivos públicos tienen que ser conscientes de la existencia de ese sesgo y eliminarlo en lo posible, de modo que los problemas de ciertos colectivos sociales no queden rutinariamente fuera de las prioridades de las organizaciones públicas. Por fortuna, existen **contrasesgos**, que ayudan a superar las barreras de la desigualdad de poder, las barreras culturales y las barreras a la innovación. Entre otros están:

- los medios de comunicación,
- los deseos de crecer de las organizaciones públicas,
- el comportamiento,
- las actitudes de los decisores,
- la competencia política.

Los **sesgos negativos** de mayor importancia son:

1. **El poder y la capacidad de presión de los grupos de interés.**
2. **Los sesgos culturales.**

1. **Ciertos grupos sociales son más poderosos que otros** y tienen mayor capacidad para hacer prevalecer sus problemas ante la administración. La organización de estos grupos, su capacidad para presentar demandas y para influir en las decisiones públicas, les asegura una cuota mayor de temas en la agenda de la administración que la que pueden conseguir grupos poco estructurados y con menor influencia.
2. Hay problemas y temas más proclives que otros a ser incluidos en la agenda institucional. **Los valores culturales y la cultura política u organizativa hacen de filtro** de la percepción de los problemas por los directivos.



- a. Distinga los problemas de la "agenda sistémica" de su comunidad y analice cuáles están en la agenda política de la localidad a la que pertenece su centro de salud.
- b. ¿Elegiría otros problemas prioritarios para encarar? ¿Por qué?
- c. Discuta el tema con su tutor y sus compañeros del posgrado.

2. Política de salud

Intentaremos describir las **relaciones entre las políticas de salud y las actividades que desarrollamos en la práctica diaria**.

En este sentido, la política resulta una **herramienta para la toma de decisiones (u elección de opciones)** en un universo de **dos variables**:

- **Recursos escasos (y por lo tanto insuficientes).**
- **Necesidades crecientes (o infinitas).**

Desde esta perspectiva, las políticas de salud representan una **serie de valores (equidad, eficiencia, solidaridad.)** en base a los cuales se asignan recursos para satisfacer necesidades de salud de la comunidad.

El **sistema de salud** constituye la expresión estructural de un conjunto de decisiones y podríamos describirlo desde **tres perspectivas**:

- 1. Macro:** la que tiene el responsable político del sistema. Es una **perspectiva eminentemente política** (en los términos antes referidos).
- 2. Meso:** la que tienen los **responsables político-administrativos**. Es una **perspectiva político-técnica**.
- 3. Micro:** la que tienen los profesionales asistenciales. Es una **perspectiva eminentemente técnica**.



Política

Cuándo hablamos de **política** entendemos ésta como el **conjunto de decisiones que permiten la organización de una comunidad** haciendo viable la convivencia armónica entre sus integrantes.

Aquí es importante reforzar una idea: hacer es una política y no hacer, también es una política.



a. Para analizar con sus compañeros y tutor:

Cuales son, en su localidad, las políticas de salud relacionadas con "el hacer" y "el no hacer" según cada una de las tres perspectivas antes mencionadas.



De acuerdo con esta visión:

- La primera perspectiva es la del **gobierno del sistema**, entendiendo gobernar como **decisión de la dirección** (hacia donde debemos ir). Dicha decisión está basada en **valores**: equidad, solidaridad, etc.
- La segunda y la tercera perspectivas son las de la **gestión del sistema** entendida como la posibilidad de **conseguir el objetivo con los recursos disponibles** (decisión basada en **recursos** y en **valores**: uso adecuado de aquellos de modo tal de poder otorgar a la mayoría o a todos el mayor número de servicios en función de sus necesidades).

Ahora podemos formularnos un interrogante:

¿Cómo nos ubicamos nosotros y nuestra actividad en este esquema?

Desde el **punto de vista de los recursos (y su utilización)**, la **perspectiva (micro)** en que nos encontramos es **fundamental**, pues de las decisiones diagnósticas y terapéuticas que adoptemos depende el **70% del gasto del sistema**.

Desde el **punto de vista de los valores**, esa misma ubicación nos coloca como actores principales, ya que las decisiones que adoptemos deben cubrir **las necesidades y prioridades de nuestra comunidad de manera equitativa**.

Iniciemos un espacio de lectura.

POLÍTICA DE SALUD, ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN Y SISTEMAS DE SALUD¹

Aunque estén íntimamente vinculados entre sí, para el análisis y formulación de políticas de salud es preciso distinguir política de salud, estado de salud de la población, y sistema de salud.

Formular políticas es establecer prioridades e involucra la definición del rol del Estado en la salud.



La reforma del sistema de salud argentino es imprescindible.

1. GONZÁLEZ GARCÍA
G. TOBAR. F. *En Salud
para los argentinos*.
Ediciones ISALUD. 2004.

A partir de ella la salud alcanza el status de cuestión pública, de un problema de Estado, definiendo derechos y deberes. El estado de salud de la población constituye una dimensión de la calidad de vida de los pueblos. El sistema de salud puede ser definido como una respuesta social organizada para los problemas de salud.

La definición de este último concepto evidencia su conexión con los dos anteriores; al mismo tiempo, de él se desprende que puede existir una respuesta social a los problemas de salud de la población que no involucre al Estado. El término sistema de salud hace alusión a un conjunto de actores y acciones más abarcativo que el sistema de atención médica.

En sentido estricto, el sistema de salud incluye todas las funciones que el Estado y la sociedad desempeñan en salud.

Sin embargo, tanto en la literatura especializada como en el uso cotidiano se acostumbra usar la expresión sistema de salud para hacer referencia al sistema de atención médica.

A su vez, una política de salud implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito. Las políticas de salud son de desarrollo reciente. En la mayoría de los países no se detectan verdaderas políticas de salud antes de los años cincuenta. Evidencia de ello se obtiene cuando se examina el peso del gasto en salud dentro de los presupuestos públicos. Puesto que si bien "gasto en salud" no significa "política de salud", en la mayoría de los casos la ejecución de los programas requiere de una asignación de recursos.

En principio las políticas de salud tienen su génesis en la identificación de problemas en el estado de salud, tales como la tasa de crecimiento de la población, su envejecimiento, distribución espacial, enfermedades, nuevas tecnologías, etc., que son el insumo de proposiciones políticas. Especialmente tiene mayor trascendencia política el uso de los medios y recursos para resolver los problemas existentes en el continuo salud-enfermedad (organización, financiamiento, acceso y utilización de servicios).

Para diagnosticar el problema en la Argentina, las prioridades son: estado de salud, políticas de salud y sistema de salud.



Pero no toda vez que se identifica un problema de salud, el mismo es incluido en la agenda gubernamental como objeto de una política. Esto puede tener su origen tanto en razones de orden político como en la ausencia de medios tecnológicos para llevar adelante dicha política.

Así, la política de salud es el resultado de una gran variedad de factores. Por un lado, es consecuencia de necesidades y demandas en el campo de la salud. Por otro, del surgimiento de tecnologías. Pero fundamentalmente, del balance de fuerzas sociales cambiantes en valores centrales de la sociedad: la concepción de la solidaridad y la equidad. En la Argentina, el debate sobre políticas de salud

adquiere importancia creciente desde la década de los cincuenta. La preocupación sobre el tema se debió a variadas situaciones y especialmente, a los impactos que origina la incorporación de nuevas tecnologías en el campo de la medicina y al crecimiento de formas organizacionales comunitarias con financiación solidaria intragrupos laborales (obras sociales).

¿QUÉ SON ALTERNATIVAS EN POLÍTICAS DE SALUD?

Formular políticas de salud involucra identificar alternativas para las líneas de acción, establecer prioridades, dividir las tareas y articular recursos. Formular políticas sanitarias a finales del siglo XX exige mucho más que el saber de los médicos. Hay un conjunto de fenómenos que están afectando al sector salud. Algunos de los problemas que aparecen son comunes a la mayoría de los países.



Definir políticas de salud es decidir qué rol le asignamos al Estado.

Lamentablemente con las soluciones no ocurre lo mismo. Entre las tendencias comunes que se registran en el sector se destacan:

- a) La esperanza de vida aumenta y por lo tanto, la población está envejeciendo. Ello involucra alteraciones en los perfiles epidemiológicos. En los próximos años crecerá la demanda de cuidados de salud y adquirirán mayor peso las enfermedades crónico-degenerativas, que son mucho más costosas. Surgen nuevos desafíos asistenciales, como el de brindar cobertura integral a pacientes con sida, y otros que ya existían adquieren mayor peso por su alta prevalencia, como los cánceres. Por otro lado para continuar mejorando las condiciones de salud se hace cada vez más necesario el despliegue de acciones intersectoriales. Esto se hace evidente en el caso de los accidentes, y particularmente en el caso de los accidentes de tránsito.
- b) La innovación tecnológica y su rápida difusión, tanto en lo que hace a diagnóstico y terapia como a gestión de servicios y políticas.
- c) La extensión de la cobertura tanto en sentido vertical (más prestaciones, entre las cuales se incluyen algunas muy caras como los tratamientos para el sida y tumores) cuanto horizontal (más personas a ser atendidas).
- d) El incremento de las expectativas. La gente quiere todos los bienes y servicios disponibles en servicios de salud y para todos los ciudadanos.

Políticas y sistemas de salud engloban la totalidad de las acciones que desarrollan la sociedad y el Estado.



En esta encrucijada todos los países se enfrentan con problemas al gestionar recursos escasos, pero no sólo económicos sino también de la propia provisión de asistencia sanitaria: listas de espera, escasez de donantes de órganos, oferta creciente de servicios y especialmente de tecnologías médicas, y la necesidad de que los prestadores sanitarios trabajen de modo eficiente. Si formular políticas públicas siempre implicó analizar alternativas y realizar las opciones, hoy en el ámbito de la salud esta necesidad tiende a acentuarse.

VALORES EN LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD

Hasta el mismo diablo puede citar las sagradas escrituras para encubrir sus propios fines, advertía Goethe. La frase es válida también para las políticas de salud, donde se verifica una enorme brecha entre la enunciación de las políticas y su implementación. Entre lo que se dice y lo que se hace.

Muchas políticas enuncian su compromiso con valores como la equidad y la participación, pero instrumentan acciones que apuntan en el sentido contrario.

Todas las políticas expresan, de manera implícita o explícita una determinada racionalidad política e instrumental, elecciones estratégicas, fines y valores. Por lo tanto, la formulación de una política será la función resultante de la combinación de una determinada estrategia con los fines y valores con que sea concebida. Por ejemplo, cuando se habla de descentralizar los servicios se puede implementar tanto una estrategia de derecha cuanto de izquierda.

Puede favorecer tanto la privatización cuanto la devolución de funciones gubernamentales a los municipios o a las comunidades.

En el sistema de salud sedimentan los valores prevalentes en las políticas. El primer paso para la reforma del sistema de salud consiste entonces en plantearse: ¿qué valores deben regir el sistema? y ¿cómo se deben reflejar esos valores en las formas de financiar, proveer y distribuir los beneficios y en la organización de sus instituciones? Las respuestas deben surgir de un debate abierto a toda la sociedad. Las propuestas a las que se arribe estarán inspiradas en los valores adoptados.

En conclusión, la adopción de un conjunto determinado de valores y principios constituye el primer grupo de alternativas por las cuales se debe optar en la formulación de políticas sanitarias y en el diseño de sistemas de salud. Pero los valores no son todos equivalentes.

Optar por la descentralización no involucra una definición del mismo orden que optar por la equidad. Mientras que la primera es sólo una medida operativa, aunque con consecuencias democráticas, la segunda apunta a generar un impacto directo sobre la calidad de vida de la población.

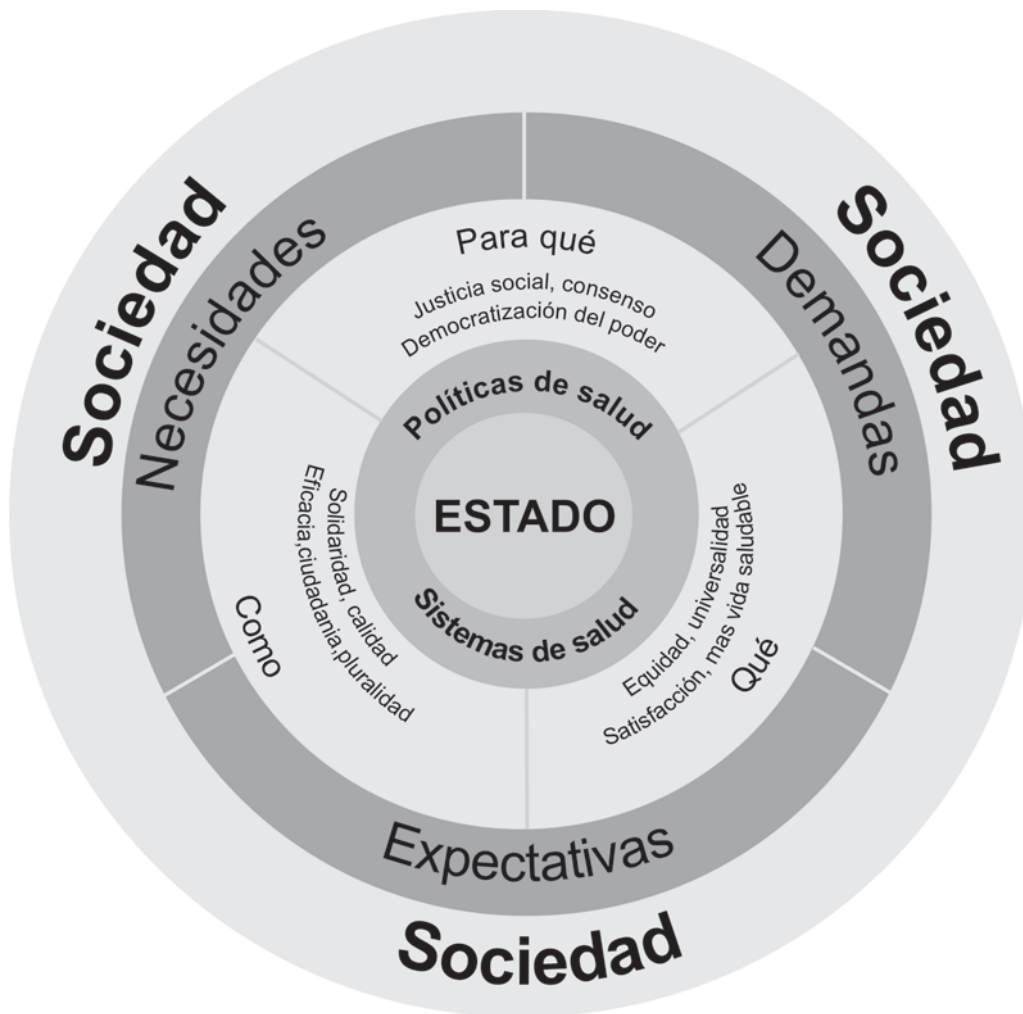


La política de salud puede o no alterar el estado de salud la población, así como puede o no modificar al sistema de salud.

Distinguimos aquí tres niveles de valores para el análisis de los sistemas de salud respondiendo a las siguientes preguntas: ¿Qué queremos del sistema de salud?, ¿para qué lo queremos? y ¿cómo lo queremos? En primer lugar están los propósitos que deberían guiar al sistema y que están relacionados con la misión y sus funciones. En segundo lugar, hay valores sociales y políticos básicos, que expresan el régimen de gobierno y son definiciones acerca de cómo queremos que se establezcan las relaciones entre la sociedad civil y el Estado. Por último, están los principios rectores del sistema, que no nos hablan de la sociedad ni del Estado en su conjunto sino más específicamente de las características propias que deseamos que asuma nuestro sistema de salud.

Las diferencias centrales entre estas tres categorías de valores radican en que mientras los primeros expresan una ideología social más general, y los últimos una ideología sanitaria específica, los principios son los ejes en que se apoyan ambos. Toda propuesta de reforma del sistema de salud deberá articular coherentemente los tres niveles de valores.

A continuación se presenta un conjunto seleccionado y clasificado de valores rectores de las políticas de salud. Los mismos permiten configurar un modelo analítico para la evaluación de las propuestas de políticas de reforma del sistema de reforma del sistema en la Argentina. Primero se analizan los cambios en los valores que guían las políticas públicas en general y las políticas sociales en particular. Luego se presentan los valores considerados centrales para la discusión del sistema de salud.



Valores en políticas sanitarias².

- Reúnase con sus compañeros y analicen los valores que consideran debe sustentar un sistema de salud.
- Dichos valores, ¿enmarcan su actividad cotidiana en el centro de salud?
¿Cómo?



2.1. El efecto redistributivo de las políticas sanitarias

Con respecto a la **equidad**, la principal debilidad del sistema argentino es la **gran estratificación de los usuarios en cuanto a cobertura y espectro de prestaciones, conforme con su capacidad de pago.**

2. GONZÁLEZ GARCÍA G. TOBAR. F. *Mas salud por el mismo dinero*. Ediciones ISALUD. 1997.

La **fortaleza** es que, a pesar de su estado de deterioro, **la infraestructura pública dispone de una amplia capacidad para reducir las desigualdades sociales en salud y el subsector público es el que tiene la mayor capacidad para promover la equidad.** Junto con el **subsector de la seguridad social** constituyen la **fuerza de financiamiento (gasto solidario) más poderosa desde el punto de vista redistributivo.**

En consecuencia el diseño de políticas sanitarias adecuadas constituye, junto con las educativas, la herramienta más fuerte de disminución de la brecha en la asignación de recursos y la apropiación de ellos entre los sectores más pobres y los más ricos de la población. Y en la mayoría de los casos, los efectos redistributivos son alcanzados en lapsos de tiempo menores mediante las políticas de salud.

El Programa Remediar constituye un claro ejemplo de ello (trataremos en extenso sobre el Programa en la Unidad 4 de este módulo). En el primer año de su ejecución el gasto en dicho programa consiguió ser siete veces y media menor que si los beneficiarios hubieran comprado en las farmacias la misma cantidad de medicamentos. Actualmente el gasto es diez veces menor.

Actividad de integración de la Unidad 1



- a. En el sistema de salud, su centro de salud se encuentra en la esfera micro. ¿Qué políticas de salud implementan relacionadas con la esfera macro?
- b. ¿Qué aportes se hacen desde su centro de salud para la gestión de dichas políticas y la optimización de su implementación? (Por ejemplo al Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, control del niño menor de un año y entrega de leche, etc).



Unidad 2

El sistema de
salud argentino

Introducción

Las políticas públicas, y en particular las de salud, se aplican sobre nuestro sistema actual de salud.

Para poder comprender cómo es la dinámica de nuestra realidad, no sólo es imprescindible saber cómo es cada uno de sus componentes, sino también reconocer su proceso de evolución y su funcionamiento.

Los **conceptos centrales** de esta unidad serán:

- Evolución histórica.
- Sistema de salud.
- Papel del Estado.
- Estructura del sistema.

Los **núcleos problemáticos** que nos orientarán en esta unidad son:

- ¿Cómo fue la evolución histórica de nuestro sistema de salud?
- ¿Qué es un sistema de salud?
- ¿Cómo es y cómo funciona un sistema de salud?
- ¿Cuál es el papel del Estado en nuestro sistema de salud?
- ¿Cuál es la estructura de nuestro sistema de salud?
- ¿Cómo son las relaciones entre sus componentes?

Objetivos específicos

Considerando estos contenidos, le proponemos los siguientes objetivos de aprendizaje:

- Reconocer las etapas históricas de la evolución de nuestro sistema de salud.
- Definir sistema de salud.
- Caracterizar al sistema de salud argentino.
- Analizar el papel del Estado en nuestro actual sistema de salud.
- Describir la estructura del sistema y las relaciones entre sus componentes.

1. Historia

La siguiente lectura nos permitirá revisar los antecedentes del sistema.

BREVE HISTORIA DEL SISTEMA DE SALUD¹

La organización del sistema de salud de nuestro país es compleja. Un brevísimo repaso de su historia ilustrará sobre cómo se desarrollaron sus principales sectores.

Todas las sociedades, cualquiera sea su evolución cultural, cuentan con algún tipo de medicina. La que en nuestro territorio preexistió a la llegada del conquistador europeo todavía se mantiene viva en regiones con tradición indígena como la puna norteña, o en poblaciones rurales. El español trajo a América su medicina occidental, representada tanto por los cirujanos que acompañaban las expediciones militares cuanto por quienes -en buena o dudosa ley- ejercieron luego sus artes curativas por los asentamientos coloniales. Sólo hacia 1780 el virrey Vértiz instala en Buenos Aires el Tribunal del Protomedicato, cuyas funciones y facultades permiten considerarlo el primer organismo de salud pública de nuestras tierras. Desde 1611 la ciudad-puerto tenía un pequeño hospital, limitado primero a la atención de los militares del presidio; una cédula real de 1745 lo convirtió en Hospital General de Hombres, a cargo de los padres bethlemitas y sostenido en parte por la caridad pública. Hasta tan lejos se remonta esta recurrente combinación de finanzas oficiales y beneficencia que muchos hospitales y sus "cooperadoras" reproducen en la actualidad.

Cabe destacar que a comienzos del siglo XIX se inicia, sobre todo en Buenos Aires por su caudal de población, la etapa fundacional hospitalaria. En este sentido cabe resaltar la actividad de las colectividades extranjeras.

En poco tiempo hubo una seguidilla fundacional de hospitales, dispensarios, asilos y pequeñas salas de atención, en todo el territorio nacional, que tendieron a solucionar los problemas de salud de los grupos de bajos recursos económicos.

Actualmente la totalidad de establecimientos asistenciales en el país es de 17.485 (incluyendo a los de gestión pública, de la seguridad social, y del sector privado). La totalidad de los establecimientos con internación es de 3.311, siendo 1.271 de subsector público. La totalidad de establecimientos sin internación es de 14.534 de los cuales más del 40 % (6.456) son del subsector público.²

Es importante señalar que la mitad de la población del país no tiene cobertura social y su atención depende exclusivamente del subsector público.

1. En Formación y características del sistema de salud. Políticas de salud en la Argentina. Datos de la realidad.

2. Fuente: Ministerio de Salud y Ambiente de La Nación.

La medicina mutual -un rasgo peculiar de la Argentina- surge con la incorporación masiva de inmigrantes, que fundan sociedades de socorros mutuos basadas en el agrupamiento por colectividades étnicas. Ya por 1827 los comerciantes ingleses habían establecido una precursora Sociedad Filantrópica pero recién el fin de siglo provocó el auge de las mutualidades, tales como Hospital Italiano, Español, Británico o Francés, que conocemos ahora.

Estas organizaciones se basan en los siguientes principios: adhesión voluntaria, organización democrática, neutralidad ideológica, contribución pecuniaria en consonancia con los beneficios a recibir y capitalización de los exedentes.

Estas mutuales han ido perdiendo poco a poco importancia relativa dentro del sistema, especialmente por el desarrollo avasallador de las obras sociales.

La evolución de las obras sociales en la Argentina, como en muchos otros países donde se ha impuesto el concepto de la seguridad social, evidencia claramente el cumplimiento de dos etapas sucesivas y la iniciación de una tercera. La primera etapa, voluntarista, muestra la aparición espontánea y dispersa de servicios sociales de diferente naturaleza -tanto de salud como de turismo y recreación-, por lo general vinculados a la acción de las asociaciones gremiales de trabajadores.

Este proceso se acelera a partir de los años cuarenta al mismo tiempo que se manifiestan signos de la segunda etapa, la del seguro social obligatorio.

Lentamente, como sucedió en las naciones de Europa que comenzaron antes que nosotros el camino del seguro social, el Estado toma intervención en el tema y con diferentes medidas de gobierno convalida legalmente la previa existencia de "obras sociales" y crea directamente otras nuevas.

Así, el Decreto 30.655/44 constituye la Comisión de Servicio Social con la finalidad de "propulsar la implantación de Servicios Sociales en los establecimientos de cualquier ramo de la actividad humana donde se prestan tareas retributivas", lo cual alentó indudablemente la gestación y crecimiento de diversas obras sociales sindicales en el mismo momento en que -por su parte- el Estado creaba otras obras sociales por ley o decreto. Ejemplo de estos últimos casos son los decretos 9.644/44 (Ferroviarios), 41.32/47 (M. del Interior), 18.484/48 (S. de Trabajo y Previsión), 18.909/48 (Agricultura y Ganadería) y 39.715/48 (Educación) y las leyes 13.987 y 14.171 (Bancarios), 14.056 (Vidrio) y 14.057 (Seguros).

El dictado de la ley 18.610 (1971), que ordenó y consolidó con criterio general el régimen de obras sociales de nuestro país, cierra el período voluntarista y

señala la plenitud de la segunda etapa del desarrollo de la seguridad social: la extensión, por imposición del Estado, de la obligatoriedad legal de la afiliación y la contribución pecuniaria a las obras sociales.

En la actualidad el sistema de obras sociales encara naturalmente su tercera etapa: la progresiva articulación de las múltiples y diversas entidades que lo integran en una política general común de cobertura poblacional, de régimen de prestaciones y de procedimientos operativos que las vincule apropiadamente con la política de salud sin perderse por ello la identidad de cada obra social. Las instituciones llevan nombre propio y poseen historia documentada.

El ejercicio profesional privado de médicos, dentistas, farmacéuticos, etc., en cambio, ha crecido en silencio, paralelamente al desarrollo del país y a la capacidad de sus habitantes para afrontar los gastos de atención médica. Su conjunto constituye hoy un sector de principal importancia en la provisión de servicios asistenciales junto con los numerosos sanatorios y clínicas privados, con y sin lucro.

Como se analiza a renglón seguido, los prestadores privados son hoy los principales proveedores de servicios asistenciales para los beneficiarios de las obras sociales y por agrupamientos locales, provinciales y nacionales han constituido grandes organizaciones representativas de los prestadores de todo el país como la Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados (CONFELISA), Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), Confederación Odontológica de la República Argentina (CORA), Confederación Unificada Bioquímica de la República Argentina (CUBRA), etcétera.

LOS SUBSECTORES Y LAS PRESTACIONES ASISTENCIALES

Los tres subsectores cuya brevísima historia hemos bosquejado no poseen importancia equivalente en cuanto al papel que cumplen respecto de las prestaciones médico-asistenciales a la población.

Es imprescindible distinguir entre prestar efectivamente un servicio (ser un prestador) y hacerse cargo del costo de ese servicio (ser un agente financiador o, más directamente, un asegurador).

En ciertos casos, son distintos el financiador y el prestador de servicios (las compañías de seguros y algunos prepagos médicos privados).

Resulta claro que la entidad sólo cubre -total o parcialmente, según sea el plan

elegido o la prima abonada- el gasto incurrido por la persona para asistirse médicamente, mientras que la prestación asistencial propiamente dicha, sea una consulta médica, un análisis clínico o la internación por un parto, es efectuada por un profesional médico, un laboratorio o una clínica u hospital, que reciben su pago a través de la entidad aseguradora que cubre esa contingencia de salud (o la paga el paciente y el asegurador le reintegra luego el gasto).

En el caso de los hospitales públicos, se juntan ambas condiciones: el establecimiento es el que presta el servicio en cuestión y también el que a través de su presupuesto, se hace cargo de los gastos producidos para otorgar esa prestación asistencial. Algo similar ocurre con aquellas obras sociales y prepagos médicos privados que tienen servicios propios ya que, merced a la existencia de esos servicios, son a un tiempo prestadores y aseguradores de la prestación.

Lo invitamos a leer la siguiente historia de María que expresa en forma práctica los estadios de la evolución de nuestro sistema de salud.

SALUD Y CALIDAD DE VIDA DE TRES GENERACIONES DE ARGENTINAS³

Imaginemos una típica familia del campo argentino que en 1935 celebra el nacimiento de su quinto hijo, una niña a quien llamaremos María. Por fortuna no falleció, como lo hiciera su segundo hermano por causa de una simple neumonía, antes del año de vida. Su madre, de escasos 20 años, era muy cuidadosa y pudo ser atendida en su domicilio por una buena comadrona de la zona, quien además le inculcó su preocupación por el manejo higiénico de los recién nacidos.

Por aquel entonces Ramón Carrillo advertía que los países europeos terminarían la década del 70 con una esperanza de vida al nacer de 80 años y que era imperativo considerar a la salud como un problema de todos y hacer de cada institución de la Sociedad Argentina un centro de salud para que nuestro país consiguiera superar una vida media de 48 años y acompañar el ritmo del progreso de aquellos países.

3.GONZÁLEZ GARCÍA G. TOBAR F. *Salud para los argentinos*.Ediciones ISALUD.2004.

Como la mayoría de los niños de su edad, esta niña padeció múltiples cuadros de diarrea y varias infecciones respiratorias. A pesar de ser muy sana, entre los tres y seis años de edad presentó un episodio de sarampión y otro de escarlatina.

Poco después de mudarse para Buenos Aires con su familia, a los nueve años de edad cayó víctima de rubéola. Esta vez tuvo la suerte de ser atendida gratuitamente en un flamante hospital público. Por ese entonces ya había esquemas mutualistas de seguridad social que brindaban cobertura a aproximadamente medio millón de personas; pero ello era poco representativo, en Buenos Aires sólo cubrían al 27% de la población de los cuales el 70% de los beneficiarios eran varones, aportantes (Katz, et. al, 1993: 17).

Las razones por las que esta niña perdería a muchos compañeros de generación eran por todos conocidas. Los índices de mortalidad infantil en Argentina eran similares a los que se registraban en los países europeos asolados por la Segunda Guerra Mundial. Además de las enfermedades mencionadas, la viruela y la poliomielitis siguieron causando estragos en la población infantil.

La tuberculosis diezmaba a las colectividades indígenas, a las poblaciones rurales, a los obreros marginados de las grandes ciudades, y a los alumnos de las escuelas suburbanas; el paludismo y la fiebre amarilla se extendían desde Tucumán, Salta y Jujuy, hasta Corrientes y Misiones pasando por Formosa y el Chaco; el Mal de Chagas cubría toda esa zona y descendía por el centro y el oeste hasta Neuquén y Río Negro (Alzugaray, 1988 .vol. 1:66).

En 1948 María terminaba su escuela primaria. Ya en ese entonces el 86,3% de los argentinos podía leer y escribir. Vivía con euforia dos grandes acontecimientos. Por un lado, sería la primera de la familia en ver el mar.

Desde 1947 la Fundación Evita hacía posible que cientos de miles de argentinos salieran de vacaciones, y en 1952 se inauguraba para este fin el complejo hotelero de Chapadmalal. Por otro lado, su madre se preparaba para ejercer por primera vez el derecho al voto. María joven se transforma en una eximia deportista de la Unión de Estudiantes Secundarios y como era obligatorio para los miembros de esa institución, realizaba periódicamente un chequeo médico preventivo.

En el transcurso de sus estudios el país vivió una fuerte transformación que significó el mayor avance de nuestra historia en lo que respecta a la calidad de vida de los argentinos. Al comenzar los años 50 la esperanza de vida al nacer ya alcanzaba los 60 años (11 más que el conjunto de América Latina).

Por aquel entonces, cada mujer urbana tenía en promedio 2,4 hijos y cada

mujer rural 3,5. Esto implica que también se habían registrado cambios en el tamaño de la familia. Si en 1914 más de la mitad de los matrimonios tenían tres o más hijos, en 1947 ese número se reducía a la tercera parte (Germani, 1987:95).

El sistema de salud había duplicado sus camas llegando a las 120.000 y todos los establecimientos públicos habían sido nacionalizados, desplazándose de su patrocinio a las sociedades de beneficencia. Entre 1946 y 1951 se construyeron 35 policlínicos en todo el país.

El posteriormente asesinado Juan José Valle, Comandante del Cuerpo de Ingenieros Militares, y el responsable de su construcción, quiso que el diseño fuera adecuado aún para las situaciones más catastróficas como los bombardeos.

Este fue uno de los motivos que posibilitó que los sólidos hospitales públicos subsistieran a años de desinversión y falta de mantenimiento.

Pero la salud de la gente no mejoraba sólo por el surgimiento del sistema público y gratuito de atención.

Se implementó una avanzada política de salud que involucraba una división del trabajo entre nación y provincias, y que se expresa en las palabras del General Perón: "El gobierno nacional ha tomado para sí la tarea de realizar las grandes luchas: contra la tuberculosis, las enfermedades mentales, la sífilis y la lepra, dejando la asistencia hospitalaria polivalente en manos de los gobiernos locales".

Se llevan a cabo una gran cantidad de programas "Verticales", por ejemplo: la lucha contra enfermedades endémicas, como es el caso del exitoso programa antipalúdico en el norte, conducido por Carlos Alvarado, que redujo la incidencia de ese mal de 300.000 casos en 1946 a sólo 137 en 1950. A su vez, en el mismo período, se logró reducir en un 50% la mortalidad por tuberculosis. Se abarcó la totalidad de factores que podían incidir en la salud de la población a través de una red de centros ambulatorios.

Por otro lado, seguramente inspirándose en el ejemplo de Salvador Mazza, la Fundación Evita creaba un moderno hospital y centro de investigaciones móvil sobre un tren que recorrería el país.

Tal vez influenciada por estos avances, María fue una de las 1500 jóvenes que cada año ingresaban a la Escuela de Enfermeras de la Fundación Evita.

En 1955, cuando ya ejercía como enfermera, se embaraza y anuncia así el nacimiento de la segunda generación de beneficiarios de los servicios públicos de salud, María segunda. En esa época ya la cantidad de hijos por madre era mucho menor y la mortalidad infantil estaba cerca del 60 por mil.

Por ese entonces el sistema público de salud se había expandido mucho, había una gran oferta de camas hospitalarias, de médicos y enfermeras en casi todo el territorio nacional.

No resultó extraño, por lo tanto, que la niña de ese embarazo fuera atendida ya no en casa y por una partera, sino en uno de los hospitales públicos del conurbano bonaerense, el monumental policlínico Evita, inaugurado en 1951.

No obstante el desarrollo de los servicios de salud, el riesgo que corría esa niña de morir antes de los cinco años de edad seguía siendo alto, aunque considerablemente menor que el que enfrentó su madre.

A diferencia de esta última, pudo vacunarse contra varias enfermedades y recibir penicilina en algunos de sus episodios infecciosos, con lo cual pudo vivir una infancia menos riesgosa.

Cumplidos los 19, la segunda mujer de nuestra historia realiza un nuevo salto importante en la biografía familiar: ingresa a la universidad. Al poco tiempo se casa con un compañero de estudios y en 1975 nace su primera hija, atendida en un policlínico privado financiado por la Obra Social.

Para ese entonces había un emergente sector privado de provisión de servicios de salud que, en la mayoría de los casos, eran financiados por las Obras Sociales.

La tercera mujer de nuestra historia contó durante toda su vida con cobertura médica de la Obra Social de sus padres, pero en algunas oportunidades concurre al hospital público. Recibió oportunamente todas las vacunas correspondientes, realizó hasta el momento veinte veces más consultas que su madre y pasó en cama enferma la mitad de días que aquella.

Vive en un país donde la esperanza de vida ha aumentado casi veinticinco años, en relación con la generación de su abuela; el riesgo de morir antes del primer año de vida ha disminuido el 60%, y los primeros lugares entre las causas de enfermedad y muerte han sido ocupados por los padecimientos no transmisibles.

Nuestra niña, al igual que muchos argentinos, mantiene la esperanza que para el año 2007, los habitantes de este país contarán con acceso universal y equitativo a los servicios de salud y que se cumpla la aspiración que Ramón Carrillo expresara en los días en que nació su abuela.

Actividad Inicial

A partir de la lectura, elabore un esquema donde incluya las etapas de evolución del sistema de salud.



2. El sistema de salud argentino

2.1. ¿Qué es un sistema de salud?

Partamos como siempre de sus conceptos previos. Para ello, le pedimos que defina con sus palabras qué es un sistema de salud y cuáles son sus componentes.



A su vez, el sistema es el resultado de la articulación de **tres componentes**:

- **político,**
- **económico,**
- **técnico.**

Dicha articulación comprende un conjunto de combinaciones que da lugar a **tres modelos**:

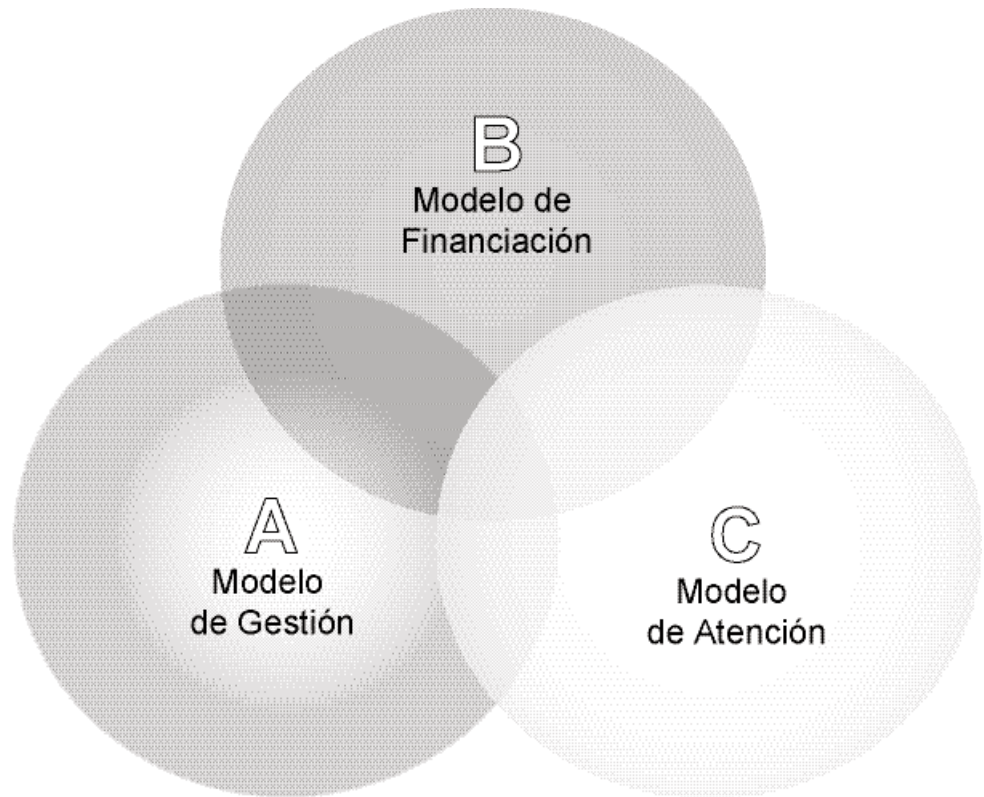
1. **Político (Modelo de Gestión).**
2. **Económico (Modelo de Financiación).**
3. **Técnico (Modelo de Atención).**



Sistema de salud

Un sistema de salud es un **modelo de organización social** para dar respuesta a los problemas de salud de la población.

En el siguiente cuadro podemos observar la interacción entre los componentes.



Componentes de un sistema de salud. Salud para los argentinos pag.222.Ediciones ISALUD. BS.AS. 2004.

Veamos que incluye cada modelo:

1. El **Modelo de Gestión (o Político)** define las prioridades del sistema en función de los valores que lo guían y las **actividades del Estado en salud**.

En cuanto a los valores, cada sistema de salud privilegia determinados aspectos sobre otros; por ejemplo, algunos se preocupan más por la universalidad de la cobertura, mientras otros lo hacen por la efectividad de las acciones y su impacto sobre la calidad de vida de los ciudadanos.

Por otra parte, entre las actividades del Estado se encuentran:

- **Informar a la población.**
- **Proveer directamente servicios a la población.**
- **Comprar servicios al sector privado.**
- **Financiar servicios de salud.**
- **Regular la salud (ejercicio de las profesiones, exigencias de los establecimientos, aprobación de medicamentos).**

De esta manera, la dimensión política del sistema de salud consistiría en definir qué tipo de informaciones deben ser suministradas a la población, qué servicios debe proveer directamente el Estado y cuáles y cómo debe comprar el Estado al sector privado; y, por último, cómo se debe regular a las empresas de salud.

En síntesis desde el modelo de gestión del sistema es importante detectar, en cada país, cuáles son los principios y valores que guían el sistema, cuáles son las principales decisiones relacionadas con la conducción del sistema y cómo se toman, así como quién las toma.



2. El **Modelo de Financiación (o Económico)** define:

- **¿Cuánto debe gastar en salud el país?**
- **¿De dónde provienen los recursos?**
- **¿Cómo se asignan los recursos?**

Existen una serie de variables que deben ser consideradas para buscar respuestas a estos interrogantes, y están relacionadas con:

- **Los niveles de salud de la población.**
- **Los modelos de sistemas de salud.**
- **El tamaño de la economía.**

Los cambios en la economía (en especial en las bases tributarias de los países) llevan a la redefinición permanente de las fuentes de recursos para financiar las acciones de salud.

La mayoría de los países expandió y consolidó sus sistemas de salud sobre la base de un impuesto al trabajo (obras sociales). En la actualidad la tendencia es reemplazar esta fuente de financiación por otras.

3. El **Modelo de Atención (Técnico)** define qué tipo de acciones y servicios se debe prestar a la población; a quién se cubrirá con ellos; con qué criterios se prestarán y dónde.

Las **cuestiones** involucradas son:

- **¿Qué cubrir?** (qué tipo de acciones, prestaciones o servicios se debe brindar).
- **¿A quién cubrir?** (criterios de elegibilidad o inclusión dentro del sistema).
- **¿Cómo prestar?** (con qué criterios o padrones).
- **¿Dónde prestar?** (en qué lugares, de qué manera distribuir la oferta, qué criterios de referencia y contrarreferencia adoptar).



- a. Reflexione con sus compañeros respecto de las características del modelo de gestión, financiación y atención de la localidad en donde está su centro de salud.
- b. Comparta su reflexión con su grupo de pares. Elaboren a modo de ensayo una conclusión grupal de hasta dos páginas.

2.2. Nuestro sistema de salud

El sistema de salud argentino se caracteriza por una **excesiva fragmentación**, que se da en primer lugar en **tres grandes subsectores**:

- **Público.**
- **De la seguridad social.**
- **Privado.**

Esta **fragmentación** se expresa en:

- **Distintas fuentes (y volúmenes) de financiamiento.**
- **Diferentes coberturas, coseguros y copagos aplicados.**
- **Regímenes y órganos de control y fiscalización.**

Pero, además, continúa la fragmentación hacia dentro de cada uno de los subsectores:

El **subsector público**, fragmentado en niveles:

- **Nacional.**
- **Provincial.**
- **Municipal.**

queda sometido a normativas emanadas de las distintas jurisdicciones.

El **subsector de la seguridad social** resulta el ejemplo más claro de esta situación, pues, cuando hablamos de seguridad social, hacemos referencia a no menos de **cuatro universos diferentes**:

1. **Obras sociales nacionales** (285 en total, con cobertura a una población de once millones) y, entre ellas, una de especiales características: el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (habitualmente conocido como PAMI, siglas de Plan de Atención Médica Integral), que da cobertura a aproximadamente a tres millones de habitantes.
2. **Obras sociales provinciales** (una por cada provincia y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires), que dan cobertura a unos cinco millones de personas.
3. **Obras sociales de las Fuerzas Armadas y de Seguridad**, cubriendo aproximadamente ochocientas mil personas
4. **Obras sociales de las universidades nacionales y de los poderes Legislativo y Judicial**, con trescientos veinte mil beneficiarios.

Por último, el subsector privado, que, en lo que hace a los **seguros voluntarios (medicina prepaga)**, se halla expresado en numerosísimas entidades, con una población cubierta de aproximadamente dos millones ochocientos mil.

Considerando que nuestro país tiene una organización política federal y tres subsectores en salud, analice con sus compañeros qué y cómo reformaría el sistema de salud para mejorar la gestión, el financiamiento y la atención.



3. El papel del Estado

Las características particulares del bien a proteger (la salud) requieren una activa participación del Estado para establecer normas de equidad en la distribución y el acceso.

El **papel del Estado** resulta entonces primordial en la **protección de un derecho como la salud**, y no sólo por las características sociales sino también por las particulares fallas a las que se encontraría sometido el sistema en caso de estar librado a las leyes habituales del mercado.

Dicho papel se ejerce mediante **varios mecanismos**:

- **Rectoría.**
- **Regulación.**
- **Control de la actividad global del sistema.**

A su vez, las tareas incluidas en este papel son:

- **Financiación de las acciones.**
- **Compra de servicios al sector privado.**
- **Provisión de servicios e información.**
- **Persuasión a la población.**

En la Argentina el **papel de rectoría** en términos de **política sanitaria nacional** es ejercido por el **Ministerio de Salud y Ambiente**, que se interrelaciona con los respectivos ministerios provinciales en el marco del **COFESA** (Consejo Federal de Salud).

Todos los países tienen una **agencia nacional de salud** (ministerio, secretaría, etc.), cuya responsabilidad esencial es la **rectoría**, la cual puede resumirse como el **trazado de los grandes lineamientos de la política sanitaria**, en términos de:

- **prevención de enfermedades,**
- **planeamiento y formación de recursos humanos,**
- **condiciones de gestión de los establecimientos de salud,**
- **control de enfermedades transmisibles,**
- **control de alimentos y productos farmacéuticos.**

La **regulación** y el **control** los ejercen estos mismos organismos por medio de:

- **habilitación y acreditación del personal de salud,**
- **ejercicio profesional,**
- **habilitación de establecimientos de salud.**

Algunas de las actividades de regulación y control son ejercidas, además de por el ministerio, por organismos con distintos grados de descentralización que dependen de él, como la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT) y la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

En el siguiente texto se desarrolla el concepto de **función de rectoría** que se espera del Estado.

LA FUNCIÓN DE RECTORÍA EN SALUD⁴

Cuando todos los sistemas de salud en el mundo comenzaron a asumir reformas apareció una nueva prioridad: definir el rumbo hacia donde deben avanzar los sistemas de salud. La Organización Mundial de la Salud utilizó el concepto de "Rectoría" para designar a esa función del Estado en salud que comenzaba a ser indispensable en el nuevo entorno. La advertencia para los ministerios y gobiernos en general es "remen menos y conduzcan más". La función de rectoría involucra una profunda revisión de la simple función de dictar normas y requiere de mucha mayor responsabilidad por parte de los gobiernos centrales. Deriva de la creciente tendencia a la separación de las funciones de financiación y prestación de servicios, la mayor autonomía de los servicios públicos, el desarrollo de los seguros competitivos, así como de seguros públicos para cubrir a la población carenciada y de la aparición de nuevas amenazas como las epidemias propagadas con objetivos terroristas. Estos cambios exigen, entre otras cosas, una mayor capacidad de conducir, regular y llevar a cabo las funciones esenciales de la salud pública correspondientes a la autoridad sanitaria.

En síntesis, luego de casi dos décadas de reformas sectoriales la rectoría de los sistemas es consagrada como una función clave del Estado central en salud.

La misma comprende las **tareas de:**

- a) **Conducción:** Definir prioridades de políticas y objetivos sectoriales.
- b) **Regulación:** Establecer las reglas del juego para provisión de bienes y servicios de salud y aseguramiento en salud.
- c) **Funciones esenciales en salud pública**
- d) **Adecuación de los modelos de financiamiento:** Tal como los mismos han sido definidos más abajo, esto implica velar por la sustentabilidad y adecuación de las fuentes así como por la correcta asignación de los recursos en función de las prioridades establecidas (en la tarea de conducción).
- e) **Vigilancia del aseguramiento:** No sólo hace falta establecer el elenco de bienes y prestaciones que deben ser asegurados sino vigilar que los seguros de salud (públicos, sociales o privados) cumplan con los

4.Extractado de TOBAR, FEDERICO. "Políticas de descentralización en salud". Tesis de Doctorado en Ciencia Política. Presentada ante la Universidad del Salvador.2004.

mismos. Esto involucra velar porque no se introduzcan barreras de acceso a los asegurados.

- f) **Armonización de la provisión de servicio:** Esto involucra recuperar la programación desde el modelo de atención que resultó prácticamente abandonada desde la década del ochenta. Establecer qué servicios (públicos y privados) hacen falta en cada lugar, dentro de cada red o de cada sistema, qué debe hacer cada prestador, así como fijar parámetros de referencias y contrarreferencia.



Luego de la lectura, debata con su tutor y sus compañeros sobre el rol de rectoría del Estado.

4. El financiamiento del sistema⁵

Es difícil mantener un debate sobre el gasto público sin fuertes condicionamientos ideológicos; así, mientras los afines al pensamiento de derecha perciben todo gasto público como un dispendio ineficiente, y por lo tanto como una oportunidad de ajuste, para los cercanos a las ideas de izquierda cada erogación estatal es sinónimo de mejora en la distribución del ingreso y, por ende, de justicia social.

Ambas contienen una parte de razón, pero ninguna de las dos es enteramente aceptable.

A fines del siglo XIX, el Estado de los países centrales tenía dimensiones muy reducidas con funciones similares a las que habían regido por varios siglos. En 1870, se dedicaba poco más del 10% de la riqueza generada para financiar todas las funciones del Estado, distribuido en cuatro grandes **rubros**:

- **defensa**
- **seguridad interior**
- **administración general**
- **infraestructura e intereses**

5. Tomado de: TORRES, RUBÉN. *Mitos y realidades de las obras sociales. Cap. XI*. Ediciones ISALUD. Bs. As. 2001

A partir de entonces se comprueba que las fuerzas del mercado por sí mismas generarían una sociedad muy inequitativa y socialmente disruptiva, a la vez que la "amenaza socialista" fogoneaba la necesidad de relegitimar al capitalismo obligándolo a suavizar sus aristas más conflictivas.

El Estado evoluciona desde su posición de "gendarme" o guardián de la propiedad hacia el de guardián de la equidad.



El Estado evoluciona desde su posición de "gendarme" o guardián de la propiedad hacia el de guardián de la equidad y después de la Primera Guerra el presupuesto público se duplica y las funciones sociales aparecen captando el 5% de él.

Después de la Segunda Guerra se experimenta una gran expansión del gasto social, que en 1960 duplica al de 1937, alcanzando el 13%, y entre 1960 y 1980 pasa al 27%, con las jubilaciones como consumidoras del 8% del PBI, el desempleo y la pobreza el 7% y la salud y la educación, el 6% cada una.

El Estado argentino de fines del siglo XIX consumía similares porcentajes de la riqueza que los del Primer Mundo de la época, y evolucionó de modo similar a ellos, alcanzando el 16% en 1937.

También luego de la Segunda Guerra, y con la aparición de la seguridad social, el gasto total llegó a insumir el 21% del PBI, y para 1980 ocupaba casi el 30%, aunque sólo 13 puntos de ellos eran dedicados a las funciones sociales (la mitad de lo que gastaban los países desarrollados).

Desde entonces, la Argentina no aumentó significativamente el gasto, aunque sí lo ha redirigido hacia las funciones sociales; de manera que parece débil la muy difundida argumentación que adjudica nuestras crisis y frustraciones a una supuesta prodigalidad del gasto público que ahogarí a la actividad privada. Pareciera más bien que las causas de la gran frustración argentina deberían buscarse no en el tamaño del gasto sino en otros factores, como la mala calidad de dicho gasto.

El aumento total del gasto desde la vuelta a la democracia ha sido moderado, pasando del 28,6% al 34,8% del PBI (en el periodo posdevaluación se volvió al 29,1%, alcanzando valores del 30% en 2003). Por su parte, las funciones sociales se expandieron notablemente, pasando del 12,9% al 21,6%, con aumentos del 93% en educación, 83% en previsión social, 49% en salud y 37% en programas sociales, evolución totalmente en línea con la observada en los países en desarrollo.

Una de cada tres familias en la Argentina actual recibe algún ingreso del Estado, sea éste nacional o provincial (tomando en cuenta los empleos públicos y el plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados y excluyendo las jubilaciones). En todo el país hay cincuenta beneficiarios del plan Jefes y Jefas de Hogar

Desocupados por cada cien trabajadores privados asalariados y registrados, pero en Formosa hay 443 y en Chaco 285 por cada uno de ellos.

Sin embargo, todas las sociedades reclaman, en algún momento, que alguien actúe y decida en nombre del Estado.

Desde Maquiavelo se reconoce que, si bien el fin de la lucha política es construir y retener el poder, ese poder representa la herramienta para la construcción de una sociedad mejor.

Supongamos que un conjunto de médicos ha sido sorprendido cometiendo toda clase de tropelías: ¿es esta una razón para renegar de los médicos y entregarse a las manos de improvisados?

Queda claro, luego de la última crisis argentina, la patente debilidad del Estado, que, luego de más de una década de reformas estructurales y ajustes múltiples, se encuentra incapacitado para ejercer su poder. Sin embargo, se ha lesionado de modo difícilmente reparable la confianza social.

Se ha experimentado la intervención del propio Estado para dismantelar el aparato estatal y se lo intenta sustituir en beneficio de una hipotética fortaleza de la sociedad civil, cuando en todas las economías capitalistas modernas el Estado y el mercado se combinan en una relación particular, siendo difícil encontrar alguna economía próspera en la cual no exista un Estado capaz de imponerse sobre los demás grupos sociales y, llegado el caso, resolver los "fallos" del mercado.

El capitalismo moderno, aquel que en los países desarrollados ha erradicado la pobreza, no es producto exclusivo del mercado ni del Estado, sino de una sabia combinación entre ambos. El Estado es el que fija las políticas y convoca al capital privado, vigilando después su funcionamiento. El clima de seguridad jurídica alienta a que los capitales privados efectúen las inversiones de riesgo que impulsan el crecimiento sostenido de la economía y la pobreza disminuye en consuno con el crecimiento del empleo. Pero el Estado se ocupa, además, de que los más pobres participen del progreso económico general. No se les puede pedir a los capitales privados, cuya meta básica es la rentabilidad, ni que diseñen las políticas para el conjunto ni que se ocupen de los marginados: estas son tareas del Estado. Y en esto el Estado argentino falló por dos veces: fracasó como empresario al frente de las grandes empresas de servicios y, cuando se decidieron las privatizaciones, fracasó al no orientarlas ni regularlas.

Poca autonomía frente a los sectores y baja capacidad de gestión, fueron dos de las fallas más importantes del Estado argentino. Así, en la actualidad la debilidad del Estado se manifiesta en su escasa capacidad de sanción, pues, al no poder generar confianza, apela a un cambio constante de las reglas y recoge poco o ningún acatamiento a la hora de obligar. Se trata por ejemplo de tomar en serio a los entes reguladores y de que éstos se tomen en serio sus funciones; de resguardar, aun frente a crisis profundas, a aquellas instituciones creadas para garantizar la estabilidad social macro, con la necesaria independencia que permita sostener la confianza social en ellas.

Todo esto requiere de un esfuerzo mayor de gobierno y de gestión; el Estado tiene que poder imponerse sobre los intereses sectoriales, recuperar su capacidad de sanción y su papel de promotor del bien común.

La mejora permanente de la transparencia y la efectividad del gasto público deberá convertirse en una de las principales preocupaciones de la sociedad y de todos los niveles de gobierno, sin olvidar que conseguir mejoras en educación, salud y seguridad necesitará de dosis de empeño, constancia y paciencia apropiadas, dadas las importantes organizaciones (en cantidad de empleados) que éstas sostienen y que la estructura de poder y de gestión no está claramente definida, no se cuenta con los recursos y la experiencia para traspasar las mejores prácticas internacionales a cada sector, etc.

El **estudio del gasto del sector salud** involucra un análisis del flujo monetario del sistema. En este sentido es importante considerar:

- **¿Cuál es la magnitud del gasto?**
- **¿Cómo se compone?**

En **2003**, la Argentina gastó en salud aproximadamente **27.833 millones de pesos**. En relación con la composición del gasto total en salud, puede efectuarse una primera discriminación en función del **origen de los recursos**, es decir, si el financiamiento proviene del sector público o el sector privado.

En la Argentina aproximadamente el **46% del gasto** en salud corresponde al **gasto de bolsillo de las familias (gasto privado)** que se asigna según las preferencias y los niveles de ingresos que determinan las posibilidades para cada individuo. Los recursos destinados a financiar esta parte del gasto no forman parte del flujo total de fondos destinado al financiamiento de los objetivos de la política pública de salud y no cumple funciones redistributivas. Esta distribución entre público-privado difiere significativamente de la composición que presentan los países desarrollados, donde es el gasto público el que tiene el mayor peso.

Cuando se analiza el gasto en salud, la pregunta inmediata que surge es: **¿Es este gasto mucho o poco?** La respuesta puede buscarse por comparación con el gasto realizado en otros países, o analizando el gasto histórico en la Argentina y su asignación.

Sin embargo, para comparar el gasto en salud de la Argentina con el de otros países, la magnitud total del gasto, como la analizamos hasta el momento, no es de mucha ayuda. Para esto es necesario normalizar el gasto por alguna otra variable.

Frecuentemente se utiliza el gasto como porcentaje del PBI o el gasto per cápita para homogeneizar las unidades de medida.

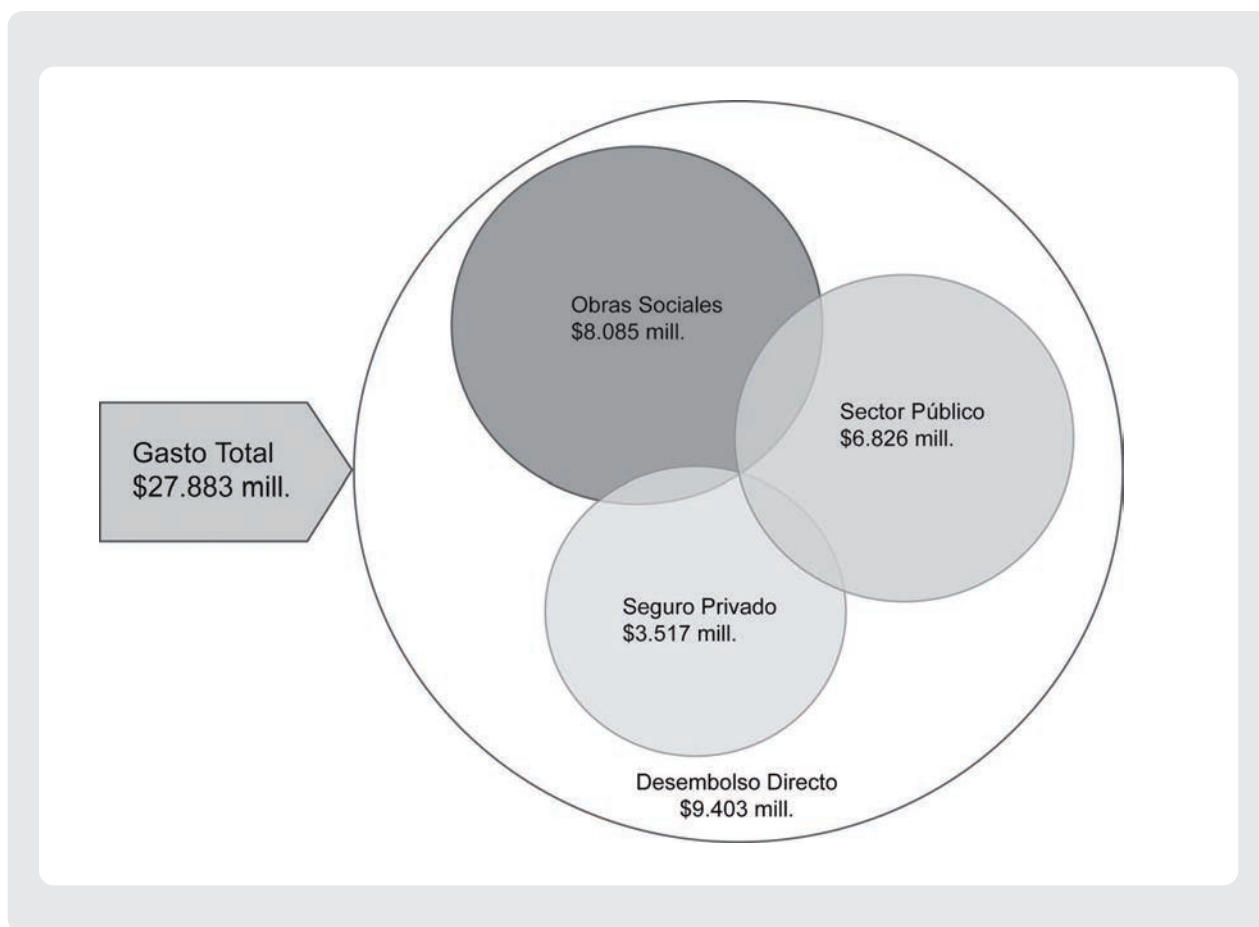
Una de las maneras tradicionalmente empleadas para dimensionar el tamaño del gasto es relacionarlo con el PBI. La participación del gasto en salud en el producto nacional da cuenta del grado de intervención del sector salud en la economía. Para el año 2003, el gasto total del sector fue de un 7,3% del PBI.

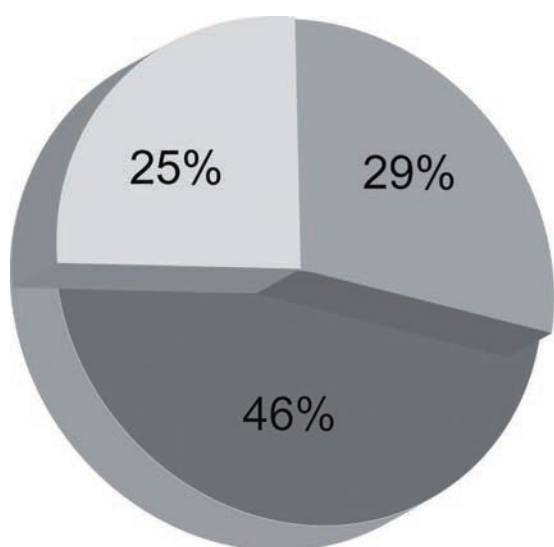
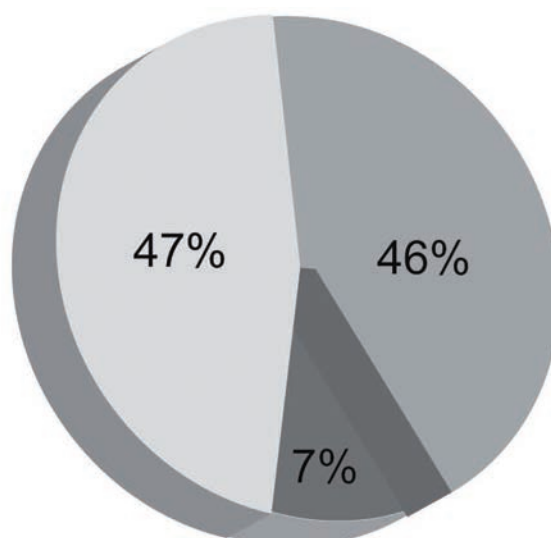
Entonces, para saber si el gasto en salud en la Argentina es mucho o poco, es posible comparar este indicador con las magnitudes que se observan en otros países, resultando de la comparación que la Argentina se encuentra ubicada cerca de la media europea.

Si bien, en la década de los noventa existían grandes diferencias en los indicadores entre los países de latinoamericanos y los europeos, en los últimos años esta brecha se ha reducido. Como observan González García y Tobar, el gasto en salud ha registrado un notable incremento en algunos países, hecho que señala una mayor inversión en salud; sin embargo, en algunos casos la no expansión del gasto implicó mayor eficiencia en el sistema.

En una muestra de países latinoamericanos y europeos seleccionados se verificó que el gasto en salud se ubicó en un rango de 5,6% al 10,8% del PBI, a excepción de los Estados Unidos, que no sólo es el país con mayor gasto en salud, sino también el que muestra la mayor expansión. En palabras de González García y Tobar, es "aquel donde la peste verde causa más estragos", haciendo alusión al problema que deben enfrentar los países o los ciudadanos para pagar por su salud en un contexto de incremento de costos permanente.

Ahora, incluyamos los números generales del financiamiento del sistema.



Composición del Gasto en Salud
(En porcentaje)Porcentaje de personas según
nivel de cobertura

■ Seguridad Social

■ Sector Privado

■ Sector Público

Ministerio de Salud y Ambiente de La Nación. Argentina. *Composición del Gasto y Cobertura en Salud*. 2003.

- ¿Conoce algún dato sobre el gasto en salud que se realiza en su comunidad?
- Indague sobre el tema.



En este punto del desarrollo del tema podemos plantear un interrogante: ¿Medicina versus salud pública? La siguiente lectura permite algunas respuestas.

MEDICINA VERSUS SALUD PÚBLICA⁶

El ámbito de la salud involucra una serie de situaciones paradójicas, o al menos guiadas por una lógica particular.

Estas situaciones fueron determinando el cambio de los roles del Estado y expresan algunas de las debilidades de los sistemas de salud en la actualidad.



La aparición de graves amenazas a la calidad de vida impulsó la intervención del Estado en materia de salud.

I. No fue el avance de la ciencia médica, sino el surgimiento de nuevas amenazas a la calidad de vida, lo que impulsó la incorporación del Estado a las cuestiones de salud. La intervención del Estado en la salud fue impulsada por las epidemias y grandes catástrofes tanto naturales -sequías, inundaciones, terremotos- como humanas -guerras, revoluciones etc-. De hecho, en la Argentina los primeros hospitales públicos surgen para atender a ex combatientes de las campañas del desierto emprendidas por Juan Manuel de Rosas.

Pero más que observando a nuestro país, este divorcio entre el progreso técnico y la expansión de la salud pública se refleja en los Estados Unidos de Norteamérica, país que como se sabe, posee la mayor tecnología de punta en medicina. No sólo la protección a la salud sino prácticamente todos los derechos sociales fueron incorporados antes en Argentina que en Estados Unidos. Sólo a partir de los devastadores efectos sociales de la crisis de 1929, el país del norte comenzó a avanzar hacia la incorporación de esquemas de protección social en general y de salud, en particular. El modelo existente de seguros sociales recién se institucionaliza en Estados Unidos en 1935.

Fue necesario que aquel país atravesara otra catástrofe, como la derrota de Vietnam, para que se tolerara el surgimiento de los programas de salud dentro de las estructuras del seguro social.

6.GONZÁLEZ GARCÍA
G. TOBAR F. *Salud para
los argentinos*. Ediciones
ISALUD.2004.

Así, se pasó de programas de asistencia para pobres, ancianos y ex combatientes a la institucionalización, en 1965, del Medicare -seguro de salud para ancianos- y del Medicaid -seguro de salud para carenciados-. El Estado incorporó nuevas funciones cada vez que se verificó que acciones públicas podrían evitar un gran número de muertes. La mayoría de las veces tal verificación fue aceptada ex post facto. Si el Estado retrae sus compromisos con relación a la salud de la población los riesgos de enfermar y morir aumentan. Estudios económicos demostraron que cada peso adicional gastado por el Estado en bienes públicos de salud, tales como acciones preventivas, reducen los riesgos interdependientes de enfermar y morir y aumentan la viabilidad y competencia de los mercados (Berlinski, 1994). Por otro lado, el progreso técnico de la medicina facilita pero no garantiza, de por sí, el progreso de la salud de la población.

Más aún, pueden coexistir mercados de salud muy desarrollados con alta incorporación de tecnología médica y resultados de salud relativamente malos.

Cuando el Estado reduce sus funciones en salud los riesgos de enfermar y morir aumentan.



II. Las acciones de Estado antiguo se orientaban más a cuidar la salud mientras que en el Estado moderno las acciones se inclinan más hacia la enfermedad. La historia de la salud pública nos muestra que los modelos centrados en la curación son relativamente recientes. El Estado tradicional centraba su intervención en salud en aspectos preventivos y especialmente en la regulación del medio ambiente y los estilos de vida. Cuando los ingenieros sanitarios descuidaron los pantanos vecinos a Roma les fue mal. Esto constituye una paradoja porque hoy criticamos a los sistemas por su excesiva orientación a la atención médica en desmedro de acciones mucho más efectivas como las relacionadas con la prevención, los estilos de vida y el ambiente.

Pero aquel modelo higienista de intervención del Estado estaba más relacionado con las prácticas autoritarias que con los derechos y la democracia. Cuidar a la población y sobre todo a sus ejércitos era fundamental. En la antigua Roma las autoridades llegaban hasta a violar las residencias privadas para incautar alimentos "insanos" y fijaban cuotas para la ingestión de grasas y bebidas. El general victorioso sobre el más grande imperio construido por Occidente no fue el bárbaro Alarico. Fue el mosquito del crepúsculo. El paludismo es aún hoy el mayor exponente de la relación entre desarrollo sanitario y desarrollo económico. De hecho, la figura del sanitarista es anterior a la del médico como profesional liberal que vende servicios. Aún en este siglo los grandes sanitaristas, como lo fue Oswaldo Cruz en Brasil, formaban brigadas que

perseguían a los habitantes para vacunarlos a la fuerza.

Este modelo configura un primer rol del Estado con relación a la salud en el cual, más que como proveedor, financiador y regulador del mercado de salud, pasaba a ejercer funciones de policía. Entre las responsabilidades de esta "policía médica" constaba la de transformar a los pobres en más aptos para el trabajo y menos peligrosos para los ricos. Fue necesario quebrar la hegemonía del modelo higienista para que la salud pasara a integrar los derechos sociales. Hacia fines del siglo pasado esta modalidad higienista de intervención del Estado en salud ya coexistía con una segunda modalidad de carácter asistencial más preocupada por la atención médica a la población enferma.

En un primer momento la función del Estado en salud fue policíaca.

Aunque aquella resultaba más efectiva en el mantenimiento de la salud era percibida de forma negativa por el conjunto de la sociedad. Bismarck demostró que la expansión de la asistencia médica constituye un poderoso instrumento de legitimación y regulación laboral e industrial. Cuando introduce en 1881 el Seguro Social pretendía tanto aplacar a los socialistas (comandados por el ilustre médico patólogo Rudolf Virchow) como alcanzar la potencia industrial de Inglaterra y Francia. El canciller prusiano había observado que a los trabajadores les faltaban recursos para pagar los servicios médicos que les permitiesen acortar la convalecencia y disminuir, así, su ausentismo laboral.

Luego de la crisis del '29 aumenta rápidamente la presencia del Estado en diferentes áreas de la vida social. Comienza entonces la expansión de los servicios de salud asociados a la ampliación de los derechos del ciudadano. En la Argentina, hasta 1943 la salud era competencia del Departamento Nacional de Higiene del Ministerio del Interior. Ese mismo año se dio el primer paso hacia el reconocimiento de la salud pública como problema de interés específico con la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social que en 1949 se transformó en Ministerio.

III. Cuando se desarrollan los derechos sociales y se amplía la cobertura de salud hay mayor tendencia a "curar" que a "prevenir". Todos sabemos que es mejor prevenir que curar. Las acciones preventivas son mucho más efectivas, en relación a su costo, que las curativas. En términos generales se suele estimar que cada dólar gastado en prevención consigue resultados, sobre la salud de la población, equivalentes a dieciséis dólares gastados en curación. Para calcular la economía de la prevención se estima el costo de cada tratamiento evitable. De esta manera se pueden comparar los rendimientos de los recursos destinados a la prevención con los costos del tratamiento para cada afección.

IV. A largo plazo prevenir cuesta más que curar. Los sistemas son víctimas de su efectividad, porque en la medida en que consiguen mejores resultados se

transforman en más caros. Además, un uso efectivo de los recursos no significa mayor legitimidad para los sistemas y las políticas de salud. En otras palabras una asignación costo-efectiva de los recursos no es igualmente voto-efectiva.

Políticas de salud efectivas son las que aumentan la esperanza de vida.



V. Aunque existen evidencias empíricas de la alta efectividad del gasto en prevención en salud, su efecto contencionista del gasto es relativo. La efectividad de las políticas sanitarias implica un aumento de la esperanza de vida. Este, a su vez, implica alteraciones en el perfil de la demanda de servicios. Comienzan a adquirir mayor peso las enfermedades crónico-degenerativas y otros procedimientos que resultan mucho más costosos. Por lo tanto, aunque la prevención mejore sensiblemente los resultados sanitarios, puede repercutir en un aumento de los costos totales del sistema a mediano plazo.

Una asignación costo-efectiva de los recursos no es siempre voto-efectiva.



Por este motivo, no puede afirmarse con certeza y a largo plazo que los sistemas de salud que destinan más recursos a la prevención resulten más baratos. Dos ejemplos interesantes para analizar el peso del gasto preventivo son Canadá y Estados Unidos.

El sistema norteamericano es el más caro del mundo, pero al estar centrado en seguros privados destina pocos recursos a acciones preventivas. En contrapartida, el sistema canadiense de salud es un seguro nacional de salud con administración provincial y cobertura integral. Aunque el sistema es fuertemente hospitalocéntrico atribuye una función importante a los programas de salud pública.

Los inventores del capitalismo son socialistas en la financiación de la salud.



Un conjunto de técnicos norteamericanos intentó calcular cuántos dólares deberían gastarse en su país para implementar un sistema similar al canadiense. Su conclusión inicial fue que, de hacerse esa reforma, el ahorro anual de los recursos destinados a salud sería del orden de los 100.000 millones de dólares. Otro grupo de economistas discordó con las conclusiones del estudio

y realizó una estimación alternativa en la que se utilizó un modelo de simulación más complejo, estimando que existe en Estados Unidos una fuerte demanda reprimida por parte de los cuarenta millones de americanos que no disponen de ningún tipo de cobertura asistencial, cuya satisfacción tendría un costo adicional para el sistema.

Consideraron también que la disponibilidad de servicio podría alterar los perfiles de utilización de algunos sectores y por lo tanto, el volumen de dinero ahorrado se elevaría a "sólo" 46.800 millones de dólares por año (Sheils, et al. 1992). En cualquier caso, como lo muestra el ejemplo, prevenir cuesta menos que curar.

VI. Los países más capitalistas buscan sistemas de salud socialistas mientras que en los países más pobres el mercado tiene mayor peso. Parecería que se ha cumplido en el ámbito de la salud la profecía formulada por Marx respecto a que sería en los países de capitalismo más avanzado donde primero se realizaría la revolución comunista.

Los primeros países en realizar la transición hacia el capitalismo han sido también pioneros en la incorporación de sistemas de salud solidarios. De hecho fue en Inglaterra, que en 1948 incorporó un modelo universal de salud, donde Marx pensó que surgiría primero el comunismo. No obstante, como señala Teixeira (1992), el caso de los Estados Unidos constituye una evidencia suficiente como para deshacer cualquier conexión implícita entre el desarrollo económico industrial y la automática alteración del patrón de incorporación de las demandas sociales. La permanencia del modelo de mercado dentro del sector salud, en el país del Norte, ha originado nuevas inequidades.

Musgrove (1996) analizó esta situación paradójica en relación al financiamiento de los servicios de salud. "En contraste con lo que ocurre en otros sectores económicos, el rol del sector público es mucho más acentuado en los países de altos ingresos que, en general, están más orientados hacia el mercado; en los países pobres, el Estado financia una porción menor de la salud."

En conclusión, los países que más necesitan de sistemas solidarios son los que menos los tienen.

VII. Aunque se están obteniendo mejores resultados de salud, se retrocede en la equidad. En términos mundiales, la diferencia entre la vida saludable de ricos y pobres ha tendido a aumentar. Esto no significa que el aumento de la cobertura y el avance tecnológico no hayan mejorado la esperanza de vida ni la calidad de vida de los más pobres. De hecho, como se ha

mencionado, las mismas han aumentado durante las últimas décadas en todos los continentes. Sin embargo, la capacidad de las camadas superiores de la sociedad para aprovechar los nuevos recursos de salud es siempre muy superior a la de los pobres. Hace algunos años se podían identificar enfermedades de ricos y enfermedades de pobres. Hoy, con algunas excepciones como el Melanoma -cáncer de piel-, en las más frecuentes causas de enfermedad, los pobres se enferman más que los ricos (Berlinguer, 1983). La capacidad del sistema sanitario de producir salud es muy limitada. A casi cincuenta años del Sistema Nacional de Salud inglés, las diferencias de morbilidad y mortalidad entre clases sociales han aumentado. En Canadá, los pobres tienen once años menos de vida saludable que los ricos. En Francia, la esperanza de vida de un profesor universitario es nueve años mayor que la de un obrero especializado, países todos con servicios de salud con asistencia universal e igualitaria.

La enfermedad es la expresión más dolorosa de las desigualdades sociales.



En la Cumbre Social de marzo de 1995 convocada por la Organización de las Naciones Unidas en Copenhague, quedó establecido que el aumento de la inequidad es el mayor de los problemas comunes a todas las naciones del mundo. La formulación de políticas de salud, y en especial de reforma de los sistemas que apunten a reducir la inequidad es, entonces, el mayor de los desafíos.

Los esfuerzos para disminuir la inequidad en salud han tendido a concentrarse solamente en el acceso a los servicios. Es decir, se han preocupado para que hubiera la misma cantidad y la misma calidad de servicios de salud para cada uno de los habitantes.

Todas las sociedades consideraron ilegítimas las desigualdades en salud. Los pueblos y naciones han sido más tolerantes con otras diferencias sociales que con la enfermedad. De hecho, desde los inicios de la medicina, cuando constituía una práctica más autónoma que institucional, más artesanal que científica, los maestros enseñaban a sus discípulos que no debía cobrarse a los pobres igual que a los ricos, aún cuando las prácticas realizadas fueran idénticas (Abel Smith, 1982).

La igualdad en el acceso se enfatizó por las dificultades de promover la equidad en los resultados. Durante mucho tiempo prevaleció en Occidente la idea de que los hombres debían velar por la igualdad en los procedimientos, porque la verdadera equidad en los resultados involucraba una justicia que sólo podría ser divina.

Las causas del aumento de las inequidades están relacionadas con las causas del aumento de la pobreza. Un condicionante de ambas es el aumento de la población, que se concentra en las camadas más pobres, los que sufren más enfermedades, los que enfrentan más dificultades. En la Argentina esta tendencia es muy clara, y la pobreza se convierte en un fenómeno joven y femenino. Por ejemplo, un tercio de los partos de los hospitales públicos del Conurbano Bonaerense corresponden a mujeres menores de 18 años. Entre los nuevos pobres, un gran porcentaje de los jefes de familia son madres adolescentes. Quiere decir que la pobreza aumenta al mismo ritmo que el crecimiento demográfico y afecta a los más débiles dentro de la sociedad. Se trata de una discusión muy complicada en la que se plantean aspectos éticos y religiosos.



Los gremios se hicieron cargo de la salud del trabajador mucho antes que el Estado y el mercado.

Otro aspecto notable en la demografía de los países americanos es que en todos ellos está creciendo la población de más de 45 años, y esto define otra situación demográfica y diferentes necesidades de organización de los sistemas de salud.



La equidad en atención médica es condición necesaria pero no suficiente para la equidad en salud.

En conclusión, la lucha contra las inequidades constituye el mayor desafío de todos los sistemas de salud. La política de salud es un ámbito privilegiado para alcanzar la equidad porque es uno de los instrumentos más poderosos para corregir las desigualdades en la distribución de la renta que genera el mercado. Además, en un orden mundial en el cual aumenta la exclusión, la búsqueda de la equidad en salud es fundamental porque los excluidos de la producción y el consumo son mucho más vulnerables a la enfermedad y la muerte que quienes están integrados al mercado.

Pero un sistema de salud equitativo no alcanza para resolver problemas de equidad anteriores a la asistencia médica tal como la falta de agua potable y saneamiento, de vivienda adecuada, de educación y alimentación. Aun en sistemas de salud equitativos los resultados de salud tienden a mantener las desigualdades sociales que caracterizan a la sociedad. En países ricos y con sistemas de salud altamente solidarios y equitativos, como es el caso de Gran Bretaña, por cada rico que enferma de tuberculosis lo hacen 4,6 pobres; en

cáncer de esófago la relación baja a 1,9; en reumas a 5, en accidentes de tránsito al 2,2 (Maestro Martín, 1995:50).

Los médicos no pueden resolver por sí solos una compleja situación que es también responsabilidad de los políticos, economistas y la sociedad en su conjunto. En otras palabras, la igualdad en servicios de salud es condición necesaria pero no suficiente para equidad en salud.

CIUDADANÍA Y SALUD

Los sistemas de salud no surgieron solos, fueron incorporados por los países en forma conjunta con las demás estrategias de acción y protección social. Las distintas formas de atención a la salud aparecen relacionadas con los sistemas previsionales y de asistencia social, presentando en cada caso fortalezas y debilidades características.

En cada avance de los modelos, en cada reforma de los sistemas se redefine la relación Estado-ciudadanía.



Algunos fueron evolucionando llegando a desarrollar sofisticadas estructuras organizativas para integrar la "respuesta social organizada". Otros han conseguido avanzar muy poco en ese sentido y es por ello que se llega a cuestionar la existencia del sistema.

En cada avance de los modelos, en cada reforma de los sistemas se está redefiniendo la relación Estado-ciudadanía. Cuáles son las nuevas funciones del Estado y cuáles los nuevos derechos y obligaciones de los ciudadanos. Cada estrategia de asistencia en salud se corresponde con un capítulo en la historia de los derechos de la ciudadanía. Los países fueron implementando acciones y creando instituciones sociales como una forma de extender la inclusión social.

Antes de cerrar esta unidad, le proponemos otro espacio de lectura sobre un tema central.



*Discuta con sus
compañeros sobre
los conceptos de
equidad y
ciudadanía.*

SALUD, POLÍTICA Y EQUIDAD⁷

La Argentina está más pobre. Pero fundamentalmente, está más injusta. La inequidad de los últimos años ha sido el principal problema de la política y de la salud.

Cada vez los ricos son más ricos y los pobres más pobres. Los países y las personas ricas están reemplazando la ya inmortal explotación por un tumor aún más maligno: la exclusión.

La Argentina rica y la Argentina pobre pueden ser sinónimos de cuerpos ricos y cuerpos pobres.

Nuestro país tiene uno de los más importantes crecimientos de la injusticia. La Argentina es más pobre y más desigual. La inequidad hace estragos en la organización social, en los comportamientos ciudadanos y por consecuencia, en la salud colectiva.

Si América latina hubiera tenido los patrones de redistribución de África sería más equitativa.

África es más pobre, pero no más injusta.

La traba más fuerte que tenemos hacia el crecimiento sustentable es la desigualdad. ¿Cómo tendrán salud los desocupados, los subocupados, los marginados cuando la enfermedad y la muerte son las principales causas de la desigualdad? ¿Cómo disminuir las brechas entre los estados de salud de las poblaciones? ¿Cómo distribuir más equidad entre los argentinos es la preocupación central del Plan Federal de Salud.

Las personas pobres no son iguales a los ricos únicamente por tener menos dinero. Tienen enfermedades y consecuencias más graves de las mismas, viven en un contexto de deterioro ambiental y hasta la propia unidad familiar es diferente.

El Sistema de Salud es la respuesta social organizada más contundente para defender el más importante de los derechos humanos: el derecho a la vida, y además, para darles sustento a la equidad y la justicia social. Es también el mejor y más rápido redistribuidor social dentro de las políticas de Estado. Invertir en salud es más justo, lo más oportuno y lo más eficaz socialmente. Pero también está demostrado que la salud es un motor fundamental en el crecimiento económico de las naciones, creando un capital social o capital sanitario que es impulsor del desarrollo de las sociedades. Un pueblo sano tiene más productividad, trabaja y aprende mejor, logrando una mayor armonía social.

7.Extraído de:
GONZÁLEZ GARCÍA
G. "IV Jornadas
Internacionales de
Economía de la Salud".
Asociación de Economía
de la Salud. Ediciones
ISALUD.

Necesitamos disminuir las inequidades. El trabajo digno para todos y la redistribución del ingreso son formidables insumos sociales para combatir la inequidad. Pero llevan tiempo en concretarse.

La educación es otro importante soporte para la mejora de las oportunidades. Pero tarda años en acumularse como valor agregado. Por eso creemos que Salud es el más potente de los sectores sociales para disminuir fácilmente los determinantes sociales que hace que las enfermedades sean más frecuentes en los pobres que en el resto. Pero si podemos con prevención y promoción específica disminuir la brecha de carga de enfermedad entre distintos grupos de los servicios de Salud, especialmente los de Atención Primaria, tiene una extraordinaria acción sobre la enfermedad. Si los servicios funcionan mejor, si aumentan con medicamentos con medicamentos esenciales y atención programada desde el embarazo hasta la hipertensión o la diabetes, los pobres pueden disminuir notablemente las consecuencias de carga de enfermedad.

Argentina estuvo veinte años sin crear riqueza. La década perdida de Latinoamérica, se ubicó en nuestro país desde los setenta a los noventa. Luego creamos riqueza en los primeros años de los noventa pero en base a profundizar la injusticia. Por eso se resintió no sólo la salud sino la propia gobernabilidad de la sociedad. Salud tiene que ser la locomotora del nuevo renacimiento nacional que permita a los más pobres tener menos enfermedad y sobre todo menos consecuencias de la enfermedad. Con salud podrán volver al trabajo.

La buena salud les permitirá estudiar e incorporar mejores conocimientos que serán su valor agregándoles capital humano.

Argentina perdió activos físicos y financieros. Se descapitalizó. Pero no podemos permitir que se descapitalice en el más valioso de los activos. El capital humano. El modelo de desarrollo nos tiene como insumo fundamental a nosotros. El capital humano es causa y consecuencia de cualquier desarrollo sostenible y deseable.

Estudios sobre las causas del desarrollo económico muestran que las desigualdades complican ese desarrollo, contrariamente al discurso clásico de las teorías acumulativas al proponer que las desigualdades en algunos casos eran necesarias. Las sociedades de mayor crecimiento en el mundo actual son las que han logrado una menor inequidad o una mayor equidad dentro de ellas, según como deseemos expresarlo. Explican los economistas estrellas -quienes parecieran haber asumido el papel de modernos oráculos del mundo- por qué una de las razones por las cuales América latina no ha crecido como debió haberlo hecho en la década de los noventa es justamente porque partió de inequidades iniciales, y éstas no sólo no favorecieron el crecimiento sino que lo enlentecieron y en algunos casos lo hicieron negativo. Es decir, la desigualdad es individualizada como factor contrario al crecimiento económico. Es sabido que la relación del crecimiento económico y el aumento del empleo

son fundamentales para disminuir la pobreza. Pero también es cierto que la pobreza enferma y mata. Y mientras todos esperamos la Argentina plena de economía y con mejor equidad, las políticas sociales son formidables elementos redistributivos inmediatos.

Distribuir salud, educación, ingresos y alimentos, es el corazón de una política de Estado que intenta disminuir las injusticias que crea el Mercado. Los que creyeron en el dogma del Mercado como único motor de las sociedades han fracasado. En nuestro país ese fracaso representa una enorme deuda social y sanitaria acumulada. La exclusión social se manifiesta no sólo en la desigualdad de oportunidades, sino en los malestares sociales que reproducen y amplifican la pobreza y la injusticia.

Actividad de integración de la Unidad 2



En esta unidad, hemos analizado nuestro sistema de salud, por eso ahora le proponemos algunas consignas que le permitirán integrar conceptos.

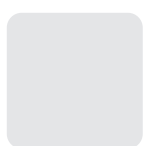
- a. Discuta con su compañeros sobre la situación actual de nuestro sistema de salud. Para ello, compare la situación actual con la de la década anterior y luego analice las posibilidades que visualiza a futuro.
- b. Considerando que las políticas de salud deben tender a la equidad piense, ¿qué acciones puede implementar desde su centro de salud o en articulación con otros centros, otros efectores de su área programática u otras instituciones (escuelas, clubes, centros vecinales, asociaciones barriales)?



Unidad 3



Plan Federal



Introducción

La política sanitaria de nuestro país está plasmada en el Plan Federal. En él se expresan los ideales, valores, metodología y actividades a desarrollar en los próximos años.

En esta unidad, los conceptos que ordenarán el material serán:

- Visión del sistema de salud.
- APS como estrategia del sistema.
- APS renovada.

Objetivos específicos

Deseamos que esta unidad le permita:

- Reconocer cómo se llega al Plan Federal.
- Identificar la visión del sistema de salud que se expresa en el Plan Federal.
- Caracterizar a la APS como estrategia del sistema de salud.
- Describir los pilares de la APS renovada.

1. ¿Por qué el Plan Federal?

La mundialización de la **ideología antiestado** y el **individualismo no solidario** han afectado en todas las naciones a la política y la economía, pero también a la salud y otras áreas de la gestión de gobierno. La Argentina, que no fue ajena a estos procesos iniciados hace ya años, está en la actualidad en un proceso de recuperación y reconstrucción, no en la antigua estructura burocrática del Estado, sino de sus funciones:

- **producir bien común,**
- **equilibrar recursos entre débiles y poderosos,**
- **promover el desarrollo humano armónico y sustentable de todas las personas.**

De manera paradójica, las **Bases del Plan Federal de Salud** son el producto de la más fenomenal crisis que el país y el sector hayan atravesado en las últimas décadas. Son también el corolario del esfuerzo que los responsables de la salud de las

Provincias y la Nación realizaron a lo largo de los últimos años para evitar males mayores a las dificultades que tuvimos que superar.

El Ministerio de Salud de la Nación inició un importante trabajo de **consensos sectoriales y transversales** en el marco del Diálogo Argentino, donde el sector Salud, rganizaciones profesionales y de trabajadores, cámaras empresariales, universidades, organizaciones de la sociedad civil y un sinnúmero de otros actores acompañaron este proceso.

Simultáneamente, todos los ministros y secretarios de salud de las provincias y la Nación recrearon de manera vigorosa el **Consejo Federal de Salud (COFESA)**, lo que conformó una clara señal de fortalecimiento institucional, devolviendo visibilidad a la autoridad del sector y posibilitando la adopción de rápidas medidas por consenso pleno frente a la emergencia.

Así se alcanzó el **Acuerdo Sanitario Federal de San Nicolás de los Arroyos, en marzo de 2003**, que constituyó uno de los antecedentes inmediatos de las bases del Plan Federal de Salud.

En dicho acuerdo los Ministros de Salud consensuaron mejorar el acceso a medicamentos, disminuir la mortalidad materno infantil, apuntando a acortar la brecha existente entre las provincias, acordando proteger los programas prioritarios y fortalecer la estrategia de Atención Primaria de la Salud

Cuando inicio su mandato el Presidente Kirchner solicito a todos los ministros un Plan el cual fue formulado en forma consensuada y se le presento al presidente en mayo de 2004 como "Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007"

En el mismo sentido, y debido a que desde el 2003 el Ministerio de la Nación, se transformó en Salud y Ambiente, trabajamos en el ámbito del **Consejo Federal de Medio Ambiente (COFEMA)** para la operativización del **Sistema Federal Ambiental**, de manera de contribuir a la promoción y la protección de la salud mediante la implementación de políticas adecuadas de ambiente y desarrollo sustentable.



La relación entre Nación y provincias, materializada en el seno del COFESA y, simultáneamente, la vinculación de las provincias con los municipios, constituyen el eje articulador por donde transitan en la actualidad las reformas en nuestro país: un fiel reflejo de la consagración constitucional de la autonomía provincial y municipal, que promueve el protagonismo conjunto de todos los niveles de gobierno. Esta articulación debe ser dinámica y flexible, y a la vez debe reconocer los grados de libertad necesarios de cada uno de los actores que la componen. El objetivo básico es plantear un proceso de reforma permanente, en búsqueda de la equidad y el bienestar de nuestro pueblo, adecuándonos a los indefectibles procesos de cambio.

Así, la misión central es garantizar a todos y cada uno de los habitantes del país el acceso a niveles de prestación de salud básicos y a los medicamentos esenciales por ellos requeridos.

Sólo construiremos un sistema de salud sólido y justo si perseveramos y profundizamos la participación ciudadana y su real protagonismo en la construcción colectiva.



El recambio institucional que se vive en la Argentina no es producto de una coyuntura; es el resultado de una evolución social en la que la política y el gobierno dejan de ser concebidos como fines en sí mismos, para convertirse en instrumentos destinados al logro de objetivos comunes. Mejorar nuestro sistema de salud es uno de esos objetivos: por un lado, es el reclamo de una sociedad cada vez más madura, en la cual la cohesión social y el concepto del bien colectivo se acrecientan día tras día; por otra parte, es una responsabilidad cívica de los gobernantes, que, como emergentes sociales, tienen el deber de interpretar y canalizar ese reclamo, conscientes de que defendiendo la salud se afianzan y consolidan la democracia y el desarrollo de las personas.

2. La visión del Plan Federal

Definamos primero a qué llamamos visión.

La visión es una imagen deseada; por lo tanto, lo que sigue a continuación es la imagen a futuro del sistema, lo que las autoridades políticas desean del sistema de salud.

VISIÓN

Visión de largo plazo para el sector salud de la Argentina

En los procesos de reforma del sector salud existe una constante verificable en la mayoría de los países del mundo: al tratarse de un mercado imperfecto, que responde a lógicas particulares, la presencia del Estado resulta necesaria y deseable. Una administración eficiente y proactiva en la programación, regulación, monitoreo y fiscalización del sector puede contribuir en gran medida a un proceso sano y sostenible de reconversión del sector, corrigiendo las asimetrías potenciales de un sistema desregulado de manera total.



Visión es el propósito estratégico, la visión compartida sobre el futuro deseable que sirve de guía para que todos los miembros de una organización orienten sus esfuerzos en una misma dirección.

Partiendo de la base de que en Argentina hay niveles razonables, aunque insuficientes, de recursos como para garantizar mejores y mayores posibilidades de salud para todos, lo que se plantea a largo plazo es un sistema de salud equitativo e integrado, con un rol activo de un "Estado garante" del bienestar de la población. El sistema posibilitará el acceso a una canasta de bienes y servicios esenciales en salud a través del aseguramiento que brinde cobertura universal básica a toda la población, con un fuerte componente preventivo y que responda a la resolución de patologías de una manera eficiente y eficaz.

La visión incluye un sostenido impulso, aplicación y evaluación de políticas saludables con amplia participación de la sociedad. La Nación, las provincias, los municipios, las sociedades científicas, los colegios profesionales, las asociaciones gremiales, las casas de estudio e investigación y las instituciones de la sociedad civil, acordarán periódicamente compromisos de políticas saludables, estableciendo prioridades, definiendo metas y evaluando su cumplimiento.

El sistema en su conjunto participará regularmente en acciones de promoción de la salud a través de esquemas fuertemente participativos. Las instituciones del sector salud articularán sus recursos con otros sectores y con las organizaciones de la comunidad.

En esta mirada, el país se ha organizado en regiones compuestas por grupos de provincias, que comparten prioridades, metas y estrategias comunes y articulan una coordinación y desarrollo conjunto de políticas sociales nacionales, regionales y provinciales.

Las regiones se están organizando de modo de favorecer el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles, coincidiendo o no con los límites jurisdiccionales. Cada una ha establecido metas saludables dentro de la estrategia nacional, acordadas entre los distintos actores más arriba mencionados, que dan sustento a las acciones a seguir para el logro de tales metas.

Existe un adecuado sistema de vigilancia a escala nacional que permite la evaluación periódica de los objetivos de políticas saludables consensuados.

El sistema de salud se está organizando en redes regionales de servicios, de gestión pública y privada, que responden a las necesidades de la población a su cargo. Las personas acceden a una red, y no a servicios aislados, donde sus distintos componentes son instituciones organizadas por niveles de atención y localizadas con criterios de necesidad regional, actuando en función de las demandas de los destinatarios.

La red atenderá una población definida, con beneficiarios identificados y asignados a su responsabilidad, manteniendo la libre elección del prestador dentro de la oferta disponible en la propia red. La asignación de

responsabilidades de la red seguirá criterios de riesgo de beneficiarios, de modo de cubrir con eficiencia las distintas necesidades.

La oferta de servicios se hallará regulada por organismos mixtos y federales que categorizarán y acreditarán servicios según estándares de calidad nacionales e internacionales. La acreditación es parte de un proceso de mejora de calidad, con criterios comunes para todos los subsectores y jurisdicciones. La acreditación incluirá criterios de resultados.

El sistema nacional de salud contemplará esquemas de incentivos que premiarán resultados y que se encontrarán vinculados a parámetros de calidad y de eficiencia. Estos esquemas resultan fundamentales para una correcta gestión de los recursos humanos como eje imprescindible de la organización de los servicios.

En esta visión imaginamos nuevos roles y responsabilidades de los distintos actores, entre ellos:

- Afianzamiento del Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios provinciales en su rol de rectoría.
- Garantía por parte de las regiones del aseguramiento de la cobertura básica universal.
- Desarrollo por parte de provincias y municipios de programas de promoción y prevención, poniendo el acento en la atención primaria y respetando los mecanismos crecientes de derivación dentro de la red de atención.
- Protección del financiamiento de los programas establecidos.
- Organización de la sociedad civil para fomentar su participación en el diseño e implementación del modelo.

3. Metodología del Plan Federal

La propuesta metodológica es de logro a logro, manejando los tiempos con un ritmo constante y sostenido, en el marco de la permanente articulación entre Nación y provincias.

Se pondera la estrategia de atención primaria como organizadora del sistema, se incentiva el desarrollo de instrumentos que incrementen la equidad en el acceso y el financiamiento de la salud, que definan la evaluación del desempeño e implementen mecanismos de participación comunitaria en todos los niveles.

Analizamos con detenimiento cada aspecto de los mencionados.

3.1. Sendero de reformas

Evidentemente es necesario definir un sendero de reformas para el Sistema de Salud que tienda a la paulatina integración de los subsectores. Este sendero se podrá consolidar trabajando, por un lado, sobre la afirmación de un **sistema federal de salud** que mejore la **equidad regional** y, por el otro, en la integración y la articulación del sector alrededor de la **reforma de la atención pública y la promoción de la atención primaria**.

Esto significa avanzar hacia un **sistema plural** y que respeta la historia y la organización política de la Argentina y lo hace viable.

La reconstrucción del modelo argentino de salud debe evitar destruir o lastimar lo que resta de nuestros antiguos servicios de salud. Necesitamos definir un rol para cada uno, para los hospitales públicos y privados, para las obras sociales y las prepagas y para los tres niveles de gobierno (nación, provincias y municipios) buscando que el todo sea más que la suma de las partes y no un desparramo de esfuerzos y recursos. También necesitamos equilibrar las grandes diferencias sociales que tenemos los argentinos y que se reflejan en las condiciones sanitarias y el acceso a la atención de la salud.



El objetivo es construir un sistema federal y flexible de salud, más integrado, más justo, mejor regulado y que respete las diferencias regionales y provinciales.

3.2. La estrategia de atención primaria de la salud como organizadora del sistema

Los gobiernos locales (primero las provincias y luego los municipios) deberán concentrar sus esfuerzos en desplegar una **estrategia de Atención Primaria de la Salud**, así como **acciones de promoción y prevención desarrollando políticas saludables, informando y modelando conductas**. Para ello, el Ministerio Nacional desarrollará una estrategia centrada en compromisos de gestión que permita asistir a los gobiernos locales y a los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) que se comprometan con implementar un adecuado modelo de APS.

La atención primaria de la salud será la prioridad absoluta y las acciones de promoción y prevención obtendrán una asignación creciente de recursos.

La estrategia avanzará progresivamente hacia la descentralización de estas acciones de manera sistemática y organizada.

La **asistencia desde Nación** consistirá en el diseño de un **modelo de atención adecuado para la APS en centros locales**. También se ocupará de la **provisión de medicamentos y otros insumos como leche y anticonceptivos para garantizar el acceso de la población de bajos recursos**. Por eso se ha implementado el **Programa Remediar, Programa Materno Infantil y el de Salud Sexual y Procreación Responsable**.

Esto implica incorporar un incentivo directo sobre la población para conducir la demanda por servicios de salud hacia los Centros de Salud, en lugar de hacia los hospitales. Además, Nación acreditará y clasificará los Centros de Salud, realizará capacitación e incentivará a los profesionales responsables.



3.3. Fortalecimiento de la equidad en el acceso y el financiamiento de la salud

Nos proponemos un sistema más justo, que iguale las oportunidades de toda la población, actuando con responsabilidad y sensibilidad frente a las necesidades de todos y en especial de los que tienen mayor riesgo.

3.4. Participación comunitaria en todos los niveles

En este contexto, se debe permitir al pueblo ser protagonista de su proceso de salud. La salud, como derecho, requiere ciudadanos que puedan y quieran ejercer su ciudadanía, que las personas dejen de ser receptores pasivos de actividades puntuales prestadas por los servicios institucionalizados de atención médica reparativa orientada a enfermedades específicas.

4. La APS renovada¹

En estos momentos el enfoque de la APS está siendo redefinido para considerarlo "la estrategia" sobre la que se estructuran los sistemas de salud de América.

1. *Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud /OMS. Julio 2005.

De los documentos de trabajo utilizados en la reunión que se realizó en julio de este año en la ciudad de Montevideo para consensuar esta renovación, hemos recortado los conceptos más significativos para compartirlos.

4.1. ¿Por qué la renovación?

Desde hace más de un cuarto de siglo la Atención Primaria de Salud (APS) es reconocida como uno de los componentes clave de un sistema de salud efectivo.

Las experiencias de los países desarrollados y en desarrollo demuestran por igual que la APS pudo ser interpretada y adaptada hasta ajustarse a una amplia variedad de contextos políticos, sociales, culturales y económicos. Por eso, es oportuno hacer una **revisión completa de la APS** (tanto en la teoría como en la práctica) y dar una mirada crítica acerca de cómo puede ser "renovado", para reflejar mejor las necesidades actuales de salud y desarrollo de la población en el mundo.

Actualmente los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se han abocado a generar ideas y recomendaciones que hagan posible la renovación de la APS y ayuden a fortalecerla y desarrollarla **como un concepto que pueda guiar el progreso de los sistemas de salud más allá de los próximos 25 años.**

Entre las **razones** que justifican la renovación de la APS se incluyen:

- **La aparición de nuevos desafíos epidemiológicos que la APS debe asumir.**
- **La necesidad de corregir las debilidades e inconsistencias presentes en algunos de los enfoques ampliamente divergentes de la APS.**
- **El desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas que pueden ser asimilados para incrementar la efectividad de la APS.**
- **El reconocimiento creciente de que la APS es una herramienta que fortalece la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud.**

Un enfoque renovado de la APS es una condición esencial para lograr los compromisos de la declaración del Milenio, afrontar los determinantes

sociales de la salud y alcanzar el nivel de salud más alto posible para cada persona.

Analícemos, ahora, los alcances de la APS renovada, que fue redefinida por todos los países de América y que ya se está implementando en nuestro país

4.2. ¿Qué implica?

Como mensajes principales pueden destacarse:

- La APS representa hoy una **fuerza de inspiración y esperanza** no sólo para el personal de los servicios de salud sino para la comunidad en general.
- Debido a los nuevos desafíos, conocimientos y contextos, es necesario renovar y revitalizar la APS en la región de tal modo que al fortalecer su enfoque se pueda hacer realidad su potencial para enfrentar los desafíos de hoy de la salud y los del próximo cuarto de siglo.
- La renovación de la APS exige más atención a las necesidades estructurales y operativas de los sistemas de salud tales como:
 - **acceso,**
 - **justicia financiera,**
 - **adecuación y sostenibilidad de los recursos,**
 - **compromiso político,**
 - **desarrollo de sistemas que garanticen la calidad de la atención.**
- Las experiencias exitosas de la APS demuestran que son necesarios los **enfoques sistémicos amplios, de modo que la renovación de la APS debe poner más atención a los enfoques basados en la evidencia para lograr la atención universal, integrada e integral.**
- El mecanismo propuesto para la renovación de la APS es la **transformación de los sistemas de salud,** de modo que puedan hacer de la APS su fundamento:
- Un Sistema de Salud basado en la APS es un enfoque amplio para la organización y operación de sistemas de salud, que hacen del derecho al logro del nivel de salud más alto posible su principal objetivo, al tiempo que maximizan la equidad y la solidaridad. Un sistema de tal naturaleza es guiado por principios de la APS tales como dar respuesta a las necesidades de salud de la población orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad.

- Un Sistema de Salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales que garanticen la cobertura universal el acceso a servicios aceptables para la población y que promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada lo largo del tiempo, hace énfasis en la prevención y en la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema. Las familias y las comunidades son la base para la planificación y la acción.

- Un Sistema de Salud basado en la APS requiere un marco legal, institucional y organizacional, así como recursos humanos, financieros y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles para alcanzar la calidad, la eficiencia y la efectividad, y desarrolla mecanismos activos para maximizar la participación individual y colectiva en salud. Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y de la equidad en salud.

- La evidencia internacional sugiere que los sistemas de salud organizados con base en una fuerte orientación de la APS alcanzan **mejores y más equitativos resultados de salud, son más eficientes, tienen costos más bajos de atención y logran una satisfacción más alta del usuario** comparada con la de aquellos sistemas que tienen una débil orientación de la APS.

- **La reorientación de los Sistemas de Salud hacia la APS requiere el reajuste de los servicios de salud hacia la promoción y la prevención,** ajuste que debe ser conseguido mediante:
 - **la asignación de funciones apropiadas a cada nivel de gobierno;**
 - **la integración de los servicios de salud pública y de atención personal;**
 - **el desarrollo de una orientación hacia las familias y las comunidades;**
 - **el uso de datos consistentes en la planificación y la toma de decisiones;**
 - **la creación de un marco institucional que incentive la mejoría de la calidad de los servicios.**

- La realización plena del potencial de la APS requiere, adicionalmente, de una concentración especial:
 - **al papel de los recursos humanos,**
 - **el desarrollo de estrategias para gestionar el cambio,**
 - **la alineación de la cooperación internacional con el enfoque de la APS.**

- El paso siguiente para renovar la APS es constituir una coalición internacional entre las partes interesadas. **Las tareas de esta coalición** deben encaminarse a:
 - afirmar la renovación de la APS como una actividad prioritaria;
 - enriquecer el concepto de sistemas de salud orientados por la APS, de tal modo que éste sea visto como una opción políticamente factible y atractiva;
 - encontrar maneras para capitalizar la actual ventana de oportunidad ofrecida por la reciente celebración del vigésimo quinto aniversario de la Declaración de Alma Ata; la concomitante atención internacional que se ha puesto en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y en la necesidad de fortalecer los sistemas de salud.

Como política nacional se está fortaleciendo a la APS como estrategia del sistema de salud, fundamentalmente del subsector público. En este marco se están desarrollando una serie de programas nacionales como el Remediar, Médicos Comunitarios, Programa Materno Infantil, Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, Plan Nacer, todos tendientes a aumentar la cobertura y calidad de atención y fortalecer la prevención y promoción de la salud, optimizando al primer nivel. Estos Programas se desarrollarán en la próxima unidad.

Para analizar con sus compañeros y su tutor:

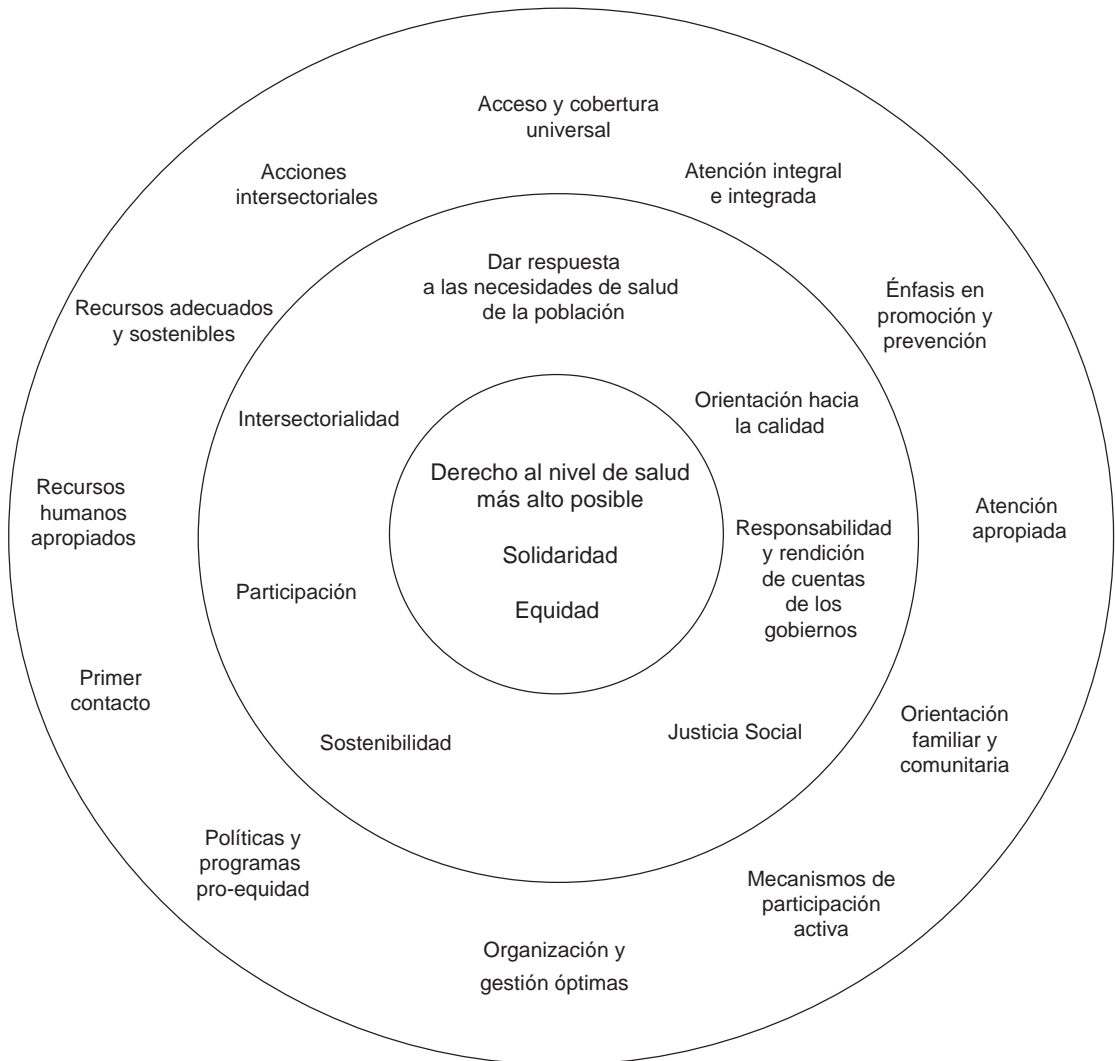
- a. ¿Cómo cree que deberían reorganizarse los servicios de salud para fortalecer la promoción y la prevención del primer nivel de atención?
- b. ¿En qué acciones debería concentrarse la promoción y prevención en su comunidad?



4.3. ¿De qué se trata?

Cada país deberá desarrollar su propia estrategia para la renovación de la APS, en la medida de sus recursos económicos, circunstancias políticas, capacidades administrativas y del desarrollo histórico alcanzado por el sector de la salud.

En el siguiente gráfico se presentan los valores, principios y elementos de un Sistema de Salud basado en la APS.



Tomado de *Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Organización Panamericana de la Salud/OMS. Julio 2005.

Valores

Los valores son esenciales para establecer las prioridades nacionales y para evaluar si los cambios sociales responden o no a las necesidades y expectativas de la población. Proveen una base moral para las políticas y programas que se proyectan en nombre del interés público.

El derecho al nivel de salud más alto posible está expresado en muchas constituciones nacionales y tratados internacionales, entre ellos la carta de la Organización Mundial de la Salud. Ello implica derechos de los ciudadanos y responsabilidades del Estado y de otros actores, y crean en los ciudadanos una vía del recurso a la que pueden recurrir cuando los compromisos no son cumplidos.

La equidad en salud se refiere a la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a la atención de salud y a los ambientes

saludables, y en el trato que se recibe en los sistemas de servicios sociales y de salud. Siendo un prerrequisito para garantizar la capacidad humana, la libertad y los derechos, la equidad porta valores intrínsecos. La equidad es la piedra angular de los valores sociales: la forma como una sociedad trata a sus miembros que están en peor situación refleja la manera como juzga la vida humana, ya sea explícita o implícitamente.

La solidaridad es el grado en el que la gente de una sociedad se comprometen a trabajar conjuntamente por el bien común. En los gobiernos locales y nacionales la solidaridad se manifiesta en la conformación de organizaciones y uniones de trabajo voluntario y mediante otras múltiples formas de participación ciudadana en la vida cívica. La solidaridad social es uno de los medios por los que la acción colectiva puede llegar a resolver problemas comunes; los sistemas de salud y de seguridad social son mecanismos mediante los cuales puede expresarse la solidaridad entre individuos de distintas condiciones sociales y generacionales. Los Sistemas de Salud basados en la APS requieren de la solidaridad social para garantizar que las inversiones en salud sean sostenibles, para proveer protección financiera y manejo mancomunado del riesgo en salud, y para posibilitar que el sector salud trabaje con éxito junto a otros sectores y actores sociales cuyo involucramiento es fundamental para mejorar la salud y las condiciones que la determinan.

Principios

Los sistemas de salud basados en la APS se fundamentan en principios que forman los cimientos para las políticas de salud, la legislación, los criterios evaluativos, la generación y asignación de los recursos, así como para la operativización del sistema de salud. Los principios sirven de puente entre los valores sociales más amplios y los elementos estructurales y funcionales del sistema de salud.

Dar respuesta a las necesidades de salud de la población significa que los sistemas de salud se centren en las personas de tal modo que puedan satisfacer sus necesidades de la forma más amplia posible.

Los servicios orientados hacia la calidad son aquellos que además de responder a las necesidades de la población tienen la capacidad de anticiparlas y de tratar a todas las personas con dignidad y respeto al tiempo que aseguran el mejor tratamiento posible de sus problemas de salud.

La responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos busca asegurar que los derechos sociales sean garantizados y aplicados por el gobierno y que los ciudadanos sean protegidos de cualquier menoscabo de sus derechos.

La justicia social sugiere que las acciones de gobierno, en particular, debe ser sopesadas por el grado en el que aseguran el bienestar de todos los ciudadanos,

particularmente de los más vulnerables. Algunos enfoques para lograr la justicia social en el sector salud incluyen:

Garantizar que todas las personas sean tratadas con respecto y dignidad; establecer objetivos de salud que incorporen metas específicas para lograr la mejoría de la cobertura de los pobres; usar estas metas para asignar recursos adicionales que permitan satisfacer las necesidades de las personas desfavorecidas; mejorar la educación y hacer uso de las iniciativas que ayuden a los ciudadanos a conocer sus derechos; asegurar la participación activa de los ciudadanos en la planificación y control del sistema de salud; y desarrollar acciones concretas para combatir los principales determinantes sociales de las inequidades en salud.

La sostenibilidad del sistema de salud requiere del uso de la planeación estratégica y de la generación de compromisos duraderos. Un sistema de salud construido con base en la APS es el medio más importante para invertir en la salud de la población. Esa inversión debe ser suficiente para satisfacer las necesidades actuales de la población, al tiempo que se planifica la satisfacción de los desafíos de la salud del mañana.

El compromiso político es de particular importancia para garantizar la sostenibilidad financiera; es necesario que los sistemas de salud orientados por la APS establezcan mecanismos (tales como derechos de salud y obligaciones específicas del gobierno legalmente definidas) que aseguren el financiamiento adecuado aún en tiempos de inestabilidad política y de cambio.

La intersectorialidad es el enfoque por el cual los sistemas de salud logran trabajar con diferentes sectores y actores que les permiten impactar, de la mejor forma posible, los determinantes sociales de la salud; contribuir con actividades de desarrollo humano y lograr su potencial de equidad. La capacidad de respuesta de la APS frente al abordaje intersectorial dependerá del nivel de desarrollo del país dado y de los recursos disponibles en

Participación individual y social es el principal medio para involucrar a los ciudadanos en los procesos de toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, la definición de las prioridades y en los procesos que faciliten la rendición de cuenta. Desde el ámbito individual la gente debe ser capaz de tomar decisiones en forma libre e informada con miras al mejoramiento de su salud y la de su familia. La participación social en salud es una expresión de la participación cívica en general, permite que el sistema de salud refleje los valores sociales y es control social de las acciones públicas y privadas que impactan de alguna manera a la un medio para el sociedad.

Elementos

Los elementos de un sistema de salud basado en la APS están conformados por elementos estructurales y funcionales. Los elementos se entrelazan, forman

parte de todos los niveles del sistema de salud y deben basarse en la evidencia actual de su efectividad en la mejora de la salud y/o en su importancia para asegurar otros aspectos de un sistema de salud basado en la APS.

El acceso y la cobertura universal son el fundamento de un sistema de salud equitativo. Para alcanzar la cobertura universal se requiere que los arreglos financieros y organizacionales sean suficientes para cubrir toda la población, eliminar la capacidad de pago como barreras al acceso a los servicios de salud y a la protección social, al tiempo que se da apoyo adicional para alcanzar los objetivos de equidad e implementar actividades que promuevan la salud. **La accesibilidad** implica la ausencia de barreras a la atención, ya sean de tipo geográfico, organizacional, sociocultural y de género.

La atención integral e integrada significa que el rango de los servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la provisión de servicios de promoción, prevención, diagnóstico precoz, curación, rehabilitación, atención paliativa y apoyo para el auto-cuidado.

La atención integrada es complementaria de la integralidad porque ésta requiere de la coordinación entre todas las partes del sistema de salud para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud.

El énfasis en la prevención y promoción es de vital importancia para un Sistema de Salud basado en la APS porque estas intervenciones son costo-efectivas, éticas, confieren poder a las comunidades y a los individuos para ejercer mayor control sobre su salud, y porque son esenciales para abordar los principales determinantes sociales de la salud.

Atención apropiada significa que un sistema de salud no está enfocado en la atención del órgano o a la enfermedad. En lugar de ello, debe enfocarse a la persona como un todo y en sus necesidades sociales y de salud, en la proyección de respuestas a la comunidad local y a su entorno a lo largo de la vida, al tiempo que garantiza que la persona no sufra daños o perjuicios de ningún tipo. Incluye el concepto de efectividad como una guía que ayuda a que la selección de las estrategias de prevención y curación se haga maximizando el impacto que pueda lograrse con los recursos disponibles.

Orientación familiar y comunitaria significa que un Sistema de Salud basado en la APS no descansa exclusivamente en una perspectiva clínica o individual. Por el contrario, emplea la perspectiva de la salud pública y hace uso de la información comunitaria para valorar riesgos y priorizar las intervenciones. La familia y la comunidad son consideradas como el foco primario de la planificación y de la intervención.

Las estructuras y funciones de un Sistema de Salud basado en la APS requieren de una organización y gestión óptimas, incluyendo un marco de referencia legal, política e institucional que identifique y de poder a las acciones los actores los procedimientos y los sistemas legal y financiero que permitan a la APS desempeñar sus funciones específicas.

Los sistemas de salud basados en la APS desarrollan políticas y programas que estimulan la equidad con el fin de disminuir los efectos negativos de las desigualdades sociales sobre la salud y de enfrentar los principales factores que causan las inequidades, y asegurar que todas las personas sean tratadas con dignidad y respeto.

Primer contacto quiere decir que la atención primaria debe asegurar una puerta de entrada principal al sistema de servicios sociales y de salud para la consulta de todos aquellos problemas nuevos de salud, y que sea el lugar donde la mayoría de ellos deben ser resueltos.

Un Sistema de Salud basado en la APS se apoya en **recursos humanos apropiados** que incluyen a quienes proveen los servicios, a los trabajadores comunitarios, a los gerentes y al personal administrativo. Ellos deben tener una combinación correcta de habilidades y conocimientos, observar los estándares éticos y tratar a todas las personas con dignidad y respeto. Lograr la disponibilidad de este tipo de recurso humano exige una planificación estratégica e inversión de largo plazo en capacitación, empleo, formas de incentivación del personal, así como la ampliación y fortalecimiento de los conocimientos y de las habilidades de que disponen los trabajadores de salud existentes.

Un sistema de salud basado en la APS debe estar fundamentado en una planificación que provea **recursos adecuados, sostenibles y apropiados para las necesidades de salud**. Los recursos deben ser determinados por un análisis de la situación de salud que esté fundamentado en información del nivel comunitario e incluye recursos (por ejemplo, instalaciones, personal, equipamiento, suministros y medicamentos) así como el presupuesto necesario para prestar una atención integral, preventiva y curativa de alta calidad. Aunque la cantidad de recursos requeridos variará dentro y entre los países, los niveles de recursos deben ser suficientes para lograr acceso y cobertura universal.

Los Sistemas de Salud basados en la APS son más amplios en escala e impacto que la simple provisión de servicios de salud. Ello sucede porque, al ser orientado por la APS, el sistema logra acoplarse íntimamente con las acciones intersectoriales y con los enfoques comunitarios que promueven el desarrollo humano y la salud.

Las **acciones intersectoriales** se necesitan para abordar los determinantes fundamentales de la salud de la población y para crear relaciones sinérgicas con otros actores y sectores. Ello requiere de vínculos estrechos entre las áreas públicas, privadas y no gubernamentales, tanto al interior como fuera de los servicios de salud, para que tengan impacto sobre la salud o sus determinantes e incluyen: empleo y trabajo, educación, vivienda, producción y distribución de alimentos, ambiente, agua y saneamiento y atención social entre otros.

4.4. ¿Cuáles son los beneficios de un Sistema de Salud basado en la APS?

En los veinticinco años anteriores la región de las Américas alcanzó grandes progresos, sin embargo, las brechas de inequidades en salud, cada vez más amplias, y los persistentemente sobrecargados Sistemas de Salud amenazan los logros obtenidos y ponen en peligro las posibilidades de progreso futuro hacia una mejor salud y desarrollo humano.

Se debe reconocer que en la región de las Américas se ha alcanzado un destacado progreso en salud y desarrollo humano. En casi todos los países de la región **han mejorado los valores promedio de los indicadores de salud:**

- la mortalidad infantil se ha reducido en casi un tercio;
- la mortalidad por todas las causas ha disminuido el 25 por ciento en términos absolutos;
- la esperanza de vida ha aumentado en promedio en seis años;
- las muertes por enfermedades contagiosas y del sistema circulatorio han caído el 25 por ciento;
- las muertes por condiciones perinatales han decrecido el 35 por ciento.

En el caso de la Argentina, a partir de las políticas implementadas en los últimos tres años se logró, además de mitigar los efectos de la crisis en la situación de salud de la población, disminuir la mortalidad infantil en el año 2004 logrando el mayor porcentaje de descenso de los últimos treinta años evitando así mil muertes con respecto al 2003. La tasa de mortalidad infantil del año 2004 fue 14,4 0/00, y la tendencia en descenso sigue para el 2005. Sin embargo, todavía tenemos desafíos considerables y problemas significativos de salud con enfermedades infecciosas como **la tuberculosis; el VIH SIDA** es una amenaza continua para casi todos los países de la región, y

las **enfermedades no contagiosas** están en desarrollo.

Además, la región ha venido experimentando **cambios económicos y sociales** generalizados que tienen significativos impactos en la salud. Estas transformaciones se refieren a:

- aspectos como el envejecimiento de las poblaciones,
- cambios en los estilos de vida relacionados con las dietas y con la actividad física,
- la difusión de información,
- la urbanización creciente,
- el deterioro de las estructuras y los apoyos sociales, que han contribuido (de manera directa o indirecta) a un conjunto de problemas de salud como:
 - la obesidad,
 - la hipertensión,
 - las enfermedades cardiovasculares,
 - el aumento de las lesiones y la violencia,
 - los problemas relacionados con el abuso del alcohol, el tabaco y las drogas.

Es desafortunado que estas mejoras y estos desafíos coexistan en el contexto de un empeoramiento global de las inequidades en salud. Sin embargo, al mismo tiempo, esto demanda esfuerzos importantes en la renovación de la APS. Por ejemplo, el 60 por ciento de la mortalidad materna se produce en el 30 por ciento de la población más pobre de los países, y la brecha en la esperanza de vida entre los más ricos y los más pobres ha llegado a casi veinte años en algunos de ellos. La distribución de las amenazas re-emergentes a la salud y de sus factores de riesgo ha exacerbado más las inequidades en salud al interior de los países y entre ellos.

Pero la ampliación de las inequidades no es sólo el resultado de las fallas de los sistemas de salud: ello también se debe a la incapacidad de las sociedades para superar las causas subyacentes de la mala salud y de su injusta distribución. Muchos países de las Américas sufrieron guerras, revueltas políticas y gobiernos totalitarios durante la década de los años setenta y ochenta del siglo pasado. Desde entonces, el tránsito hacia la democracia ha traído nuevas esperanzas, pero para muchos países los beneficios económicos y sociales de esa transición no se han hecho realidad todavía.

Las prácticas de ajuste económico, las presiones de la globalización y el impacto de algunas políticas económicas neoliberales, junto con otros factores que se dieron durante la pasada década, son aspectos que han contribuido a las disparidades de la salud y del estatus social y de poder al interior y entre los países de las Américas, todo lo cual ha hecho que se refuercen los impactos negativos sobre la salud.

Un nuevo examen de los determinantes fundamentales de la salud y del desarrollo humano ha llevado cada vez más al convencimiento de que la salud debe ocupar un lugar central en la agenda para el desarrollo.

El apoyo creciente a la idea de que salud debe ser parte de la agenda se refleja en la manera como se ha venido definiendo el desarrollo: si una vez se consideró sinónimo de crecimiento económico, ahora la visión predominante es multidimensional y está fundamentada en la idea de desarrollo humano.



En la medida en que nuestra comprensión de la salud se ha ampliado, también lo ha hecho nuestra conciencia sobre lo insuficiente de lo que tradicionalmente hemos entendido por servicios de salud para responder a todas las necesidades de salud de la población. Para muchas personas de la región *"la salud es un fenómeno con implicaciones políticas, económicas y sociales y, sobre todo, un derecho humano fundamental. La desigualdad, la pobreza, la explotación, la violencia y la injusticia están entre las causas más importantes de la mala salud y de la muerte de la gente pobre y marginada"*.

Ahora sabemos que cualquier enfoque para mejorar la salud debe estar articulado dentro de un contexto económico, social y político más amplio, y debe posibilitar el trabajo con múltiples actores y sectores.



En muchos de los países de las Américas se han realizado reformas de los sistemas de salud en los últimos treinta años. Entre las razones que propiciaron estas reformas se encuentran:

- la tendencia a la elevación de los costos de los servicios de salud,
- desempeño ineficiente y mala calidad de éstos,
- las restricciones en los presupuestos públicos,
- el desarrollo de nuevas tecnologías,
- los cambios en relación con el papel interventor del estado.

A pesar de los enormes recursos que han sido invertidos en las reformas, el impacto de éstas en salud y equidad ha sido ilimitado, combinado e, incluso, negativo en algunos casos.



El nuevo enfoque parte de reconocer la salud como una capacidad humana básica, un prerequisite que le permite a los individuos realizar sus proyectos de vida, un elemento indispensable en la construcción de las sociedades democráticas, y un derecho humano fundamental.



Renovar la APS significa más que ajustarla simplemente a las realidades políticas de cada momento; **reformular la atención primaria necesita de un examen crítico de su significado y de su propósito.** Las investigaciones que se han llevado a cabo con profesionales de la salud en las Américas confirman la importancia del enfoque de la APS: ellas también demuestran que los desacuerdos y los prejuicios acerca de la APS abundan, aun dentro de la región. En general, las percepciones sobre el papel de la APS en el desarrollo del sistema social y de salud abarcan cuatro categorías principales (véase Tabla).

En Europa y otros países industrializados la APS ha sido primariamente identificada con el primer nivel de atención de los servicios de salud dispuestos para toda la población: en este contexto comúnmente se le conoce como "atención primaria". En el mundo en desarrollo la APS ha sido preponderantemente "selectiva", concentrando sus esfuerzos en pocas intervenciones de alto impacto que han tomado como blanco a las causas más prevalentes de mortalidad infantil y algunas enfermedades infecciosas. Sólo en muy pocos países se ha logrado implementar un enfoque más integral y nacional de la APS (ejemplo, Costa Rica o Cuba); algunos otros países (como Brasil) parecen estarse moviendo hacia los enfoques más integrales y se ha venido dando también la experiencia Argentina orientada al fortalecimiento del primer nivel de atención a través de Programas innovadores como Remediar y Médicos Comunitarios entre otros, y que lograron otorgarle mayor resolutivez al mismo con insumos, equipamiento, medicamentos y formación de recurso humano, lo cual tuvo y sigue teniendo impacto positivo en los indicadores de salud.

| ENFOQUE | Definición o concepto de Atención Primaria de Salud | ENFASIS |
|---------------|---|--|
| APS Selectiva | Se orienta a un número limitado de servicios de alto impacto para afrontar algunos de los desafíos de salud más prevalentes de los países en desarrollo. Uno de los principales programas que incluyó este tipo de servicios fue conocido por su sigla en inglés GOBI (control del crecimiento, técnicas de rehidratación oral, lactancia materna e inmunización) y también se conoció como GOBI-FFF cuando adicionó alimentos suplementarios, alfabetización de la mujer y planificación familiar. | Conjunto limitado de actividades de los servicios de salud para los pobres |

| ENFOQUE | Definición o concepto de Atención Primaria de Salud | ENFASIS |
|-------------------------------------|---|--|
| Atención Primaria | La mayoría de las veces se refiere a la puerta de entrada al Sistema de Salud y al sitio para la atención continua de la salud de la mayoría de la población. Esta es la concepción de APS más común en Europa y en otros países industrializados. Desde la definición más estrecha, este enfoque está directamente relacionado con la disponibilidad de médicos especializados en medicina general o familiar. | Un nivel de atención de un sistema de salud |
| Alma Ata “APS amplia” | La declaración de Alma Ata define a la APS como un primer nivel amplio e integrado, que incluye elementos como participación comunitaria, coordinación intersectorial, y descansa en una variedad de trabajadores de la salud y practicantes de las medicinas tradicionales. Incluye los siguientes principios: respuesta a los más amplios determinantes de la salud; cobertura y accesibilidad universal según la necesidad; autocuidado y participación individual y comunitaria; acción intersectorial por la salud; tecnología apropiada y costo-efectividad en relación con los recursos disponibles. | Una estrategia para organizar los sistemas de atención de salud y la sociedad para promover la salud |
| Enfoque de salud y derechos humanos | Concibe la salud como un derecho humano y subraya la necesidad de responder a los determinantes sociales y políticos más amplios de la misma. Difiere por su mayor énfasis en las implicaciones sociales y políticas de la Declaración de Alma Ata que en sus principios. Defiende que si se quiere que el contenido social y político de Alma Ata logre mejoras en la equidad en salud éste debe orientarse más hacia el desarrollo de las políticas “Inclusivas, dinámicas, transparentes y apoyadas por compromisos legislativos y financieros” que a estar detrás de aspectos específicos de la enfermedad. | Una filosofía que atraviesa la salud y los sectores sociales |

Tabla 1: *Enfoques de la Atención Primaria de Salud*
 Tomado de *Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Organización Panamericana de la Salud/ OMS. Julio 2005.

Actividad de integración de la Unidad 3

1. Discuta con sus pares el concepto de salud y APS renovada a la luz de las nuevas reflexiones.
2. Elabore un ensayo de tres carillas en el que exprese los cambios en estos conceptos y el aporte que puede generarse mediante la formación de recursos humanos en esta concepción.





Unidad 4

Programa y políticas
en el marco del
Plan Federal

Introducción

En la unidad anterior compartimos la visión del sistema a largo plazo y ubicamos a la atención primaria como la estrategia de la política de salud de nuestro país. También desarrollamos los conceptos clave de lo que ahora se está llamando en América la APS renovada.

En esta Unidad, describiremos a los principales Programas que se están implementando a nivel nacional en el marco del Plan Federal de Salud.

Los **núcleos problemáticos** de esta unidad son:

- **¿Cuáles son los principales Programas Nacionales de Salud?**
- **¿En qué consiste cada uno de ellos?**

Objetivos específicos

Deseamos que la información incluida en esta Unidad le permita:

- Identificar a los principales Programas Nacionales de Salud.
- Caracterizar cada Programa Nacional.

1. Políticas y Programas de Salud para la población Materno Infantil

La Dirección Nacional de Salud Materno Infantil se encuentra dentro del ámbito de la Secretaría de Programas Sanitarios, y es el órgano de formulación y aplicación de las políticas materno infantiles a nivel nacional.

Son sus objetivos:

- **Reducir la morbimortalidad de la población materno infantil.**
- **Reducir las brechas de los indicadores de salud existentes entre provincias.**
- **Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de los servicios de salud.**
- **Implementar propuestas para la promoción del desarrollo infantil en el marco de la salud integral del niño.**

En los Ministerios de salud de las provincias también hay Direcciones o Áreas de salud materno infantil con las que la Nación articula políticas para la población.

Las actividades que se realizan, según el diagnóstico epidemiológico y en un diseño conjunto con cada jurisdicción, son:

- Fortalecimiento de la gestión en el área materno infantil en todas las jurisdicciones.
- Asistencia técnica y apoyo a los equipos de salud para la transformación del modelo de atención en los servicios materno infantiles y la organización de redes de atención.
- Capacitación a los equipos de salud.
- Elaboración de materiales de Comunicación Social con destino a la población y a los equipos de salud.
- Elaboración de Materiales Normativos y Guías sobre temáticas específicas destinadas al Equipo de Salud y a las familias.
- Transferencia de insumos y medicamentos esenciales para la atención de la madre y el niño.
- Evaluación y asistencia técnica para colaborar en el desarrollo adecuado de Servicios sobre la base de la aplicación de Normas de Organización y Funcionamiento.
- Vigilancia y control de la morbimortalidad materno infantil integrando la Comisión Nacional de dicho tema que asesora y coordina a las Comisiones Provinciales.

Trataremos de brindar un panorama de cómo cada una de las líneas de trabajo antedichas se vinculan con el quehacer cotidiano de los equipos del primer nivel de atención.

Actividad Inicial



- Indague en el centro de salud al que concurre y en la comunidad a la que pertenece la información que existe sobre las acciones que se llevan a cabo relacionadas con la población materno infantil.
- Realice un listado de las acciones y agrúpelos de acuerdo con las siguientes categorías.

| | | |
|--------------------------|----------|----------------------------------|
| Prevención y/o promoción | Atención | Dación de insumos o medicamentos |
|--------------------------|----------|----------------------------------|
- Analice con sus compañeros en qué medida cada grupo de acciones se relaciona con un programa (provincial y nacional) y en qué aspectos faltaría una mejor vinculación.

1.1. Programa de Salud Infantil

Las acciones de este Programa apuntan a mejorar la cobertura y calidad de la **atención del niño en forma integral**, tanto en el control del niño sano, incorporando la mirada del desarrollo infantil en las tareas regulares del equipo de salud, como en el abordaje de las patologías prevalentes de la infancia.

- **Para el control del niño sano:** Se impulsa la transformación del modelo de atención, hacia una atención planificada centrada en la prevención y promoción de la salud.

Esta perspectiva implica **reorganizar la oferta y la demanda** a partir de una atención programada, dependiendo de la cantidad de controles adecuados para cada niño en función de su edad. Asimismo, se promueve **mejorar la calidad del control** en todos sus aspectos:

- control del crecimiento,
- vacunación completa para la edad,
- seguimiento del desarrollo,
- especial énfasis en la detección temprana y seguimiento de desnutridos.



El objetivo es reducir la morbimortalidad en niños menores de 6 años y fortalecer las acciones de prevención y promoción de la salud.

En la página web del Ministerio www.msal.gov.ar, puede ver publicaciones, guías y normas de la Dirección Nacional de Salud Meterno Infantil relacionadas con el control del crecimiento, desarrollo infantil, seguimiento del desnutrido, etc.



Para el abordaje de las patologías prevalentes de la infancia, las acciones tendientes a mejorar la calidad de la atención que se promueven desde el nivel nacional se centran particularmente en:

- **prevención y tratamiento de infecciones respiratorias agudas (IRA),**
- **prevención y tratamiento de enfermedad diarreica,**
- **prevención del síndrome de muerte súbita del lactante.**

La posibilidad de reducir la morbimortalidad por estas causas se logra mediante acciones sencillas que se implementan principalmente desde el primer nivel de atención.

Estas acciones se incluyen en diversos **Sub Programas Nacionales** que detallamos a continuación y que se están implementando en la mayoría de las provincias:

- **Sub Programa de infecciones respiratorias bajas**
- **Sub Programa de enfermedad diarreica**
- **Sub Programa de prevención del síndrome de muerte súbita del lactante**

1.1.1. Programa de infecciones respiratorias bajas (IRB)

El objetivo principal del programa de IRB es:

- **la disminución de la mortalidad específica reducible por esta causa,**
- **la disminución de las derivaciones e internaciones hospitalarias,**
- **la mejora de la calidad de la atención en los servicios, aumentando su capacidad resolutive.**

Se trabaja con la **estrategia de internación abreviada** para el **síndrome bronquial obstructivo**, con:

- **criterio de riesgo,**
- **score de diagnóstico de gravedad,**
- **algoritmo de tratamiento,**
- **utilización del aerosolterapia como técnica prioritaria.**



En el anexo metodológico encontrará el algoritmo de tratamiento.

En la página web del Ministerio www.msal.gov.ar, puede encontrar más información.



A fines del 2004 había en el país 1000 centros de salud bajo programa y 250 Hospitales. El porcentaje de resolución en el 1º nivel de atención en estos centros es entre el 95 y 98 %.

¿Que insumos se envían a los centros de salud?

A través del Remediar se distribuyen aerosoles de Salbutamol en los **botiquines** en todos los centros de salud, además se envía **corticoides inhalatorios** y **antibióticos** para la patología respiratoria. También se distribuyen afiches y material gráfico.

1.1.2. Programa de enfermedad diarreica

El objetivo general del programa es la disminución de la morbimortalidad específica reducible por esta causa, la disminución de las complicaciones y la mejora de la calidad de la atención en los servicios.

Los objetivos específicos del programa son:

- **El fortalecimiento del 1º nivel de atención con la estrategia de Postas de rehidratación oral utilizando el algoritmo de diagnóstico y tratamiento para la deshidratación.**
- **La derivación oportuna de la diarrea aguda con complicaciones y acciones de prevención a la comunidad.**

En el anexo podrá ver las pautas para el diagnóstico y tratamiento de la diarrea y deshidratación.



¿Que insumos se envían a los centros de salud?

A través del Remediar se envían Sales de Hidratación Oral en los botiquines y antibióticos para la diarrea con sangre y material gráfico para la población y equipos de salud.



En la página web del Ministerio www.msal.gov.ar, puede encontrar más información.

1.1.3. Programa de prevención del síndrome de muerte súbita del lactante

Las recomendaciones para el sueño seguro se trabajan asociadas con las prácticas de crianza para favorecer el desarrollo infantil. Cualquier miembro del equipo de salud puede trabajar las siguientes recomendaciones con las madres y las familias:

Mientras el lactante está en su cuna, dormido o despierto, hay acciones simples que favorecen su bienestar y su salud y que usted puede recomendar.

- Acostar al bebé boca arriba.
- No fumar en la habitación del bebé, y procurar no hacerlo en ninguna habitación de la casa.
- Mantener al bebé con una temperatura adecuada (cálida), sin abrigo excesivo.
- Amamantar al bebé cada vez que lo pida.
- Utilizar un colchón firme, sin almohada.
- Dejar brazos y manos del bebé por fuera de la ropa de cama
- Asegurarse de que su cabeza no quede cubierta.

Las acciones del programa, se basan fundamentalmente en acciones de comunicación y educación para la salud a nivel masivo, comunitario e institucional, como así también en la capacitación a los recursos humanos involucrados en la atención de la salud y cuidado del niño.

¿Qué insumos existen y qué puede solicitar para su centro de salud?

Se distribuyen materiales de comunicación social dirigidos a la comunidad y equipos de salud (poster, tríptico y stikers) a través del Remediador y de las Direcciones materno infantiles provinciales.

Si los necesitan en su centro de salud, solicítelos a la Dirección de Maternidad e Infancia de su provincia.



En la página web del Ministerio www.msal.gov.ar, puede encontrar más información.

1.2. Programa de salud perinatal

Su propósito es promover, en todo el país, la salud de las mujeres durante la etapa preconcepcional, el embarazo, el parto y el puerperio y la de sus hijos durante el período fetal y neonatal, para disminuir la morbimortalidad de este grupo poblacional.

El objetivo general es transformar el modelo de atención perinatal para mejorar la calidad de los servicios.

Para ello, se seleccionan las mejores evidencias científicas y tecnologías apropiadas para elaborar "Guías para la práctica" y "Normas de organización y funcionamiento de los servicios", en consenso con Sociedades Científicas y servicios de todo el país, que se difunden en todo el territorio nacional.

Estimula la organización de "redes perinatales" que interrelacionen los servicios de todos los niveles de complejidad necesarios para una adecuada atención de las embarazadas, madres y recién nacidos mayoritariamente sanos, pero también aquellos con patologías.

En el anexo figura la cronología de acciones para el control prenatal de bajo riesgo propuesto por la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia.



Se promueve que los equipos de salud perinatales, idealmente multidisciplinarios (Obstétricas, Médicos, Enfermeros, Psicólogos, Asistentes Sociales, etc.) .Se comprometan a respetar las necesidades psicosocioculturales, y no sólo biológicas, de la mujer y su familia. Se estimula el concepto de Maternidades Centradas en la Familia, teniendo en cuenta la decisión de las mujeres y su familia, así como la privacidad, dignidad y confidencialidad del grupo familiar.

Los objetivos específicos son:

- Mejorar la calidad de atención de los servicios perinatales en todos los niveles.
- Promover redes de atención perinatales.
- Mejorar la cobertura, disponibilidad y accesibilidad del control preconcepcional, prenatal y puerperal.
- Asegurar la atención del parto con el cumplimiento de condiciones obstétricas esenciales.
- Garantizar la atención neonatal en el nivel de complejidad adecuado y el seguimiento alejado del recién nacido de riesgo.
- Promover el análisis permanente de las muertes maternas y neonatales.
- Promover, proteger y apoyar la lactancia materna desde el comienzo del embarazo.

- Desarrollar y/o perfeccionar los sistemas de registro (Sistema Informático Perinatal-SIP) y su análisis para ser utilizados en el monitoreo y la evaluación de la calidad de atención perinatal y la toma de decisiones.



¿Qué se debe conocer en los Centros de Salud?: para saber qué se debe hacer en el marco de este Programa consultar las Guías para la práctica, que deben ser distribuidas por los Programas Materno Infantiles Provinciales y que también están disponibles en la página web del Ministerio.

¿Qué insumos se envían a los Centros de Salud?

- Medicamentos: para la asistencia de la patología más frecuente de las embarazadas a través del Remediar y de los Programas Materno infantiles.
- Leche para las embarazadas y madres que amamantan: se debe proveer luego de realizar el control de salud.
- Carnet perinatal e Historia clínica perinatal: a toda embarazada se le debe llenar el Carnet Perinatal para que quede en su poder, que será copia textual de la Historia Clínica Perinatal a través del Programa Materno Infantil.

¿Qué se debe esperar como servicios complementarios?

Vacunatorio, laboratorio para las determinaciones imprescindibles en el embarazo, servicio de odontología, servicio de diagnóstico por imágenes, curso de preparación integral para la maternidad, etc.

Si estos no están disponibles en el mismo Centro de Salud debe asegurarse la derivación coordinada para que todas las embarazadas accedan a esas prestaciones.

¿Qué se debe esperar como acciones coordinadas?

El Programa Materno Infantil Provincial debe asegurar:
la inserción del Centro de Salud en una red perinatal para la derivación de las embarazadas de riesgo hacia los niveles de mayor complejidad (referencia y contrarreferencia),
la derivación de todas las embarazadas para la realización de su parto,
la contrarreferencia de las puérperas y los recién nacidos para su control posterior en el Centro de Salud.



- a. Analice con sus compañeros la referencia y contrarreferencia de las embarazadas en su área programática.
- b. Detecte nudos críticos y proponga estrategias de solución.

1.3. Nutrición materno infantil

1.3.1. Estrategias desarrolladas por la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil: Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño

La promoción de la Lactancia Materna es una de las estrategias de salud pública de mayor costo/beneficio, que tiende a igualar las oportunidades iniciales de niños y niñas allí donde sea que nazcan.

La iniciativa Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño trata de fortalecer, desde el primer nivel de atención, las acciones de promoción, fomento y protección de la lactancia materna.

Sus diez pasos son:

1. Disponer de una política escrita sobre Lactancia Materna, que sea conocida por el equipo de salud y la comunidad.
2. Capacitar a todo el equipo de salud y a miembros de la comunidad.
3. Informar a embarazadas, madres de lactantes y sus grupos familiares, sobre los beneficios de la Lactancia Materna y las habilidades para su práctica.
4. Incluir sistemáticamente información sobre Lactancia Materna y el examen de mamas en la consulta obstétrica.
5. Utilizar toda oportunidad de contacto con embarazadas, madres y bebés para apoyar la Lactancia Materna.
6. Brindar especial apoyo a embarazadas y madres con riesgo de abandono precoz y/o dificultades en la Lactancia Materna
7. Fomentar la Lactancia Materna exclusiva durante los primeros seis meses, incorporar alimentación complementaria oportuna a partir de esa edad y estimular la Lactancia Materna hasta los dos años o más.
8. Asesorar sobre técnicas de extracción y conservación de leche a todas las madres, especialmente a las que trabajan y/o deban separarse de su bebé. Informar sobre los derechos que las protegen.
9. Respetar el "Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna" en todos sus aspectos.
10. Estimular la formación de grupos de apoyo a la Lactancia Materna y vincular a las madres con los mismos.

1.3. 2. Provisión de leche fortificada

El Ministerio de Salud y Ambiente distribuye a todas las jurisdicciones leche fortificada con hierro y zinc, de acuerdo con un índice elaborado y consensuado en el COFESA, y que globalmente cubre el mayor porcentaje de las necesidades de Embarazadas - Madres amamantando a niño/a de 0 a 6 meses - Niños eutróficos de 6



Consulte a la Dirección provincial de Maternidad e Infancia si quiere promover que su Centro de Salud sea reconocido como "Amigo de la madre y el niño".

a 24 meses - Niños desnutridos de 0-5 años.

Las provincias también aportan para alcanzar la cobertura deseada.

Los criterios de dación de leche según normas nacionales son los siguientes:

- 2Kg. por mes para embarazadas, desde el 5to. mes
- 2Kg. por mes para nodrizas
- 2 Kg. por mes para niños menores de 1 año no amamantados
- 1Kg. por mes para niños de 1 a 2 años
- 3Kg. por mes para desnutridos menores de 6 años

Sin embargo algunas provincias tienen sus normas propias que difieren un poco de las normas nacionales.

Es importante que la entrega de esta leche no compita con la promoción de la lactancia materna, y que se asegure un adecuado seguimiento de estado de salud (que incluya evaluación antropométrica) de los grupos que la reciben.



- a. Indague en su centro como se entrega la leche y se realiza siempre en forma conjunta un adecuado control de salud.
- b. Seguramente se pueda mejorar ¿Qué cosas se le ocurre que usted y sus compañeros podrían sugerir para mejorar los controles?
- c. Indague la prevalencia de lactancia materna en menores de un año de los niños que concurren a su centro de salud durante una semana.
- d. Desde su rol de profesional comunitario piense como puede fortalecer la lactancia materna en su área programática.

1.4. Plan Nacer

Objetivo general

Disminuir el componente sanitario de la morbi mortalidad materna e infantil y contribuir al cumplimiento de las Metas de Desarrollo del Milenio en lo que respecta a la salud materno-infantil para el año 2015.

Objetivos específicos:

- Aumentar la cobertura y favorecer la accesibilidad a los servicios de salud.
- Fortalecer la capacidad de los efectores públicos de salud.
- Promover la participación social

Población beneficiaria: Mujeres embarazadas y puérperas hasta 45 días posteriores al parto y niños y niñas menores de 6 años sin cobertura de obra social

¿Cómo funciona el Plan?

La Nación transfiere recursos a las provincias en base a una cápita por beneficiario inscripto. Las transferencias están sujetas a resultados de dos tipos:

- 60% por identificación e inscripción.
- 40% por cumplimiento de resultado sanitario.

Las Provincias con las capitas transferidas por Nación, contratan prestaciones prioritariamente con su red pública de efectores, que están nomencladas y valorizadas. De esta manera los efectores disponen de los recursos para mejorar la capacidad de resolución de los problemas de salud, de la población a cargo.

En la primera fase del proyecto han sido seleccionadas las 9 provincias de las regiones NOA y NEA, por pertenecer a las regiones en las que la combinación de los indicadores de mortalidad infantil y materna y el mapa de pobreza, resulta más desfavorable. Esta fase tendrá una duración de hasta 5 años.

Todas han firmado un Convenio Marco por un plazo de cinco años, así como el primer Compromiso Anual. Actualmente el Plan Nacer tiene 270.000 beneficiarios inscriptos.

Durante el año 2006 se iniciará la segunda etapa donde ingresarán el resto de las provincias argentinas

Las provincias adheridas al Plan Nacer reciben financiamiento de la Nación para:

- Servicios de atención y promoción de la salud.
- Inversión en equipamiento
- Asistencia Técnica
- Capacitación del personal
- Sistemas de Información e informática

Mensualmente las provincias, a través de su Unidad de Gestión Provincial envían el padrón de beneficiarios inscriptos. Éste es validado contra otros padrones existentes. La Unidad Central transfiere a cada provincia el 60% de la cápita-que es uniforme para todas las provincias - por el número de beneficiarios inscriptos. El 40 % restante está vinculado a resultados e indicadores sanitarios que se denominan trazadoras y que son auditados por Nación.

TRAZADORAS:

1. Captación temprana de mujeres embarazadas

2. Efectividad de atención del parto y atención neonatal
3. Efectividad de cuidado prenatal y prevención de prematuridad
4. Efectividad de atención prenatal y del parto.
5. Auditoria de Muertes Infantiles y Maternas
6. Cobertura de inmunizaciones
7. Cuidado Sexual y Reproductivo
8. Seguimiento de niño sano hasta 1 año
9. Seguimiento de niño sano de 1 a 6 años
10. Inclusión de la población indígena

La Unidad de Gestión provincial debe realizar convenios de gestión con todos los prestadores de su red pública, donde pauta metas sanitarias a alcanzar, el pago de las prestaciones efectuadas por el prestador y el uso de los fondos percibidos. Las prestaciones están contenidas en un nomenclador que es propio del Plan Nacer y único para todas las provincias, si bien cada provincia tiene la potestad de fijar los precios para las prestaciones contenidas en el mismo, así como la modalidad de pago (cápitas, módulos, prestaciones).

La Unidad de Gestión provincial sólo puede pagar prestaciones al efector, no puede comprar bienes, ni contratar personal. Los efectores que reciben el pago por las prestaciones realizadas sí pueden utilizar los recursos percibidos para mejorar la infraestructura del centro de atención dónde realizan su actividad, comprar insumos, incentivos y capacitación.



De esta manera el Centro de Salud cuenta con recursos disponibles propios.

Esto permite que el equipo de salud haga una adecuada planificación local de sus necesidades de recursos humanos y físicos y los pueda obtener a través de los fondos percibidos por las prestaciones efectuadas.

2. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

El Programa de salud sexual y procreación responsable fue creado por la Ley Nacional N° 25.673. Procura **dar respuesta al grave problema de la mortalidad materna** a consecuencia de los abortos practicados sobre embarazos no deseados, el embarazo adolescente y el contagio de SIDA u otras infecciones de transmisión sexual a causa de relaciones sin protección, entre otros.

Reconoce que el derecho a la salud comprende la salud sexual, y que ésta incluye la posibilidad de desarrollar una vida sexual gratificante y sin coerción, sin temor a infecciones o a embarazos no deseados.

Se basa en la **autonomía de todas las personas** para elegir individual y libremente, de acuerdo con sus convicciones y a partir de la información y el asesoramiento, un **método anticonceptivo** adecuado, reversible, no abortivo y transitorio, para decidir la cantidad de hijos que cada pareja desea tener.

Por eso, promueve la "**Consejería**" en salud reproductiva y procreación responsable en los servicios de salud pública de todo el país; es decir, la posibilidad de acceder gratuitamente a una elección informada en materia de procreación responsable. Está dirigido tanto a varones como a mujeres, de todas las edades, respetando la perspectiva de género.

Al mismo tiempo, favorece la **detección oportuna de enfermedades genitales y mamarias**, contribuyendo a la prevención y detección temprana de infecciones y VIH/Sida.

Brinda a todas las jurisdicciones la **provisión gratuita de los insumos necesarios** para la implementación del Programa.

¿Qué se debe conocer en los centros de salud?: Existe material de comunicación social que continuamente se distribuye. Desde la página web del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación se puede acceder al sitio específico del Programa (http://www.msal.gov.ar/htm/site/salud_sexual/site/default.asp) donde se brinda información estadística actualizada, lista de efectores por jurisdicción, texto de la Ley 25.673, publicaciones, campañas y la posibilidad de realizar consultas directas.



2.1. ¿Qué insumos se envían a los Centros de Salud?

Estos **insumos** se distribuyen gratuitamente en los efectores, según la complejidad instalada:

- Anticonceptivos orales (ACO)
- Anticonceptivos inyectables (ACI)
- Dispositivos Intrauterinos (DIU)
- Condones
- ACO para período de lactancia
- Cajas de instrumental para colocación de DIU
- Manuales y folletería para el equipo de salud y para la comunidad

2.2. ¿Qué se debe esperar del equipo del Centro de Salud?

Eliminar todo tipo de barreras que habitualmente impiden a la población acceder a una consulta, consejería, y a la obtención de un método anticonceptivo si esa fuera la decisión tomada.

El Programa prevé que todo efector de salud pueda implementar alguna o todas las acciones del mismo. Es decir, desde un extremo en el que las instalaciones y recursos permitan efectuar la colocación de DIU y consejería, hasta otro donde sólo sea posible realizar actividades de difusión y dación de condones. Pero en todos los casos, bajo la óptica de garantizar los derechos de toda la población a gozar de una vida sexual saludable y placentera, y decidir responsablemente el número de hijos y la oportunidad de tenerlos.

2.3. ¿Qué se debe esperar como acciones coordinadas?

Las jurisdicciones tienen la obligación de mantener continuidad en la **provisión de insumos a todos los efectores que ejecuten el Programa**, incluyendo capacitación para colocación de DIU y metodología de abordaje para temas de género y consejería, con estrecha colaboración y supervisión del Programa Nacional.

- a. Diseñe y realice una encuesta con sus compañeros destinada a adolescentes con el objetivo de conocer si saben de la existencia del Programa, de la existencia de anticonceptivos en el Centro de Salud y si tienen la necesidad de contar con más información sobre la salud sexual y la procreación responsable.
- b. Reflexione sobre cuáles son las acciones que desde su lugar como profesional comunitario puede llevar a cabo para favorecer la difusión y aplicación de este Programa.



3. Programa nacional de lucha contra los retrovirus del humano, Sida y ETS

La respuesta del Estado ante esta epidemia fue crear en 1992 el Programa Nacional de lucha contra los Retrovirus Humanos, SIDA y ETS (Resolución 18 /1992) dependiente del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, con el objetivo de elaborar un programa de actividades tendientes a la detección e investigación, diagnóstico, tratamiento, prevención, asistencia y rehabilitación y a evitar la propagación de la epidemia, proponer la celebración de convenios con organismos internacionales y/o regionales, públicos o privados que coadyuven al mejoramiento sanitario, representar al Ministerio en su relación con organismos nacionales e internacionales, provinciales y municipales de gestión pública o privada, solicitar la provisión de insumos, medios y equipamiento necesarios al cumplimiento de su misión. Este Programa desde sus inicios a la fecha ha ido ampliado paulatinamente sus líneas de acción tanto en asistencia como en prevención. A continuación las enumeramos.

3.1. ¿Qué provee a las jurisdicciones el Programa Nacional?

- Entrega gratuita de medicamentos antirretrovirales y para enfermedades asociadas a Sida a las personas viviendo con VIH/Sida (distribución a las jurisdicciones y entrega directa, cubriendo al 100% de los infectados detectados).
- Financiación para la realización de cargas virales y CD4/CD8 para el seguimiento de la enfermedad en las personas viviendo con VIH/SIDA.

- Entrega de reactivos para tamizaje y confirmatorio en bancos de Sangre y Embarazadas para VIH, sífilis.
- Dación gratuita de leche fórmula de inicio para recién nacidos hijos de madres infectadas con VIH (a partir del 2º trimestre del año 2004).
- Análisis y difusión de los datos mediante el boletín epidemiológico y separatas de información.
- Elaboración y difusión del Boletín Epidemiológico sobre el SIDA en la Argentina

3.2. ¿Qué acciones para la prevención se implementan desde la Dirección Nacional?

- Implementación de campañas masivas de comunicación.
- Elaboración y publicación de Recomendaciones para la prevención de la transmisión perinatal del VIH
- Entrega de preservativos a los Organismos Gubernamentales y No Gubernamentales
- Utilización de la línea gratuita 0800 3333 444, como herramienta eficaz para la prevención, información y derivación.
- Realización de Talleres de capacitación para Prevención de Transmisión Vertical
- Entrega de material didáctico y videos a los Organismos Gubernamentales y No Gubernamentales
- Entrega de reactivos para la detección serológica oportuna en embarazadas para disminuir riesgo de infección en recién nacido
- Entrega de medicamentos antirretrovirales durante el embarazo y el parto a las mujeres infectadas con VIH para prevenir la transmisión vertical.
- Entrega de medicamentos antirretrovirales al hijo de madre infectada con VIH.
- Dación gratuita de leche formula de inicio para recién nacidos hijos de madres infectadas con VIH (a partir del 2º cuatrimestre del año 2004) para evitar la transmisión por leche materna infectada.

Es importante remarcar que éste es uno de los pocos países del mundo que proveen el 100% de la medicación necesaria a la totalidad de los portadores de VIH que tienen indicación de tratamiento.

4. Política nacional de medicamentos

En el año 2002, en medio de una crisis que comprometía directamente el acceso de la población a los medicamentos, se dio comienzo a una de las mayores políticas de Estado que haya conocido el sector salud argentino.

El Ministerio de Salud de la Nación, apoyado por las autoridades provinciales, inauguró la llamada **Política Nacional de Medicamentos (PNM)**, que involucró tres ejes:

- **la utilización de medicamentos por su nombre genérico;**
- **la selección racional de los productos a ser financiados con recursos colectivos;**
- **la provisión pública y gratuita de medicamentos esenciales ambulatorios a través del Programa Remediar.**

4.1. Uso de medicamentos por su nombre genérico

El nombre genérico o denominación común internacional es el verdadero nombre de los medicamentos, es la denominación con que se conocen y divulgan en los medios científicos y académicos.

Es la manera de nombrarlos que recomienda la OMS. Hace referencia al **principio activo** contenido por la especialidad farmacéutica, es decir, a la parte responsable por la acción terapéutica que se espera, sea la cura de la enfermedad o la atenuación de sus síntomas.

El uso por nombre genérico se propone por ley nacional n° 25.649/02. Esta ley estimula mayor competencia por precio en las distintas alternativas de prescripción comercial de un mismo medicamento genérico, favoreciendo el acceso de la población a los mismos.

El ahorro producido impacta directamente sobre el presupuesto de las familias, de quien depende la mayor parte del gasto en medicamentos.

En especial los hogares de menores ingresos son los más beneficiados dado que son los que proporcionalmente destinan la mayor parte de sus recursos a financiar la adquisición de medicamentos.

La prescripción

Sabemos que **la prescripción es responsabilidad del profesional**; y dicha prescripción tiene un orden racional que consta de un **tratamiento P (tratamiento personal) que se cumple por medio de 6 pasos**. Pensar en el correcto proceso de prescripción; permite la correcta selección del medicamento P (medicamento personal).

Pasos para la definición del Tratamiento P

1. Definir el problema de salud.
2. Especificar el objetivo terapéutico.
3. Comprobar si el tratamiento es adecuado: Efectividad y Seguridad.
4. Iniciar el tratamiento (escribir la prescripción).
5. Dar información, instrucciones y advertencias.
6. Supervisar el tratamiento.

Requisitos del Medicamento P

1. EFICAZ: La eficacia de un fármaco es su capacidad intrínseca para modificar favorablemente un síntoma, el pronóstico o el curso clínico de una enfermedad.

2. SEGURO: Son los posibles efectos indeseados y lo referente a su toxicidad. La mayoría se vincula al mecanismo de acción y por lo tanto se relaciona con la dosis. Son excepciones las reacciones alérgicas y menos frecuentes las idiosincrasias.

3. CONVENIENTE: La misma se relaciona con la impresión final que se tiene de cada paciente y sus particularidades. Se tiene en cuenta interacciones con otros tratamientos, si es obeso, si es un niño, si hay contraindicaciones por su cuadro clínico, EMBARAZO Y LACTANCIA, o sea todas las situaciones que propongan reflexionar sobre la conveniencia de dicho tratamiento.

4. ECONÓMICO (costo del tratamiento): Siempre es un elemento central porque hace a la accesibilidad del mismo, independientemente de su fuente de financiación, (estado, aseguradora, paciente). **Se debe evaluar el costo total del tratamiento, y no el costo por unidad.** Adquiere este tema mucha importancia cuando se trata de elegir entre fármacos individuales del mismo grupo.

La dispensa del medicamento debe ser correcta respecto del prescripto y en perfecto estado en cuanto a su calidad.

4.2. Uso racional de medicamentos (URM)

El desarrollo del URM en consonancia con las bases del PLAN FEDERAL DE SALUD se propone un método de ritmo constante y sostenido, que mejora el sistema sanitario desde adentro y desde afuera., que prioriza la intervención en el 1º nivel de atención fortaleciendo la equidad en el acceso y el financiamiento de la salud.

La **estrategia de URM** involucra **tres dimensiones**:

- **Prevención**
- **Monitoreo**
- **Capacitación.**

La **PREVENCION** considera:

- el desarrollo y difusión de esquemas terapéuticos para la prescripción adecuada,
- estrategias no farmacológicas para las situaciones clínicas que lo permitan,
- el cambio por hábitos saludables,
- técnicas comunicacionales masivas.

El MONITOREO incluye el uso de un **sistema de información** que permite la observación de un conjunto de indicadores sobre las **pautas de utilización de medicamentos**. Como ejemplo de fuentes de bases de datos para esta actividad existe la de REMEDIAR (por eso es importante el correcto llenado de las recetas), la Superintendencia de seguridad social, PAMI, etc.

La **CAPACITACION** involucra todas las actividades a la que es convocada la comunidad, estudiantes, el equipo de salud, etc. a cursos, talleres, foros y demás actividades que involucren el URM.

Los medicamentos son utilizados como tratamiento en casi todas las disciplinas médicas, en los distintos niveles del sistema de atención de la salud y en diferentes situaciones sanitarias y constituyen el procedimiento terapéutico más extendido por los médicos.

Las drogas no son inocuas y suponen un efecto orgánico, si no son utilizadas con la prudencia y el criterio adecuado se corre el riesgo de generar efectos indeseables o de no cumplir con el objetivo terapéutico propuesto.

"En todo el mundo, mas del 50% de todos los medicamentos se recetan, se dispensan o se venden en forma inadecuada. Al mismo tiempo, alrededor de un tercio de la población mundial carece de acceso a medicamentos esenciales, y el 50% de los pacientes los toma de forma incorrecta". (Promoción de URM, componentes centrales. OMS ; Ginebra. Septiembre 2002.)

Los medicamentos deben ser prescritos cuando son necesarios, y en todos los casos los beneficios de la administración de los medicamentos deben ser considerados en relación con los riesgos que involucra.

Los hábitos de mala prescripción conducen a ineffectividad e inseguridad de los tratamientos, angustia y perjudica al paciente y aumenta los costos en salud.

Es de destacar que entre un 25% y un 30% del gasto nacional en salud está dedicado a los medicamentos, por lo que si se optimiza el gasto, el ahorro acumulado permitiría intervenciones que generen mayores beneficios a los usuarios.

Para ello, se requiere de la **participación consciente y activa** de los diferentes eslabones de esta cadena:

- **el productor,**
- **el prescriptor,**
- **el dispensador,**
- **el paciente.**

Por lo dicho, se puede concluir que el URM es una construcción , donde la aplicación del conjunto de conocimientos avalados científicamente y por evidencias basadas en calidad, eficacia, eficiencia y seguridad, permiten dispensar y utilizar un determinado medicamento para un determinado problema de salud en el momento apropiado, con la participación activa del paciente posibilitando su adhesión, el seguimiento del tratamiento y el monitoreo del mismo por parte de quien lo indicó.

El URM se enmarca dentro de las intervenciones propiciadas por la OMS y fundamentalmente dentro de la política nacional de medicamentos. Esta ultima a través de la prescripción por nombre genérico, y el programa REMEDIAR (distribución gratuita de medicamentos en 5600 CAPS del país) que dispone de un vademécum de 54 medicamentos esenciales, presenta una oportunidad única para profundizar el tema.

Repasemos brevemente estos **2 instrumentos**:

- **Prescripción por nombre genérico**
- **Listado de medicamentos esenciales.**

Posteriormente avanzaremos en las particularidades del URM.

Resta decir que estas políticas:

- hacen más transparente el mercado,
- favorecen la eficiencia del gasto en salud,
- brindan alternativas al consumidor,
- contribuyen al URM.

Conclusión

El concepto de uso racional de medicamentos incluye a todos los actores que participan de la salud, productores, prescriptores, dispensadores y usuarios. Entendiendo a la salud como un proceso de construcción colectiva, el mismo nos remite a una conducta activa para comprender los principios y ejecutar las acciones que propendan a un adecuado uso de medicamentos.

Frecuentemente, las estrategias no farmacológicas para el tratamiento de ciertas situaciones clínicas tienen importancia equivalente o superior.

Como se vio, los fármacos son la expresión concreta de la medicina moderna pero esperar que estén presentes en toda práctica médica conspira contra su racionalidad.

Exigir una promoción de medicamentos con contenido ético, sin sesgos y con información exacta; capacitar y actualizar a los médicos, alentar al usuario a modificar conductas (automedicación), consejería correcta y compromiso con la dispensa por parte del personal de salud, solicitar a los gobiernos, fundamentalmente al cuerpo legislativo para garantizar que la fabricación, licencia y venta de medicamentos sea adecuada, son elementos básicos para comenzar con la larga lista de acciones que garanticen el URM para la mejora de la calidad de atención de la comunidad.

4.3. Programa Remediar

La equidad y la universalidad se ven favorecidas, en especial, en lo que se refiere a accesibilidad. El Programa garantiza el acceso a los medicamentos esenciales al distribuir botiquines con 56 medicamentos de uso ambulatorio a todos los Centros de Salud del primer nivel de atención del país.

Asimismo, la capacidad redistributiva del Programa constituye un aspecto de alto impacto social.

El Programa Remediar de provisión gratuita de medicamentos ambulatorios tiene un lugar central en las prioridades del subsector público actual.



En este sentido, la llegada del Programa a la población de menos recursos a través de los centros de salud y los importantes valores transferidos a los beneficiarios (considerando los valores de los medicamentos), lo convierte en una importantísima

herramienta de redistribución de la riqueza. Por cada peso invertido se transfiere el equivalente de 9 pesos a los beneficiarios que hoy son aproximadamente quince millones en todo el país.

Los medicamentos provistos dan respuesta a la mayor parte de los motivos de consulta médica por patología ambulatoria.

Por otra parte, **el Programa es técnicamente consistente**. Es decir, fue diseñado en base al criterio de medicamentos esenciales (establecido por la Organización Mundial de la Salud), al conocimiento técnico de expertos nacionales e internacionales y al consenso con los actores involucrados (en particular con las provincias).

Remediar impulsa, además, una reforma duradera. Se mejoran la eficiencia y la eficacia del sistema de salud por **tres vías**:

- 1. Jerarquiza los centros de salud del primer nivel de atención y fortalece la estrategia de Atención Primaria de la Salud.**
- 2. Forma parte de la Política Nacional de Medicamentos en la promoción del acceso y el uso del nombre genérico.**
- 3. Promueve el uso racional de medicamentos.**

También, el Programa permite compras muy eficientes. Se logran economías de escala que permiten adquirir los medicamentos a valores hasta 90% inferiores a los precios de venta al público.

El Programa Remediar tiene **un riguroso esquema de evaluación y control de gestión**. Estos incluyen:

- La implementación de una línea de base y la evaluación en su conjunto del Programa (desarrollada por el SIEMPRO).
- Un fuerte esquema de auditoría.
- Un riguroso sistema de información, el control social directo a través de ONGs reconocidas con representación en todo el país (Caritas y Cruz Roja).
- La central de reclamos y control de calidad que opera una línea telefónica de discado gratuito y un sitio en Internet.

En el primer año de ejecución del Programa (octubre de 2002 - octubre de 2003), se distribuyeron un total de 100.000 botiquines a 4.900 Centros, proveyendo de medicamentos alrededor de 11 millones de argentinos bajo la línea de pobreza. El total de tratamientos entregados sumó unos 27.900.000.

Por otra parte, entre los resultados más importantes es de destacar el impacto redistributivo y, por ende, el gran avance en términos de equidad. Según una evaluación realizada durante el mes de febrero de 2003 por el Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO), el 94% de los beneficiarios están bajo la línea de pobreza y el 71% son indigentes. Además, el 84% no tiene Obra Social. Por último, el beneficio brindado equivale al 41 % del ingreso de los indigentes. Al distribuir medicamentos en los Centros o "salitas", el

Programa Remediador está focalizando la provisión a la población más pobre. Actualmente el Programa Remediador entrega botiquines en más de 5500 Centros de Salud de todo el país.

- a. Analice con sus compañeros cómo se está implementando la política de medicamentos en su centro de Salud considerando:
 - a.1. Funcionamiento del Programa Remediador.
 - a.2. Prescripción por nombre genérico.
 - a.3. Uso racional.

- b. Analice con compañeros y miembros de la comunidad posibles actividades que pueden implementar en su centro de Salud y con su comunidad para fortalecer el uso racional de medicamentos, para utilizar mejor los medicamentos de Remediador y fortalecer la prescripción por nombre genérico.



5. Políticas de Recursos Humanos

Recursos humanos y capacidad instalada en el sistema de salud argentino

En el país hay 1.204 hospitales públicos (9 nacionales, 957 provinciales y 238 municipales), con un total de alrededor de 81.816 camas disponibles. Además, la red pública cuenta aproximadamente con 6456 establecimientos de atención primaria.

La alta capacidad instalada del sistema de salud argentino se completa con otras 1.990 instituciones prestadoras privadas con aproximadamente 67.233 camas disponibles. Hay, también, 7.732 establecimientos privados sin internación 3.

Argentina es uno de los países con mayor oferta de profesionales e infraestructura en salud.

Como se dijo anteriormente, en Argentina hay habilitadas 26 escuelas de medicina (10 públicas y 16 privadas) con casi 60.000 alumnos matriculados, y más de 4.000 egresados anuales. Es un número muy significativo, en especial si se considera que hay en ejercicio más de 116.000 médicos en el país y detentamos una relación de un médico cada 310 personas lo que nos ubica en los primeros lugares en el ranking mundial. En efecto, la **relación de médicos por cada mil habitantes** es, en

promedio, de 2.5 en los países ricos y de 0.1 en los pobres. **En nuestro país este indicador se aproxima a 3**, es decir, es superior a la media de los países ricos. La **relación de camas por cada mil habitantes es** de 8.9 en los países ricos contra 2.3 en los pobres. En nuestro país alcanza a los **4.5**, y no se han tomado medidas de emergencia para adecuar la cantidad de egresos universitarios a las necesidades sanitarias de la población. En efecto, en la Argentina el número de médicos crece históricamente a una tasa anual superior a la de la población. En 1970 se calculaba 1 médico cada 530 hab (Banco Mundial 1993), en 1987 una proporción de 425 hab/médico (Katz y Muñoz 1988), esa razón fue de 367 en 1992 (Abramzon 1995). En el año 2003 6.928 médicos se encontraban realizando su residencia. Respecto de la especialidad de nuestros médicos, en general en la Argentina presenta un panorama semejante al de otros países: escasez de generalistas (aún cuando está comprobado que los médicos generalistas pueden diagnosticar más del 90% de los problemas vistos de la población), gran cantidad de médicos especialistas y una pobre distribución geográfica de los médicos (el número de médicos es muy variable de acuerdo a la región que se considere).

La política nacional de Recursos Humanos está intentando modificar estas deficiencias históricas.

Regulación de la oferta de recursos humanos

La regulación del ejercicio profesional del médico es tan antigua como la práctica comercial de la profesión. No obstante, **la regulación de los recursos humanos en salud no es aún homogénea en el mundo.**

Hay países que practican una fuerte regulación de los recursos humanos: son los casos de Italia, España, Reino Unido y Suecia. Países donde es muy difícil, en algunos casos ingresar a la universidad, porque la universidad tiene un cupo muy restringido. O en otros casos, directamente accede al sistema de capacitación de postgrado, como serían los casos de Italia y de España, sin el cual es virtualmente imposible el ejercicio de la profesión. Con menor fuerza aunque todavía con una importante regulación, está EE.UU. En este país el gobierno no controla ni establece las vacantes para quienes van a ingresar en sus universidades, pero existe un mecanismo regulatorio indirecto a través del "board" que se ocupa de la habilitación profesional posterior. Para ello es necesario haber efectuado la residencia médica. Las aproximadamente 22.000 residencias médicas disponibles determinan en la práctica el número de médicos que ingresan anualmente al sistema.

Como consecuencia de esta regulación hay, en la actualidad cerca de 20.000 médicos recibidos que no pueden ejercitar su profesión. Italia tiene alrededor de 35.000, y en España son más de 22.000.

Los casos de una baja regulación sobre este tema son los de Argentina, Uruguay o la

India, entre otros países, donde prácticamente la regulación de la oferta es casi nula. Brasil ha realizado algunos avances en la regulación de los recursos humanos durante los últimos años. Durante los noventa en Argentina el debate ha sido frívolo y la acción escasa. Sólo recientemente ha habido una drástica reducción del cupo disponible para la formación médica en algunas universidades estatales. Además recientemente han surgido varias escuelas de medicina en universidades privadas.

Tanto o más importante que establecer cupos para los médicos y otros profesionales de la salud habilitados a ejercer, es definir cuál es el perfil adecuado de los mismos. Esto involucra identificar las necesidades epidemiológicas así como la demanda de servicios y establecer los perfiles de formación y actualización a ser desarrollados. Por ese motivo es fundamental la actuación desde el Estado y desde la Sociedad en su conjunto en la certificación y recertificación de profesionales, ya que la misma asegura la calidad de la asistencia y la gestión responsable de la prescripción diagnóstico-terapéutica. Pero también es imprescindible que el Estado asuma un criterio de salud pública en la habilitación y orientación de las carreras de formación profesional. Por ejemplo, en Argentina hay habilitadas 26 escuelas de medicina (10 públicas y 16 privadas) con 60.000 alumnos matriculados, y más de 4.000 egresados anuales. Es un número muy significativo, en especial si se considera que hay en ejercicio más de 116.000 médicos en el país y detentamos una relación de un médico cada 310 personas lo que nos ubica en los primeros lugares del ranking mundial. (Dirección de Recursos Humanos. Ministerio de Salud. 2004).

No se trata de un problema exclusivo de la Argentina. En los países desarrollados el número de médicos profesionales cada mil habitantes aumentó de una media de uno, en 1960 a tres, en 1999. La cifra se basa en la estadística de los países miembros de la organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). En 1999, Francia, Alemania y Suiza eran los países con más médicos en términos relativos (más de tres por 1.000 habitantes), mientras el Reino Unido situaba en el extremo inferior (menos de dos por cada 1000).

Además, aquí en América Latina, los entes médicos también comienzan a preocuparse por el futuro del ejercicio profesional. En México la Federación Nacional de Colegios Médicos (Fenacome), solicitó en 2001 la intervención del Estado en la verificación de que egresaban anualmente 9000 médicos de las escuelas de medicina. Al mismo tiempo, la relación de médicos por habitantes crecía de forma muy desigual en las diferentes regiones.

Pronosticaron que en el año 2010 egresarán 20 mil médicos y que el 80 por ciento de ellos serán mujeres. En Argentina el Consejo Consultivo Nacional está trabajando en la determinación de las necesidades en cantidad y perfil de profesionales y trabajadores de salud.

Actualmente el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación está jerarquizando el otorgamiento de Residencias Nacionales para las especialidades básicas en el marco

del fortalecimiento de la estrategia de APS y promueve la rotación de los residentes por el primer nivel de atención, estimulando que las provincias realicen lo mismo con sus Residencias Provinciales.

Por otro lado, y como es reconocido en el Plan federal, el recurso humano es lo más valioso que tiene nuestro sistema de salud. Desde el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación se consensuó con las provincias reforzar y rejerarquizar en particular al recurso humano del primer nivel de atención que fue el más desvalorizado históricamente siendo, sin embargo, el que podrá resolver el 90% de los problemas de salud. Es por esto que surgió a fines del 2004 la implementación del Programa Nacional de Médicos Comunitarios como la primera gran experiencia de formación en servicio a nivel nacional, orientada a la APS.

5.1. Programa nacional de médicos comunitarios

En la unidad anterior cuando hablamos de la APS renovada hablamos de la necesidad de concentrar una especial atención en el **papel de los recursos humanos** para que se realice plenamente el potencial de la APS.

También en la lectura sobre el tema se mencionó que un Sistema de Salud basado en la APS se apoya en **recursos humanos apropiados** que incluyen a quienes proveen los servicios, a los trabajadores comunitarios, a los gerentes y al personal administrativo. Aquí es necesario volver a remarcar la necesaria combinación de habilidades y conocimientos, junto a una conducta ética sobre la dignidad y el respeto hacia la personas y las comunidades.

Disponer de este tipo de recurso humano exige una planificación estratégica y una inversión a largo plazo en capacitación.

Por otra parte, en las Bases del Plan Federal se expresó que "sólo construiremos un sistema de salud sólido y justo si perseveramos y profundizamos la participación ciudadana y su real protagonismo en la construcción colectiva" lo cual implica "incorporar un incentivo directo sobre la población para conducir la demanda por servicios de salud hacia los centros de salud (CS), en lugar de los hospitales".

Ahora bien, estos objetivos no pueden lograrse sin un **cambio de actitud en los profesionales de la salud**. Es necesario salir del modelo hegemónico hospitalocéntrico para que los profesionales se acerquen y trabajen con la comunidad, proponiendo acciones de promoción y prevención desde ella.

El Programa nacional de médicos comunitarios surgió como instrumento para favorecer la adquisición de actitudes positivas y activas hacia la APS como estrategia de salud con un enfoque renovado.

El diagnóstico previo a la implementación del Programa incluyó como **principales problemas:**

- El recurso humano profesional trabaja por fuera de la comunidad.
- El acento está puesto en la patología y no en la salud.
- Las acciones de promoción y prevención no son suficientes.
- Los actores y acciones del sistema no están integrados.

Propósito

Contribuir al fortalecimiento de la estrategia de APS como una Política de Estado, en el marco del Plan Federal de Salud.

Objetivos específicos

- **Fortalecer la formación de los integrantes de los equipos de salud del primer nivel de atención, en APS, salud social y comunitaria.**
- **Ampliar la cobertura y calidad de la atención en el primer nivel en los sistemas de Salud provinciales**
- **Identificar y realizar el seguimiento de familias vulnerables y de situaciones de riesgo socio-sanitario.**
- **Afianzar las actividades de prevención y promoción de la salud con la participación activa de la comunidad.**

Estrategias

- **Reforzar con recurso humano al primer nivel de atención con 3.000 profesionales calificados para el primer nivel de atención como número mínimo para la experiencia.**
- **Fortalecimiento de la formación del recurso humano del primer nivel de atención a partir de la implementación de un posgrado de perfeccionamiento en salud social y comunitaria**

Uno de los estímulos para la formación es el establecimiento de becas de apoyo económico y de formación, **financiadas por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación** por lo cual se garantizó que la formación fuera gratuita para los interesados en realizar el posgrado.

Perfil de los destinatarios

Este punto es central, ya que uno de los objetivos del Programa es reforzar el

concepto de equipo de salud y se seleccionaron para el otorgamiento de becas de apoyo económico y de formación a:

- **Médicos toco-ginecólogos**
- **Pediatras**
- **Generalistas**
- **De familia**
- **Clínicos**
- **Trabajadores sociales**
- **Enfermeros**
- **Obstétricas**
- **Psicólogos**

Y el otorgamiento de becas sólo de formación se destinó a los profesionales del equipo de salud que ya estaban trabajando en el sistema, pertenecientes a los Centros de Salud donde ingresaron aquellos con beca de apoyo económico.

Las competencias que estos profesionales deberán adquirir durante su formación incluyen:

- **Abordar la estrategia de APS en el primer nivel de atención con criterios humanos, científico-técnicos y éticos.**
- **Utilizar la epidemiología como herramienta para jerarquizar y abordar problemas de salud pública.**
- **Programar, implementar y evaluar acciones de programación local.**
- **Detectar y seguir familias en situación de riesgo**
- **Diseñar estrategias de intervención efectiva**
- **Implementar con la comunidad actividades de promoción de la salud con la incorporación de la visión local.**
- **Contribuir al desarrollo de acciones que mejoren las condiciones de vida mediante tareas de articulación intersectorial con otros actores sociales**

Instituciones participantes

Considerando la propuesta, resulta imprescindible la colaboración de múltiples instituciones participantes, ya sea por el rol político o educativo que les corresponde en el Sistema o por el ámbito de actuación tomando en cuenta que hablamos de un Programa Nacional. A partir de la construcción de consensos y de compartir los objetivos del Programa, el Ministerio de Salud y Ambiente logró su implementación con la participación de:

- **Los Ministerios de Salud provinciales (24 en total)**
- **Las Universidades nacionales de gestión pública y privada (17 en total)**
- **Centros de salud (1582 hasta el momento)**
- **Municipios (397)**
- **Departamentos (249)**

Si bien resulta compleja la coordinación de actores tan diversos son imprescindibles para facilitar el cambio en el modelo de atención que se propone el Programa.

Si bien el posgrado está desarrollándose junto a 17 Universidades, desde el Programa Nacional se propone el siguiente **enfoque educativo y modalidad de formación**:

Coherente con el objetivo de lograr un sujeto crítico y reflexivo que problematice su realidad e intente transformarla, el modelo pedagógico utilizado debe ser el de la problematización.

Es importante remarcar algunas **características centrales del modelo**:

- El alumno es protagonista y el docente es orientador
- Existe articulación entre teoría y práctica.
- El conocimiento se basa en la interacción sujeto-realidad.

Contenidos de la formación

Definida la estructura es necesario el recorte de los contenidos a abordar. Se consideraron como criterios para dicho recorte:

- la selección de conceptos, principios y desarrollos teóricos necesarios para un andamiaje adecuado para sustente el desempeño profesional,
- el conjunto de herramientas de trabajo imprescindibles para la tarea.

Así se definieron los Módulos que se enumeran a continuación:

Módulo 01: Sociedad y Salud

Módulo 02: Epidemiología

Módulo 03: Salud y Ambiente

Módulo 04: Herramientas para la planificación y programación local.

Módulo 05: Las políticas de Salud

Módulo 06: Sistemas de Registro y de Información en Salud

Módulo 07: Equipos de Trabajo en Salud

Módulo 08: Trabajo comunitario

Módulo 09: Redes Sociales

Módulo 10: Actualización de manejo de problemas de salud prevalentes

Evaluación del posgrado

Este aspecto también fue considerado cuidadosamente ya que se revaloriza la **evaluación de proceso** sin dejar de lado la **evaluación de producto**.

En una propuesta donde el objetivo central es el cambio actitudinal y considerando que estos objetivos son de mediano y largo plazo para su logro, es muy importante el **seguimiento de la actuación en terreno** del profesional, ya que será allí donde deberán operarse los cambios.

Por otra parte, el tipo de objetivos y la modalidad de trabajo demandan la comprobación de la **articulación entre teoría práctica** así como la **construcción de proyectos y acciones de intervención**.

Se definió entonces como evaluación de cada Módulo no sólo el logro de los objetivos de aprendizaje programados sino la presentación por parte de cada becario de un **trabajo de aplicación**.

La promoción del curso completo requiere la presentación y aprobación de dos **trabajos integradores finales** (uno al finalizar cada año de estudio).

Marco político

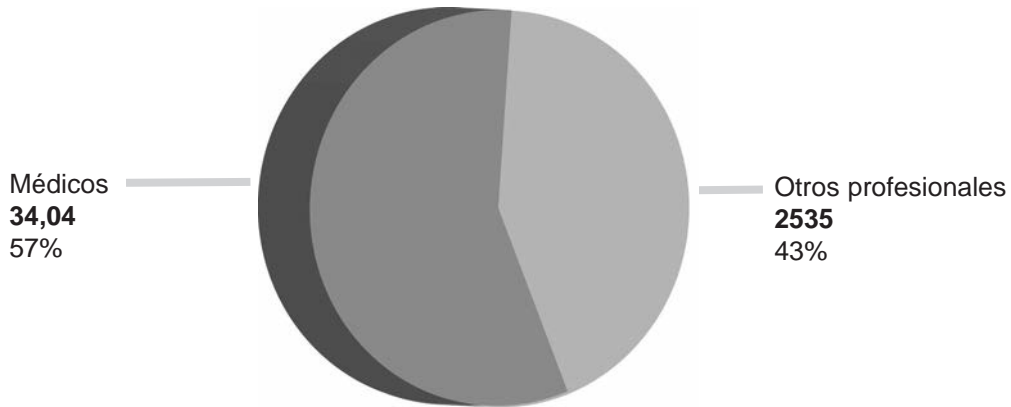
Sin duda, deben existir ciertos factores para favorecer la puesta en marcha de un Programa de este tipo. Ellos son:

- Voluntad política de las máximas autoridades de la salud pública a nivel nacional y provincial de llevar adelante la propuesta;
- Invitación abierta a las Universidades desde el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación a la participación en la iniciativa desde el acuerdo y la cooperación.
- "Mística" y compromiso del equipo central de programa

Situación actual

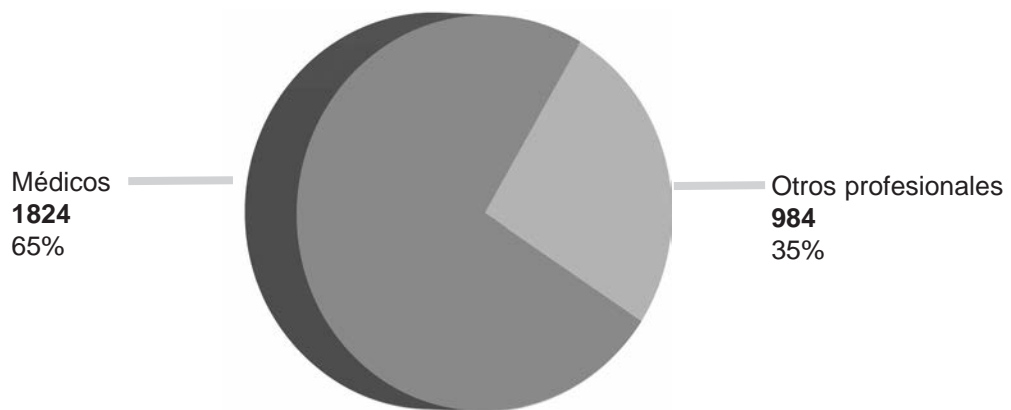
Algunos números generales nos permitirán considerar el estado actual de desarrollo del Programa. Los presentamos a continuación.

Total alumnos país: 5939



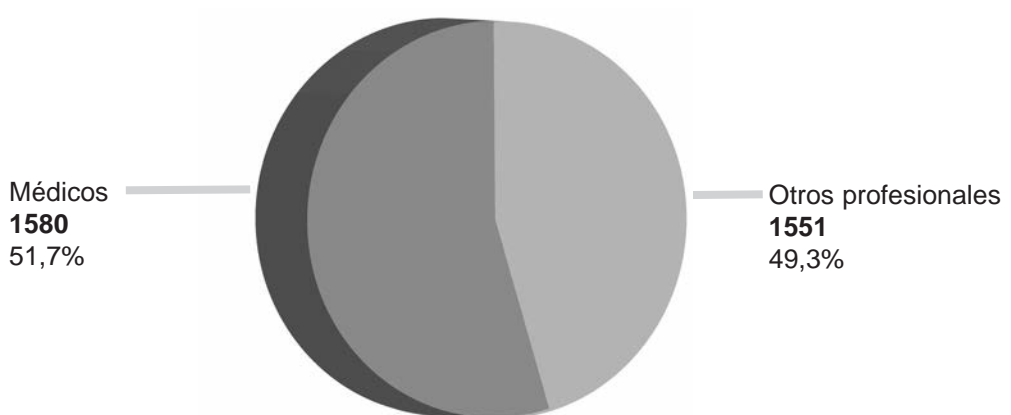
Profesionales que realizan el Posgrado

Prof. incorporados con becas de apoyo económico y de formación: 2808



Profesionales incorporados con becas de apoyo económico

Prof. preexistentes en los CS con becas de formación: 3131

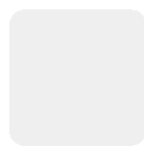
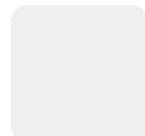
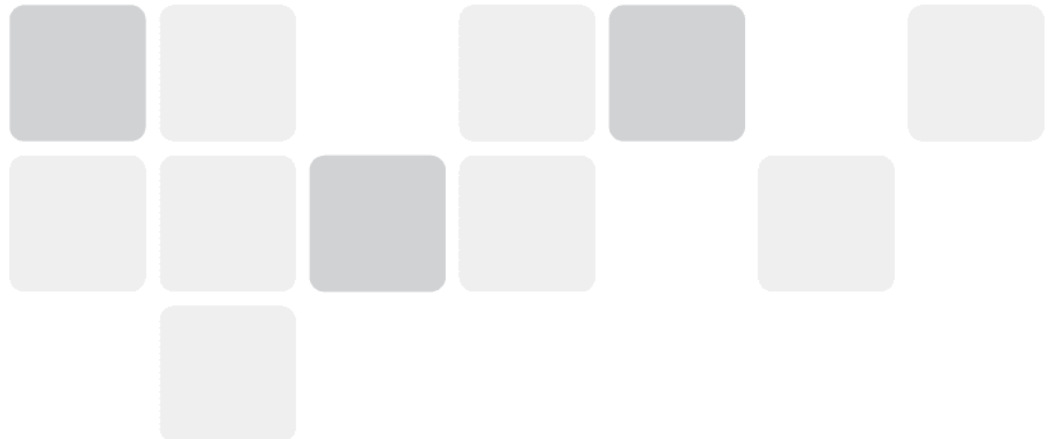


Prof. preexistentes en los centros de Salud (CS) que cursan el Posgrado



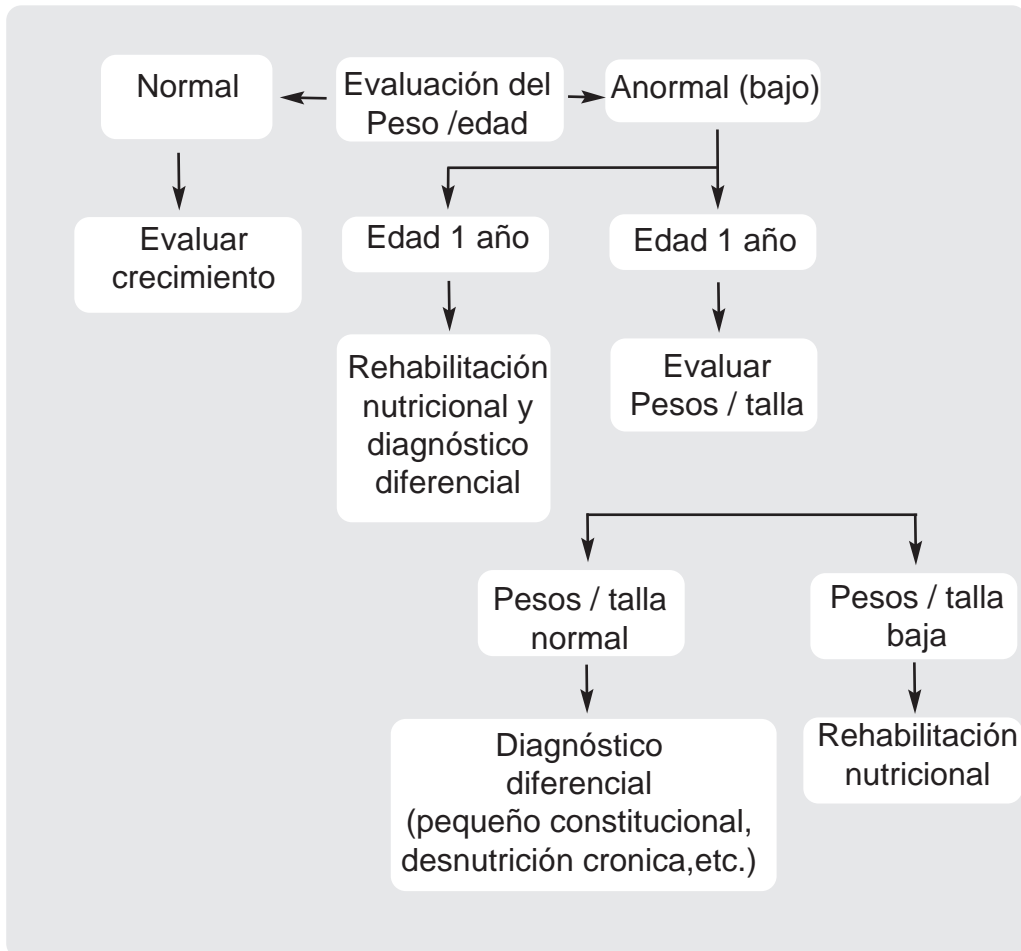
Anexo

Guías metodológicas y lecturas complementarias



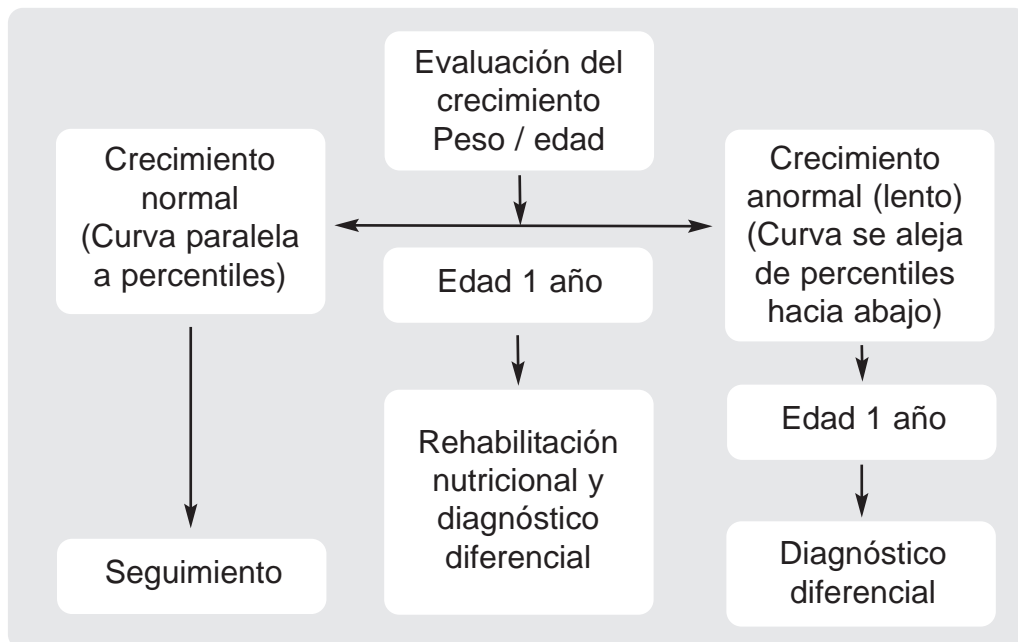
Lectura complementaria 1

Flujograma de orientación para la evaluación del crecimiento y rehabilitación nutricional



Fuente: *Manual metodológico de capacitación del equipo de salud en crecimiento y nutrición de madres y niños*. Pág. 28. Dirección Nacional de Maternidad e infancia. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación Argentina.

Flujograma de orientación para evaluación del crecimiento y rehabilitación nutricional con una medición



Fuente: *Manual metodológico de capacitación del equipo de salud en crecimiento y nutrición de madres y niños*. Pág. 28. Dirección Nacional de Maternidad e infancia. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Lectura complementaria 2

Guía de diagnóstico y tratamiento para hospitalización abreviada de IRB en menores de 2 años¹

El programa incluye a los niños con diagnóstico de bronquiolitis y lactante sibilante.

Definiciones

- **Bronquiolitis:** primer episodio de sibilancias asociado a evidencia clínica de infección viral en menores de 2 años.
- **Lactante Sibilante o Bronquitis obstructiva recurrente (BOR):** antecedente de 2 o más episodios de sibilancias en un año.

Se evaluará en cada caso según los factores de riesgo y los criterios de derivación, si el paciente será atendido en la unidad de atención primaria o se derivará a un centro hospitalario, realizando el tratamiento que corresponda hasta su derivación.

1.Fuente: Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Factores de riesgo de infección respiratoria

Del Huésped:

- Falta de lactancia materna
- Vacunación incompleta
- Prematurez / Bajo peso de nacimiento / Desnutrición

Del Medio:

- Hacinamiento / Época invernal (otoño-invierno) / Asistencia a guarderías
- Madre analfabeta
- Madre adolescente
- Contaminación ambiental y/o domiciliaria

Factores de riesgo para IRB grave

1. Menor de 3 meses
2. Inmunodeficiencias
3. Cardiopatías congénitas
4. Enfermedad pulmonar crónica
5. Prematurez/bajo peso de nacimiento
6. Desnutrición

Criterios absolutos de derivación

- Lactantes menores de 1 mes.
- Pacientes con enfermedad pulmonar crónica:
 - Fibrosis quística.
 - Pacientes con cardiopatía.
 - Apnea
 - Pacientes con inmunodeficiencia.
 - Desnutrición moderada y severa
 - Displasia broncopulmonar, EPOC posviral.

Criterios de derivación relativa

Evaluar de acuerdo con la capacidad resolutoria de los Centros de Salud.

- Lactante entre 2 a 3 meses.
- Antecedente de bajo peso al nacer.

- Prematuro.
- Internación previa por IRB.
- Desnutrición leve.

En todos los casos deberá evaluarse el riesgo social: madre adolescente; primaria incompleta; niño con vacunación incompleta y/o controles de salud inadecuados para la edad.

I. Clasificación de la gravedad

Se realiza a través de un puntaje clínico: Puntaje de Tal.

Para evaluar la FC y la FR debe descenderse la fiebre a menos de 37,5° por medios físicos o antitérmicos y el niño debe estar tranquilo sin la administración de oxígeno cuando su condición clínica lo permita.

| PUNTAJE | F C | F R | SIBILANCIAS | RETRACCIÓN COSTAL | |
|---------|--------------|-------|-------------|--------------------------|-----------------------|
| 0 | Menos de 120 | <40 | <30 | Ausencia de sibilancias | No retracción costal |
| 1 | 120 - 140 | 40-55 | 30-45 | Fin de la espiración | Leve intercostal |
| 2 | 140 - 160 | 55-70 | 45-60 | Inspiración y espiración | Tiraje generalizado |
| 3 | Mas de 160 | <70 | >60 | Audible sin estetoscopio | Tiraje y aleteo nasal |

Puntaje 0-4: LEVE Puntaje 5-8: MODERADO Puntaje 9-12: GRAVE

II. Tratamiento de sostén

Temperatura mayor de 38 grados. Administrar antitérmicos.

Se administra oxígeno por bigotera o mascarilla a los niños con puntaje 7 ó más.

Algoritmo de tratamiento: Bronquiolitis

Puntaje inicial 4 ó menos

- Con puntaje 4 ó más se envía al niño al domicilio con:
 - Tratamiento broncodilatador 2 dosis por aerosol (paff) de salbutamol con espaciador o nebulizaciones con 1 gota/ kg/ dosis de salbutamol en 3 cm³ de solución fisiológica cada 6 u 8 horas

- Control de la temperatura (tratamiento de la hipertermia)
- Lactancia materna (hidratación adecuada).
- Se podrá iniciar el tratamiento en el centro de salud.
- Se indican signos de alarma.
- Se instruye a la madre sobre el uso del espaciador del nebulizador.
- Se cita en 24 horas para control y se emplea la consulta de control para evaluar el estado nutricional, vacunación, indicadores de desarrollo, etc.

Puntaje inicial de 5 a 8

Se administran 2 dosis por aerosol de salbutamol con espaciador o nebulizaciones con 1 gota/ kg/dosis de salbutamol en 3 cm³ de solución fisiológica.

La administración de β adrenérgicos se repite cada 20 minutos en la primera hora.

Con puntaje tal de 7 ó más ADMINISTRAR OXÍGENO

Observar en este momento la evolución del puntaje clínico.

Aplicar el diagrama del algoritmo (ver más adelante).

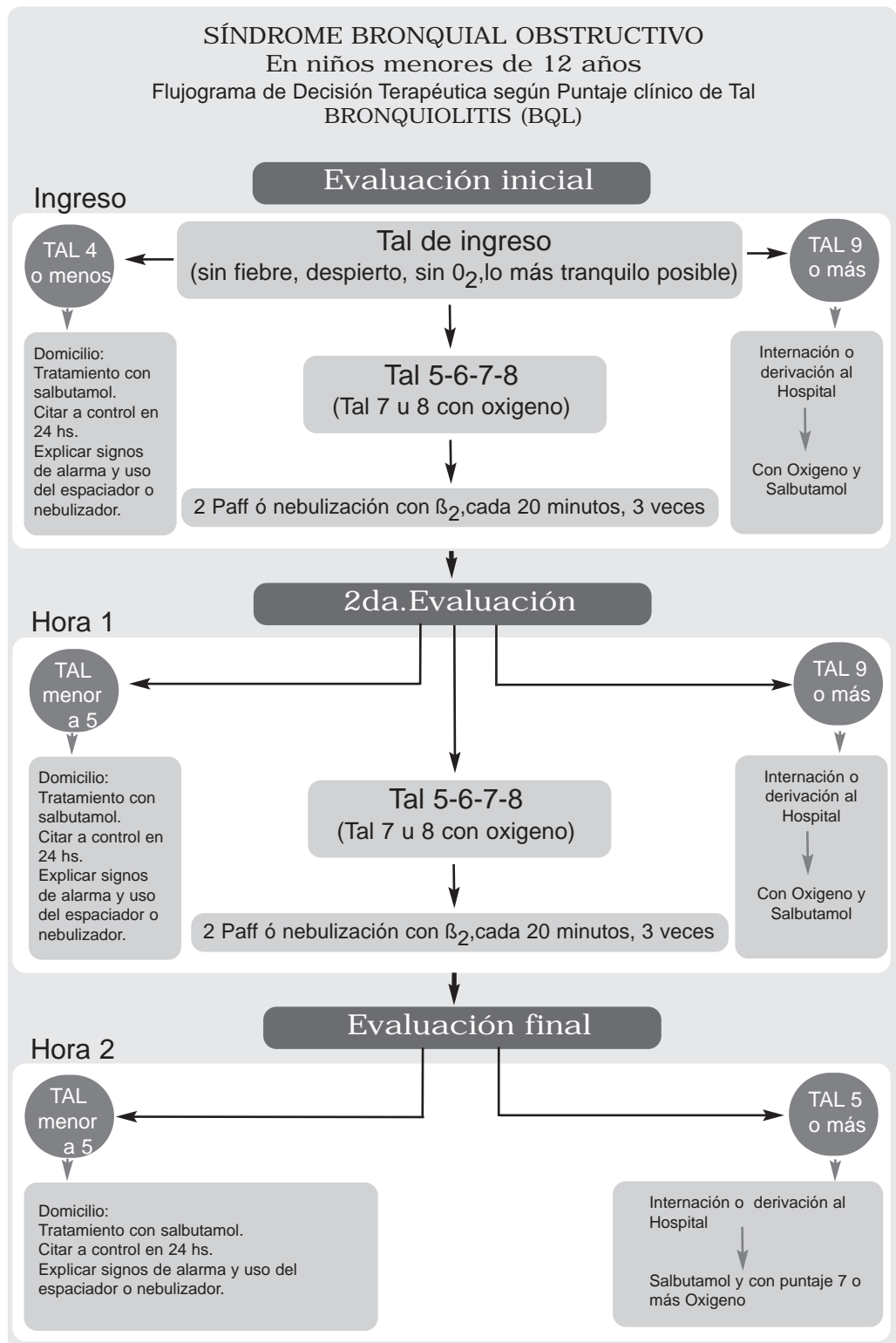
Durante este período se instruye a la madre sobre el uso del espaciador o del nebulizador

Puntaje inicial igual o mayor de 9

Derivar al hospital con oxígeno y broncodilatadores.

III. Diagrama de BRONQUIOLITIS

La decisión terapéutica según el puntaje clínico en bronquiolitis.



Si el niño tiene **diagnóstico de lactante sibilante o BOR** se realizará la misma evaluación inicial y a primera serie de β_2 .

- Si el Puntaje es menor de 5, se lo enviará a su domicilio con tratamiento broncodilatador.

- **Con puntaje 9 ó más**, se decidirá internación. Derivar con β_2 , oxígeno y corticoides amp.
- **Con Puntaje 5 a 8**, se indicará otra serie de β_2 y corticoides (metilprednisona 1mg/kg/dosis V.O. o corticoide equivalente). Al término de la 23 horas se lo enviará a su domicilio con puntaje menor de 5, indicando tratamiento con broncodilatadores y corticoides por 72 hs., con control a las 24 hs.

LACTANTE SIBILANTE ó OBSTRUCTIVA RECIDIVANTE (BOR)

Definición: Antecedente de 2 ó más episodios de sibilancias en un año

Evaluación inicial

Igual que en Bronquiolitis

2da. Evaluación

Con puntaje TAL 5 a 8 \rightarrow β_2 y agregar corticoides (Metilprednisona: 1 mg/kg/dosis vía oral, o equivalente)

Evaluación final

Con puntaje TAL 5 ó más derivar o internar con Salbutamol y corticoides. Con puntaje 7 ó más, administrar Oxígeno.

Si no hay respuesta, se decidirá la derivación para la **internación del niño**.

Durante el traslado, administrar:

- β_2 ,
- corticoides,
- eventualmente oxígeno (según puntaje).

IV. Instrucciones prácticas

El espaciador o la aerocámara se aplica con la mascarilla sobre la nariz y la boca del niño sentado.

El aerosol debe ser agitado, y luego conectado al espaciador o la aerocámara para efectuar los disparos. Se administra 1 dosis por aerosol (o paff por vez).

Para que la administración sea efectiva es necesario esperar 10 segundos sin retirar la mascarilla de la cara del niño antes de realizar el segundo paff.

En los niños mayores que pueden obedecer consignas, es recomendable que realicen 6 inspiraciones lentas y profundas. Si se debe realizarse otro disparo, debe esperarse por lo menos 2 minutos. No importa si el niño llora (aunque la absorción del medicamento es mejor si el niño no llora).

El nebulizador debe estar conectado al oxígeno con un flujo medido de 6-8 litros por minuto. Se administra el salbutamol en solución para nebulizar al 0,5% en dosis de

1gota/kg diluida en 3 cm³ de solución fisiológica. La nebulización debe durar 10 minutos.

Uso y conservación del material (explicar a la madre)

El espaciador, la aerocámara y el aerosol son de uso exclusivo de su niño. No se comparten con hermanos, ni con otros enfermos. Si esto no es posible, deben ser limpiados adecuadamente.

Una vez que se realizan los disparos, se debe separar el espaciador o aerocámara del aerosol, proteger la boquilla del aerosol con su tapa, guardar los elementos en una bolsa plástica y colocarlo en un lugar limpio.

Es necesario lavar bien y secar completamente el espaciador o la aerocámara antes de guardarlos si éstos se ensuciaron con moco, vómito, expectoración o estornudos.

Para una adecuada higiene, la aerocámara debe ser desarmada.

La limpieza se realiza con detergente, enjuagando con abundante agua y escurriéndolo luego.

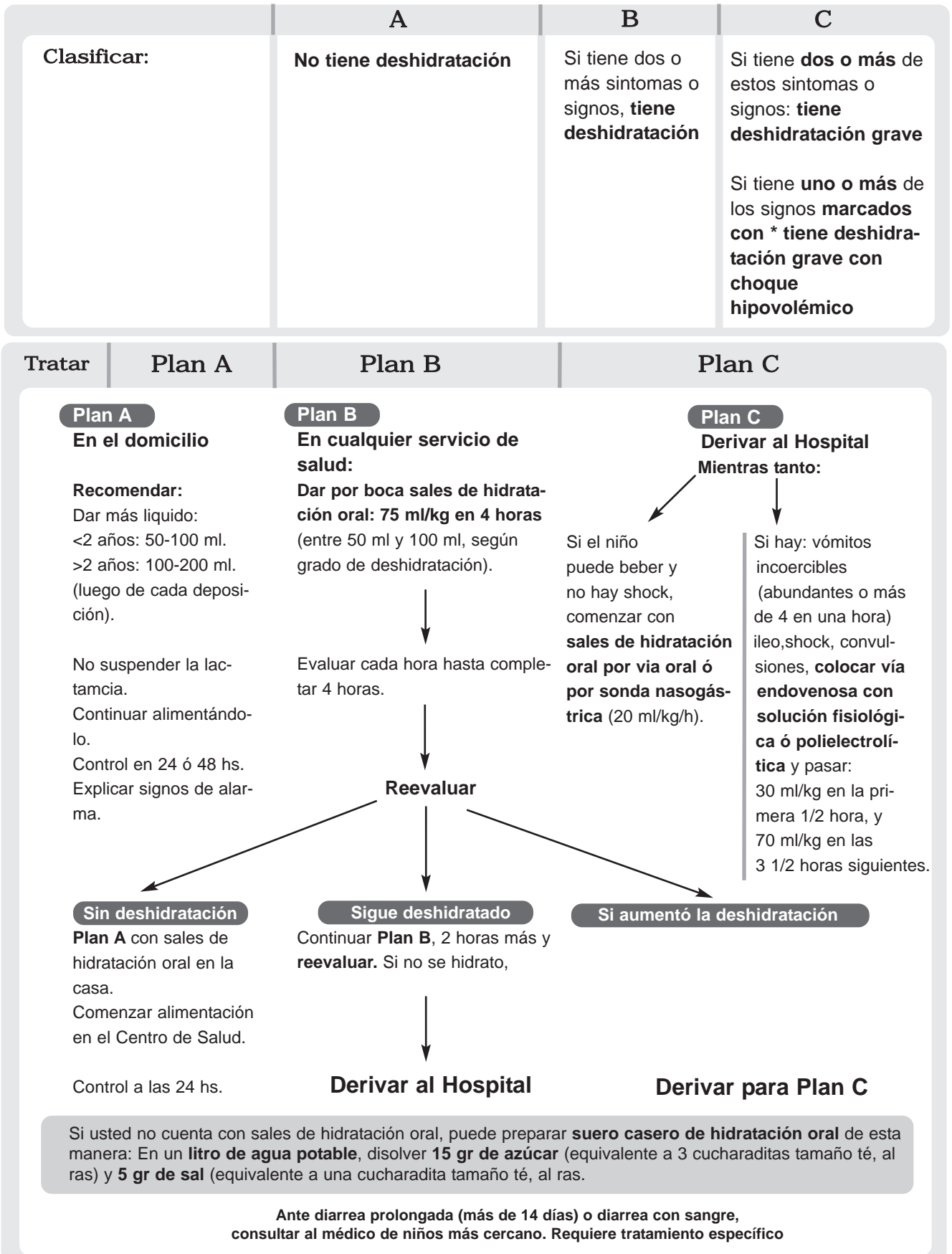
Se instruirá a la madre acerca de la importancia y necesidad de la devolución de estos insumos una vez resuelto el episodio agudo.

Deshidratación / diarrea en los niños: ¿Qué hacer?

Evaluar

Principales signos para evaluar la hidratación del niño con diarrea:

| | A | B | C |
|---|-----------------------------------|---|--|
| Pregunte por: sed | Normal | Bebe con sed | Excesiva o no puede beber |
| Observe: Aspecto Ojos Boca y lengua | Alerta Normales Húmedas | Irritado o somnoliento Hundidos Secas | Deprimido o inconsciente* Hundidos Muy secas, sin saliva |
| Explore: Elasticidad de la piel | El pliegue se deshace con rapidez | El pliegue se deshace con lentitud | El pliegue se deshace muy lentamente (más de 2 segundos) |
| Pulso | Normal | Más rápido de lo normal | Muy rápido, fino o no se palpa* |
| Llenado capilar (rubor) | Menor de 2 segundos | De 3 a 10 segundos | Mayor de 10 segundos* |



Cronología de las actividades para el control prenatal de bajo riesgo

Control prenatal

| | |
|---|--|
| Comunicar e instruir sobre las principales situaciones de riesgo materno-perinatal. | Participación de las embarazadas para el auto cuidado e identificación precoz de sintomatologías de riesgo. |
| Recomendar la lactancia natural y preparar a la madre para la lactancia exclusiva. | Contribuir al crecimiento y desarrollo del niño y reducir la morbilidad infantil. |
| Informar sobre los métodos anticonceptivos. | Prevenir el embarazo no deseado, el aborto provocado y la mortalidad materna. |
| Estudio Ecográfico. | Detectar malformaciones fetales, localizar la placenta, vigilar el crecimiento fetal, anticipar el diagnóstico y confirmar el embarazo múltiple, ajustar la edad gestacional cuando la amenorrea es desconocida. |
| Recomendar el lugar para la asistencia del parto. | Brindar una atención del parto y del recién nacido en el nivel de complejidad que corresponda al riesgo materno perinatal. |

Fuente: Modificado de Schwarcz R, Fescina R y col. 1995

Las actividades para el control prenatal deben estar dispuestas en un cronograma elaborado de acuerdo con la oportunidad en que deben ser realizadas a lo largo del embarazo. En cada consulta debe confluír la mayor cantidad de actividades con la finalidad de reducir al mínimo útil el número de controles.

La elección del número, la oportunidad de cada consulta y el contenido de las mismas se basa en el conocimiento epidemiológico del momento de aparición de los problemas perinatales prevalentes y en la posibilidad de resolverlos o controlarlos por tecnologías, prácticas y procedimientos de eficacia demostrada.



Evaluación

Evaluación

Al haber trabajado en las distintas actividades del módulo, Ud. se encuentra en condiciones de realizar la evaluación correspondiente. Al igual que en los módulos anteriores, en esta oportunidad le proponemos:

- Una autoevaluación.
- Una actividad de integración del módulo.

Le pedimos que entregue la actividad de integración del módulo una vez completada a su tutor.



Autoevaluación

Questionario de selección múltiple

A continuación le presentamos un cuestionario que como le anticipamos en la presentación del módulo, le permitirá comprobar el grado de apropiación de los conceptos desarrollados.

Usted deberá indicar con una cruz (x) la opción correcta, o completar con una respuesta.

Responda cada una de las preguntas y luego coteje su respuesta con la clave de corrección.

1. Defina política pública

| |
|--|
| |
| |
| |
| |



2. ¿Cuál de las siguientes NO ES una fase en el proceso de construcción de las políticas públicas?

| | |
|---|--------------------------|
| a. Identificación de la comunidad. | <input type="checkbox"/> |
| b. Formulación de las alternativas de solución. | <input type="checkbox"/> |
| c. Adopción de una alternativa. | <input type="checkbox"/> |
| d. Implantación de la alternativa seleccionada. | <input type="checkbox"/> |
| e. Evaluación de los resultados obtenidos. | <input type="checkbox"/> |

3. ¿Cuál de los siguientes elementos se incluyen en la formulación de la política?

| | |
|--|--------------------------|
| a. El establecimiento de las metas y objetivos a alcanzar, | <input type="checkbox"/> |
| b. La detección y generación de los posibles caminos (alternativas) para llegar a los objetivos, | <input type="checkbox"/> |
| c. La valoración y comparación de los impactos de esas vías alternativas, | <input type="checkbox"/> |
| d. La selección de una opción combinación de ellas. | <input type="checkbox"/> |
| e. Todas las opciones son correctas. | <input type="checkbox"/> |

4. Enuncie las tres perspectivas desde donde puede describirse el Sistema de Salud.

| |
|----------|
| |
|----------|

5. Enuncie los valores en los que se sustenta nuestro sistema de salud.

| |
|----------|
| |
|----------|

6. Defina Sistema de Salud.

| |
|----------|
| |
|----------|

7. ¿Cuáles son los componentes del sistema de salud,

| |
|--|
| |
| |

8. ¿Cuáles son los modelos de análisis del sistema de salud?

| |
|--|
| |
| |

9. ¿Cuál de las siguientes es una actividad que el Estado debe realizar?

- | | |
|---|--|
| a. Proveer directamente servicios a la población. | |
| b. Comprar servicios al sector privado. | |
| c. Financiar servicios de salud. | |
| d. Regular el mercado de salud. | |
| e. Todas las opciones son correctas. | |

10. ¿En qué subsectores está fragmentado el Sistema de Salud Argentino?

| |
|--|
| |
| |

11. Considerando que resulta primordial que el Estado proteja la salud como un derecho, cuáles son los mecanismos a través de los cuáles debe hacerlo?

| |
|--|
| |
| |
| |
| |



12. La cifra global del gasto en salud en el 2003 fue de alrededor de (señale la opción correcta)

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| a. \$ 20.000 millones | <input type="checkbox"/> |
| b. \$ 25.000 millones | <input type="checkbox"/> |
| c. \$ 28.000 millones | <input type="checkbox"/> |
| d. \$ 30.000 millones | <input type="checkbox"/> |
| e. \$ 35.000 millones | <input type="checkbox"/> |

13. Caracterice la visión del Plan Federal de Salud.

| |
|--------------|
| |
|--------------|

14. Describa la estrategia consignada en el Plan Federal como eje de la reforma del sistema de salud.

| |
|--------------|
| |
|--------------|

15. ¿Qué es un sistema de salud basado en la APS?

| |
|--------------|
| |
|--------------|

16. Señale el objetivo de cada Programa Nacional de Salud.

| |
|--------------|
| |
|--------------|

Actividad de integración del Módulo 5

- a. Realice un análisis FODA de las políticas de salud en relación con los escenarios futuros del país.
- b. Tome dos de los Programas prioritarios de salud para su comunidad y elabore un pequeño proyecto de implementación.
- c. De acuerdo con el problema de salud que haya seleccionado en Módulo anterior señale:
 1. ¿Qué aspectos de la política de salud se ven involucrados?
 2. ¿Con cuál de los valores que sustenta el sistema se emparenta?
 3. ¿A qué Programa Nacional puede remitirse?
 4. ¿Qué papel puede cumplir como Médico Comunitario?



CLAVE DE CORRECCIÓN

Cuestionario de autoevaluación

| Pregunta | Respuesta correcta |
|----------|---|
| 1 | Las políticas públicas son el conjunto de, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios. |
| 2 | a. |
| 3 | e. |
| 4 | Las tres perspectivas son: Macro: la que tiene el responsable político del sistema. Es una perspectiva eminentemente política (en los términos antes referidos). Meso: la que tienen los responsables político-administrativos Es una perspectiva político-técnica. |

| | |
|----|---|
| | Micro: la que tienen los profesionales asistenciales. Es una perspectiva eminentemente técnica. |
| 5 | Los valores en los que se sustenta nuestro sistema de salud son: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Justicia social <input type="checkbox"/> Consenso <input type="checkbox"/> Democratización del poder <input type="checkbox"/> Solidaridad <input type="checkbox"/> Calidad <input type="checkbox"/> Eficiencia <input type="checkbox"/> Ciudadanía <input type="checkbox"/> Pluralidad <input type="checkbox"/> Equidad <input type="checkbox"/> Universalidad <input type="checkbox"/> Satisfacción <input type="checkbox"/> Más vida saludable |
| 6 | Un Sistema de Salud es un modelo de organización social para dar respuesta a los problemas de salud de la población. |
| 7 | El sistema es el resultado de la articulación de tres componentes: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Político <input type="checkbox"/> Económico <input type="checkbox"/> Técnico |
| 8 | Los modelos son: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Político (Modelo de Gestión). <input type="checkbox"/> Económico (Modelo de Financiación) <input type="checkbox"/> Técnico (Modelo de Atención). |
| 9 | e. |
| 10 | El Sistema de Salud Argentino se caracteriza por una excesiva fragmentación, que se da en primer lugar en tres grandes subsectores: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> de la Seguridad Social. |
| 11 | Los mecanismos son: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Rectoría, <input type="checkbox"/> Regulación, <input type="checkbox"/> Control de la actividad global del Sistema. |
| 12 | c. |

| | |
|----|--|
| 13 | <p>La visión del Plan Federal de Salud imagina nuevos roles y responsabilidades de los distintos actores, entre ellos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Afianzamiento del Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios provinciales en su rol de rectoría. ❑ Garantía por parte de las regiones del aseguramiento de la cobertura básica universal. ❑ Desarrollo por parte de provincias y municipios de programas de promoción y prevención, poniendo el acento en la atención primaria y respetando los mecanismos crecientes de derivación dentro de la red de atención. ❑ Protección del financiamiento de los programas establecidos. ❑ Organización de la sociedad civil para fomentar su participación en el diseño e implementación del modelo. |
| 14 | <p>La atención primaria será la prioridad absoluta y las acciones de promoción y prevención obtendrán una asignación creciente de recursos. La estrategia avanzará progresivamente hacia la descentralización de estas acciones de forma sistemática y organizada</p> |
| 15 | <p>Un sistema de salud fundado en la APS es aquel que está organizado y gestionado alrededor de un conjunto de valores esenciales, principios y elementos. Es uno en el que el carácter abarcador del enfoque sirve para mejorar la salud y la equidad, en el que el derecho a la salud se convierte en el principio orientador del Sistema de Salud, y en el que las estructuras y funciones de los Sistemas de Salud se construyen para alcanzar la equidad en la salud y la solidaridad social.</p> |
| 16 | <p>Programa nacional de salud infantil El objetivo es reducir la morbimortalidad en niños menores de 6 años y fortalecer las acciones de prevención y promoción de la salud.</p> |

Programa nacional de procreación responsable

Reconoce que el derecho a la salud comprende la salud sexual, y que ésta incluye la posibilidad de desarrollar una vida sexual gratificante y sin coerción, sin temor a infecciones o a embarazos no deseados.

Programa VIH-SIDA

Los objetivos incluyen la detección e investigación, diagnóstico, tratamiento, prevención, asistencia y rehabilitación. Evitar la propagación de la epidemia, proponer la celebración de convenios con organismos internacionales y/o regionales, públicos o privados que coadyuven al mejoramiento sanitario. Representar al Ministerio de Salud en su relación con organismos nacionales e internacionales, provinciales y municipales de gestión pública o privada. Solicitar la provisión de insumos, medios y equipamiento necesarios al cumplimiento de su misión.

Política de Medicamentos

El objetivo principal es mejorar el acceso a los medicamentos de la población perteneciente a los sectores más desprotegidos y vulnerables de la sociedad.

Programa Remediar

Su objetivo es dar cobertura de medicamentos a todas aquellas personas en situación socioeconómica más vulnerable, que dependen casi exclusivamente del sistema público de salud para el acceso a los medicamentos esenciales.

Programa de Médicos Comunitarios

El propósito principal es contribuir al fortalecimiento de la estrategia de APS como una Política de Estado, en el marco del Plan Federal de Salud.



Bibliografía



Bibliografía utilizada

- ASTORQUI, F. Y BENGOCHEA, J. *"La modernización de los sistemas sanitarios: Su impacto en los Hospitales"*, en *The Economist*. España. 1998.
- ASTORQUI, F. Y BENGOCHEA, J. *"Cómo desarrollar un proyecto de descentralización de la gestión clínica"*. Scanner 98. España. 1998.
- BAROUSSE, A. *"Derecho a la salud en una sociedad pluralista"*. Ética Social en Rev. Criterio n° 195. 1997.
- BENGOCHEA, BARTOLOMÉ I. *"Orientaciones estratégicas para la Atención Primaria de la Salud"*, en *Atención Primaria de la Salud: nuevas dimensiones*. Ediciones Isalud. Argentina. 2001.
- BENGOCHEA, J. Y ECHÁNIZ, J. I. *"La planificación estratégica en el sector sanitario"*. 1998.
- Comisión Permanente de Ética Biomédica de la Provincia de La Pampa.
- DEL RIO, C. *"Is Ethical Research Feasible in Developing and Developed Countries."* *Bioethics*. 12: 328-330.
- DRUCKER, P. *"New Templates for Today's Organizations"*, en *Harvard Business Review*, enero-febrero de 1974.
- Estudio sobre salud y educación médica. Estado de salud de la población del Área Metropolitana." Centro de Investigación y Adiestramiento en Salud Pública (CIASP) Serie 6 n° 1. Argentina.
- FILGUEIRA LIMA, E. *"Marketing social en Atención Primaria de la Salud"*, en *Atención Primaria de la Salud: nuevas dimensiones*. Ediciones Isalud. Argentina. 2001.
- GARRAFA, V. *Bioética fuerte. Una perspectiva periférica a las teorías bioéticas tradicionales*.
- GARRAFA, V. Y MACHADO DO PRADO, M. *Cambios en la Declaración de Helsinki: Fundamentalismo económico, imperialismo ético y control social*.
- GONZÁLEZ GARCÍA G. Y TOBAR, F. *Salud para los argentinos*. Ediciones Isalud. Argentina. 2004.
- GONZÁLEZ GARCÍA G. Y TOBAR, F. *Más salud por el mismo dinero*. Ediciones Isalud. Argentina. 1997.
- GONZÁLEZ GARCÍA G. *Remedios políticos para los medicamentos*. Ediciones Isalud. Argentina. 1994.

- [http:// sssalud.gov.ar](http://sssalud.gov.ar)
 - [http:// www.msa1.gov.ar](http://www.msa1.gov.ar)
 - [http:// www.ops.org.ar](http://www.ops.org.ar)
 - Plan Estratégico. El libro azul." Ediciones Isalud. Argentina. 1998.
 - LOLAS STEPKE, F. "Niveles del discurso bioético y el desafío de la equidad", en revista Bioética desde América Latina. 1: 2 (7 - 10), 12 de marzo de 2001.
 - MACKINSON, G. "Salud pública, asignación de recursos y justicia", en *Cuadernos de Bioética* (57-65). Argentina. 1999.
 - MAGLIO, F. *Ética médica y bioética: Aspectos conceptuales*.
 - MARTÍN ZURRO, A. Y CANO PÉREZ, J. F. *Compendio de Atención Primaria*. Editorial Harcourt. 1999.
 - Ministerio de Salud y Acción Social. *Módulo de Capacitación, Promoción y Mantenimiento de La Lactancia Materna*. 1998.
 - Ministerio de Bienestar Social. *Las obras sociales en la República Argentina* (2a. Edición). INOS. Argentina. 1972.
 - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. *Guía de Seguimiento del Recien nacido de Riesgo*. Dirección Nacional de Salud Materno - Infantil. 2003.
 - Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente. Área de Recursos Financieros. *Encuesta de Utilización de Servicios y Atención Médica*. Argentina. 1982.
 - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. *Informe de gestión 2004*. Editorial Latingráfica. Argentina. Marzo de 2005.
 - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. *Guía para la Atención del Parto en Maternidades Centradas en la Familia*. Dirección Nacional de Salud Materno - Infantil. 2004.
 - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. *Guía para la Atención Integral del niño de 0 a 5 años. Módulo 1 Primer año de vida*. Programa Materno - Infantil. 2004.
 - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. *Cuidando al bebe, Guía para el Equipo de Salud y La Familia*. Dirección Nacional de Salud Materno - Infantil. 2005.
 - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. *Guías Alimentarias para la población infantil*. Dirección Nacional de Salud Materno - Infantil. en prensa.
 - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación/OMS/OPS. *Situación de salud en la Argentina 2003*.
 - MINTZBERG, H *The Structuring of Organizations*. Editorial Prentice-Hall. 1979.
- OPS, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica. "Los futuros de salud y la atención a la salud en América Latina y el Caribe", informe n° 2 de la serie

dedicada a los dos talleres realizados en 1991 y 1992 en la sede de la OPS/OMS. Estados Unidos. Noviembre de 1993.

- Porter, M. E. "*Competitive Advantages y Competitive Strategy.*" The Free Press. 1986-1980.
- RODRÍGUEZ, G. Y SCOSERIA, J. "*Medicina familiar: Un cambio de enfoque radical en la concepción del Sistema de Salud*", en Atención Primaria de la Salud: nuevas dimensiones. Ediciones Isalud. Argentina. 2001.
- SALTMAN, R. B. *Mercados planificados y competencia pública.* ENS. 1994
- SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA. *Guía de alimentación para Niños Sanos de 0 a 2 años.*2001.
- SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA. *Guía para la Supervisión de Niños y adolescentes.* 2002.
- SBARRA, N. H. "Los primeros hospitales de Buenos Aires." *Cuadernos de Salud Pública* n° 2. Argentina. Octubre-diciembre de 1968.
- TOBAR, F. Y RODRÍGUEZ RICCHERI, P. *Hacia un federalismo sanitario efectivo: El caso del Consejo Federal de Salud Argentino-CO.FE.SA., análisis y propuestas.* Ediciones Isalud. Argentina. 2004.
- TORRES, R. *Nuevas dimensiones en Atención Primaria de la Salud.* Ediciones Isalud. Argentina. 1999.
- OPS/OMS *La Salud de las Américas.* Informe 2002.
- VERONELLI. JUAN C. *Medicina, gobierno y sociedad.* El Coloquio. Argentina. 1975.
- VILIELLA, G. *El derecho a la salud.* Eudeba. Argentina. 2000.
- VIVANTE. A. Y PALMA. N.H. "*Antropología, medicina pública y planes sanitarios.*" *Cuadernos de Salud Pública* n° 4-5. Argentina. Julio de 1969-junio de 1970.

■ **Autores**

Dr. Ginés González García

Ministro de Salud y Ambiente de la Nación

Dr. Rubén Torres

Superintendente de Servicios de Salud

■ **Colaboradores:**

Dra. Mariela Rossen

Dr. Eduardo Filgueira Lima

■ **Editora**

Dra. Mariela Rossen

■ **Supervisión**

Dr. Roberto Armagno

■ **Diseño didáctico**

Lic. Claudia Lázaro

■ **Asesoramiento académico**

Dra. María Luisa Ageitos

Acad. Abrahaam Sonis

■ **Diseño Gráfico**

Pablo Fantini

■ **Imprenta**

Cristián Fèvre

