

---

**Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social**

**TESIS**

---

**Protección Social de Salud en un Municipio de la Provincia de  
Buenos Aires**

Maestrando: **Rolando Sosa**

Promoción: 2008

Director: Julio Siede

## Índice

|   |    |
|---|----|
| <u>INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN</u> .....   | 6  |
| <u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u> .....   | 9  |
| El Problema .....   | 9  |
| Las preguntas de investigación .....  | 9  |
| <u>OBJETIVOS</u> .....  | 13 |
| Objetivo General .....  | 13 |
| Objetivos Específicos .....   | 13 |
| <u>MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL</u> .....   | 14 |
| <u>EL DESARROLLO DEL DERECHO A LA SALUD</u> .....   | 14 |
| El derecho a la salud .....   | 14 |
| La integración del enfoque de derechos humanos en el ámbito de la salud .....   | 15 |
| La salud como bien jurídico y el derecho a la salud como derecho humano .....   | 17 |
| Evolución del concepto de salud.....  | 17 |
| Generalidades sobre la salud pública .....  | 18 |
| Rol del Estado en materia de salud.....   | 18 |
| Competencias de las autoridades sanitarias.....   | 20 |
| El recurso de amparo como instrumento para garantizar la tutela efectiva de los derechos humanos y la justicia constitucional ..... | 20 |
| Breve Referencia al Derecho a la Salud en Argentina.....  | 21 |
| <u>PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD (PSS)</u> .....   | 22 |
| El desafío social mundial .....   | 22 |
| La realización de los derechos humanos y de la justicia social.....   | 23 |
| Protección Social en el continente.....   | 24 |
| Exclusión .....   | 26 |
| Implicaciones de la exclusión.....  | 27 |
| Dimensiones de la exclusión .....   | 27 |
| La estructura de los sistemas y sus implicaciones en la exclusión.....  | 28 |
| Reformas en la salud y sus implicancias en la exclusión.....  | 30 |
| Desafíos de los sistemas convencionales.....  | 31 |
| Un instrumento eficaz para luchar contra la exclusión y la desigualdad.....   | 32 |
| <u>ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS)</u> .....  | 33 |
| Antecedentes históricos .....   | 33 |
| Definición .....  | 33 |

|   |           |
|---|-----------|
| Elementos Conceptuales de la Atención Primaria de la Salud .....                  | 36        |
| La Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) .....                        | 38        |
| Salud Para Todos en el Año 2000.....  | 39        |
| La renovación de la atención primaria de la salud en las Américas .....           | 43        |
| Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).....                                | 51        |
| <b>COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD .....</b>   | <b>63</b> |
| Definición .....  | 63        |
| Tres dimensiones de la cobertura.....   | 65        |
| ¿Cómo han logrado los países avanzar hacia la cobertura universal de salud? ..... | 67        |
| Implicaciones para alcanzar CUS.....  | 70        |
| Financiamiento y gasto en salud (los ingresos y los gastos de salud).....         | 71        |
| Riesgo Compartido.....  | 71        |
| Adquisición de servicios.....   | 72        |
| ¿Está el gasto de salud combinado mejorando la salud de la población?.....        | 74        |
| ¿Están los mecanismos de aseguramiento mejorando la salud de la población?.....   | 74        |
| Gastos de Salud y Envejecimiento .....  | 75        |
| <b><u>BREVE DESCRIPCIÓN DEL MUNICIPIO</u> .....</b>                               | <b>76</b> |
| La Jurisdicción .....   | 77        |
| Determinantes Sociales, Políticos y Económicos .....                              | 77        |
| Demografía, Mortalidad y Morbilidad en el Municipio Estudiado .....               | 79        |
| Salud de los Grupos Poblacionales .....   | 79        |
| Condiciones y Problemas de Salud .....  | 80        |
| Secretaría de Política Sanitaria y Desarrollo Humano .....                        | 81        |
| Alcances y Objetivos de la APS .....  | 82        |
| Contextos Donde se Realiza la Atención Primaria .....                             | 83        |
| Participantes en la APS .....   | 84        |
| El trabajo en equipo.....   | 84        |
| Equipo Básico .....   | 84        |
| Equipo de Soporte.....  | 85        |
| La Organización de la Oferta Básica de Servicios.....                             | 86        |
| El Sistema Municipal de Salud .....   | 86        |
| Niveles Administrativos .....   | 87        |
| Niveles de Atención .....   | 88        |
| Establecimientos Asistenciales .....  | 89        |

|  |     |
|--|-----|
| La APS y su Relación con el Segundo y Tercer Nivel de Salud..... | 90  |
| Relación entre Niveles del Sistema de Salud .....                | 90  |
| El Sistema de Referencia y Contrarreferencia .....               | 90  |
| Los Usuarios del Servicio de Salud .....                         | 90  |
| Medición de la Satisfacción de los Usuarios .....                | 91  |
| Gestión de la Atención Primaria .....                            | 92  |
| Sistema de Información en Salud .....                            | 93  |
| Evaluar el Funcionamiento .....                                  | 93  |
| Financiamiento y Costos .....                                    | 94  |
| El Financiamiento de los Servicios de Salud .....                | 94  |
| Costos.....  | 95  |
| Formación y Capacitación del Personal en la APS .....            | 95  |
| Residencias.....   | 96  |
| Formación y Convenios del CODEI .....                            | 96  |
| Intersectorialidad.....  | 97  |
| <u>MATERIAL Y MÉTODO</u> .....                                   | 98  |
| Ejes y Dimensiones.....  | 98  |
| Definición de Indicadores .....                                  | 102 |
| Atributos de un buen indicador .....                             | 102 |
| Valoración de la calidad de un indicador .....                   | 105 |
| <u>RESULTADOS</u> .....  | 106 |
| <u>ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS</u> .....              | 108 |
| Modelo de Atención .....   | 109 |
| Recursos Humanos.....  | 114 |
| Infraestructura .....  | 118 |
| Calidad .....  | 119 |
| Financiamiento Interno.....                                      | 121 |
| Gasto de Bolsillo.....   | 124 |
| Mancomunamiento .....  | 125 |
| Gobernanza.....  | 128 |
| <u>CONCLUSIONES</u> .....  | 130 |
| <u>RECOMENDACIONES</u> .....                                     | 135 |
| <u>BIBLIOGRAFÍA</u> .....  | 136 |
| <u>ANEXOS</u> .....  | 140 |

|  |     |
|--|-----|
| Anexo I. Organigrama Completo de la Secretaría de Salud y Desarrollo Humano..... | 140 |
| Áreas de las Secretarías .....   | 140 |
| Anexo II. Programas a los que el Municipio se Encuentra Adherido.....            | 141 |
| ANEXO III. Determinación del valor de calidad de los indicadores.....            | 142 |
| Modelo de Atención .....   | 142 |
| Recursos Humanos.....  | 145 |
| Infraestructura y Recursos Materiales.....                                       | 145 |
| Calidad.....   | 145 |
| Financiamiento Interno.....  | 147 |
| Gasto de Bolsillo y Mancomunamiento.....   | 147 |
| Gobernanza.....  | 148 |
| Anexo IV. Metodológico.....  | 149 |
| B. Servicios/ Calidad .....  | 149 |
| C. Protección Financiera .....   | 157 |
| D. Gobernanza .....  | 158 |

## INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

En muchos discursos políticos se habla de la “salud” como uno de los aspectos prioritarios de la gestión de gobierno, pero después en los hechos, se demuestra que tal vez esa situación no es tal.

Lo llamativo, es que dicho tema está considerado como un “derecho humano universal”, pero paradójicamente, se encuentra escasamente explicitado en los diversos marcos jurídicos jurisdiccionales, generando enormes vacíos legales.

Si bien se ha declarado directa o indirectamente en la Constitución Nacional y en otras normas básicas del país que el “derecho a la salud” se aplica a todos los habitantes, no se encuentra debidamente definido en cada una de sus dimensiones; y a consecuencia de ello, las garantías que se establecen son un tanto aleatorias y con un alto contenido de interpretación personal según las autoridades de turno. A consecuencia de ello, sus deficiencias se ven expresadas en las diferentes modalidades de exclusión de protección social en salud, generando un problema que involucra a una importante proporción de la población.

La exclusión se ve afectada también por el nivel de segmentación del sistema de salud de la sociedad, existiendo los subsistemas público, privado y de seguridad social. La coexistencia de distintos subsistemas, combinada con la falta de regulación por las autoridades sanitarias, ha ocasionado altos niveles de exclusión y una alta ineficiencia en el uso de los recursos del sector.

El concepto de protección social en salud (PSS) ha variado en el tiempo, pero en la acepción más moderna, consiste en conseguir que la población tenga acceso a la protección y al cuidado de su salud, a través de la asignación para ese fin de elementos desde distintos orígenes. La provisión de los servicios, e incluso la gestión de los recursos mismos, puede ser una responsabilidad individual, una responsabilidad social o, lo que es más frecuente, una responsabilidad compartida. La PSS pasa a ser entonces la garantía que los poderes públicos otorgan, para que un individuo o grupo de individuos puedan obtener servicios de salud de una manera adecuada, a través de alguno o algunos de los subsistemas de salud existentes en el país.

En la actualidad, las inequidades en salud son fruto de la estratificación social y de desigualdades políticas, que caen fuera del radio de acción del sistema de salud. Los ingresos y la posición social tienen su peso, al igual que el barrio donde se vive, las condiciones de empleo y factores tales como el comportamiento personal, la raza y el nivel de estrés que soportan las personas.

Las inequidades en salud también hunden sus raíces en la forma en que los sistemas de salud excluyen a las personas, evidenciadas en la disponibilidad, el acceso y la calidad de la atención, y el lastre que suponen los pagos, e incluso en la forma en que se lleva a cabo la práctica clínica.

Gran parte de los servicios de salud sufren de una inequidad sistemática, consistente en suministrar más servicios y de mayor calidad a las personas acomodadas, en contraste con la población pobre que está más necesitada de ellos y que reciben menos.

Actualmente, se reconoce que hay poblaciones rezagadas y que se están desaprovechando oportunidades que recuerdan al cambio de paradigma de Alma-Ata en la forma de concebir la salud. En dicha oportunidad, se favoreció afrontar la situación «política, social y económicamente inaceptable» de desigualdad sanitaria en todos los países; quedando claros los valores defendidos de justicia social y derecho a una mejor salud para todos, participación y solidaridad.

Si bien la equidad constituye una de las características más destacadas de la APS, también es una de las esferas en las que los resultados han sido más desiguales, y donde las reformas más eficaces producen tal vez los mayores beneficios. La profunda desigualdad de oportunidades para acceder a la atención de salud, los pagos directos de los usuarios, sumada a las desigualdades en la calidad de la prestación de la asistencia, da pie a inequidades generalizadas en los resultados sanitarios. La creciente toma de conciencia de estas pautas regresivas, está provocando una intolerancia cada vez mayor hacia todo el espectro de diferencias innecesarias, evitables e injustas que presenta el sector de la salud.

A medida que se modernizan las sociedades, las personas exigen más a sus sistemas de salud, tanto para ellas como para sus familias, y para la población en la que viven. Por lo tanto, la población es cada vez más partidaria de que mejore la equidad sanitaria y desaparezca la exclusión; que los servicios de salud se centren en las necesidades y las expectativas de la gente; que haya seguridad sanitaria en las comunidades en que viven, y opinar sobre las cuestiones que afectan la salud.

Esas expectativas, explican la actual exigencia a que los sistemas de salud se ajusten más a esos valores, otorgando un renovado apoyo social y político al vigente movimiento en pro de la APS. Desde ésta situación, debe garantizarse lograr la equidad sanitaria, la justicia social y el fin de la exclusión, dando prioridad sobre todo al acceso universal y la protección social en salud.

Una condición indispensable para que los sistemas de salud puedan reducir las inequidades que presentan, es garantizar a todos el acceso a los servicios, esto es, colmar la brecha en la oferta de los mismos.

El paso fundamental que se puede dar para promover la equidad sanitaria, es avanzar hacia la cobertura universal; el acceso universal a toda la gama de servicios de salud personal y no personal que se necesitan, unido a la protección social en salud. Esas disposiciones se deben complementar con otra serie de medidas dinámicas para llegar a los grupos desatendidos, que son aquellos en los que los servicios y la protección social, apenas ayudan a contrarrestar las consecuencias sanitarias de la estratificación social.

Si bien es básica para garantizar la equidad sanitaria, la cobertura universal rara vez ha suscitado un fácil consenso social, constituyéndose en sí misma en un logro político que contribuye a la modernización de la sociedad.

En definitiva, la cobertura universal en salud (CUS) viene a jerarquizar algunos de los aspectos de la APS, no significando ninguna modificación o diferencia estructural, simplemente que desde ella se asumen algunas dimensiones específicas desde donde pensar y actuar en salud.

En este trabajo se revisan, en primer lugar, las dimensiones de la exclusión y las particulares de los principales afectados. Luego, se analizan las estructuras del sistema de salud y sus características e implicaciones para la exclusión.

El objetivo del presente trabajo es analizar la Protección Social en Salud (PSS) desde la perspectiva de la Cobertura Universal en Salud (CUS) en un distrito definido.

Para ello se realizó primariamente una compilación y revisión bibliográfica, permitiendo constatar los niveles de explicitación de “la salud como derecho” en el marco jurídico, para luego, relacionar “la garantía” de dicho derecho con los diferentes alcances de la PSS.

Como estrategia para lograr dicha protección, se considera la Atención Primaria de la Salud (APS), describiendo sus características principales, pero mencionando los diferentes cambios y desafíos desde sus orígenes hasta la actualidad.

Es desde éstas últimas tendencias y desafíos que se introduce la CUS, tomando a ella como referencia para el desarrollando de una metodología de análisis propia, siendo necesario para ello definir dimensiones y ejes temáticos, a partir de los cuales confeccionar indicadores.

Para la introducción de los mismos, se tuvieron en cuenta los aspectos que son considerados relevantes de valorar, determinando la trascendencia intrínseca de cada uno de ellos en el sistema; como también se incluyeron otros, según la trascendencia que genera su falta o ausencia.

Luego, se aplicaron de dichas variables a una experiencia de gestión de cuidados de salud definida durante un determinado tiempo, resultando fundamental determinar para el contexto del análisis, considerando una muestra de una región determinada y en un período de tiempo definido. En éste caso se examinó el Sistema de Salud Público de un municipio de la Provincia de Buenos Aires, para evaluar el alcance de la cobertura de servicios según el concepto de CUS, tomando como unidad de análisis para ello, el sistema de APS en los Centros de Atención Familiar y Social (CAFyS) durante el año 2012-2013.

Una vez obtenidos los resultados del estudio, se introdujeron diferentes interpretaciones analíticas en las discusiones, para llegar al paso final, con algunas conclusiones o recomendaciones producto de algún tipo de inferencia deducida.



## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **El Problema**

La salud representa para la sociedad uno de los problemas de mayor trascendencia a atender, posicionando al mismo como uno de los tópicos más relevantes en el seno de la comunidad. Pero generalmente cuando se pierde la misma, es decir en caso de enfermedad, desafía al individuo en particular y a la sociedad en su conjunto a desarrollar mecanismos para aliviar dicha situación. Es desde este escenario, que los diferentes gobiernos nacionales establecen algún tipo de garantía institucional; en ese sentido la constitución Argentina establece el derecho a la salud para todos los sus habitantes.

Ahora bien, cuando se producen grietas en el sistema sanitario, el ciudadano mayoritariamente acude a sus autoridades locales para las respuestas que reclama, transformándose este distrito en el responsable primario, y en algunas veces final, de gran parte de las soluciones.

Es por todo ello que, si se pretende analizar la protección de salud como tal hay que tener una mirada general nacional, a la vez, resulta de gran utilidad hacer foco en los sistemas de salud a nivel local, y particularmente en los efectores del primer nivel de atención, mayoritariamente municipales.

### **Las preguntas de investigación**

Es imposible pensar en un firme ejercicio del derecho a la salud, sin que se establezcan medidas que generan las respuestas apropiadas y que lleguen a toda la población; teniendo para ello que eliminar o desplazar cualquier tipo de barrera de accesibilidad.

La manera mas efectiva que en la actualidad se conoce para generar salud es a partir de la atención primaria de salud (APS), pero la realidad nos muestra que pese a que se la vivencia como una realidad, y por que no al mismo tiempo como un objetivo, no siempre llega a ser suficiente para alcanzar los objetivos planteados, surgidos ellos en muchos casos por un impedimento de tipo económico.

Es importante resaltar que, la población más beneficiada por la estrategia de APS es la mas vulnerable socialmente, y que mayoritariamente coincide con mayor marginalidad y carencias económicas. Entonces se puede inferir, que si existe un grupo poblacional en el que hay que trabajar para generar una cobertura universal de salud es el anteriormente descripto, eliminando cualquier tipo de impedimento para el acceso en salud, pero al mismo tiempo garantizando que van a recibir servicios de calidad que satisfagan sus demandas y necesidades.

Desde esta línea argumental se pueden plantear algunas preguntas esenciales, las cuales nos aproximan una noción hacia donde dirigir las estrategias de atención:

- Toda persona que necesita de cuidado de salud, la recibe?

Una vez que se define que es el todo, cuando se analiza la cobertura de los habitantes, hay que tener en consideración las características poblacionales con las diferentes subdivisiones que se establecen en el seno de la comunidad, pues, el objetivo final es que llegue a la población deseada sin distinción o impedimento de ninguna clase.

No surgiendo para ello diferencia alguna desde el: nivel educativo, nivel económico, ubicación geográfica (sin distinción de barrios, o si vive en alguna isla o el continente), disponibilidad de medios de transporte, conformación familiar (mujeres con muchos hijos), situación conyugal, condiciones laborales, edad, discapacidad, sexo, planes focalizados sanitarios y sociales, colegio donde asiste, participación en actividades comunitarias, identidad política, vínculos con el poder político, motivo de consulta, patología previa (crónicas, infectocontagiosas, neuropsiquiátricas, etc.), rehabilitación, cuidados paliativos, condiciones habitacionales, NBI.

- Frente a un requerimiento de servicios de salud, recibe lo que necesita?

Posiblemente el término general que engloba las sub preguntas, es el de Calidad de la prestación. El interrogante primero de este punto, posiciona la mirada en el análisis de la oferta del sistema, teniendo para ello indefectiblemente que definir una misión, visión, objetivos estratégicos y plan de acción.

Al introducir ésta pregunta, lo inicial que debe responderse es si existe un conjunto de prestaciones del sistema de salud municipal; para continuar con posterioridad por saber si están definidos los servicios que se prestan en cada efector (cartera de servicios).

En función de esto, si el modelo asistencial es hospitalocéntrico o descentralizado, basado en APS, servicios de guardia o consultorio externo, urgencia o demanda espontánea, traslado de ambulancias, los centros periféricos son de cantidad apropiada, los horarios de atención, actividades extramuros, talleres intramuros, participación de otros actores sociales en los efectores sanitarios, si se producen los mecanismos de referencia y contrarreferencia.

El recurso humano (RRHH) apropiado en cantidad como calidad: definición de equipos básicos de salud, cantidad total de profesionales, cantidad de médicos

generales/familia, faltas del personal, cumplimiento de horarios, especialidades apropiadas, administrativos, los insumos y medicamentos, la aparatología, sistemas de comunicación (presencia de teléfonos, computadoras, radios, GPS) y la integración de los mismos, infraestructura apropiada (cantidad de efectores, condiciones edilicias, servicios básicos, vacunatorio, farmacia con entrega de medicamentos, señalética, ubicación geográfica), comité de docencia e investigación, la concreción de ateneos médicos y revistas de sala, generación de algoritmos y protocolos, cuadro de mando integral, generación de estadísticas y cifras fiables, sistema de gestión de turnos, gestión de pacientes, duración de la consulta, legislación local pertinente.

- Se encuentran los beneficiarios del sistema mayormente expuestos a alguna restricción al acceso por causas económicas?

Para que un sistema de salud pueda modificar las condiciones sanitarias de una población, indefectiblemente debe demostrar que es sustentable a lo largo del tiempo, teniendo para ellos que presentar alguna coherencia económica. Es desde esta perspectiva que se plantean tal vez algunas de las mayores preocupaciones, pues, se pueden diseñar las mejores estrategias desde los diferentes efectores sanitarios sobre la base de una correcta identificación de la población blanco, pero, si finalmente la interacción entre el efector y las personas no se concreta, o se da de una manera inapropiada, el resultado final no va a ser el esperado.

Para comprender mejor éste problema hay que identificar básicamente tres componentes: por un lado el financiador, por otro, el usuario; y entre ambos el efector sanitario. Desde las características de ambos, como también desde su interacción, pueden surgir diferentes brechas o desacoples en las cuales puede quedar expuesto el beneficiario a tener que pagar el acto médico desde su bolsillo; o peor aún, quedar sin recibir la asistencia o práctica de salud.

Por el lado de los beneficiarios no deberían existir diferencias según su poder de aporte y estado económico; entre dichas situaciones se pueden enumerar: si tiene trabajo, si es formal, informal, desempleado, está bajo la línea de pobreza o indigencia, tiene financiador o no.

Por el lado del financiador: si es público o privado, depende de la seguridad social o prepago, efectores propios o contratados, presupuesto suficiente, planificación y ejecución.

En los efectores sanitarios: presencia de servicios en el seno de la comunidad, generación de la facturación apropiada, tiempo de cobro razonable, montos de

cobro por las actividades que mantenga una coherencia lógica entre las leyes de mercado y la viabilidad económica, cantidad de débitos, presencia de personal idóneo para actividades administrativas contables, estadísticas epidemiológicas, normativas nacionales regulatoria.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

- Evaluar el grado de alcance de la protección social en salud en un municipio de la provincia de Buenos Aires.

### **Objetivos Específicos**

- Evaluar la cobertura poblacional alcanzada en términos de acceso efectivo.
- Evaluar los servicios que el sistema brinda, su modelo de garantías y calidad.
- Evaluar el nivel de protección financiera en salud para la población.
- Evaluar la fortaleza de la gobernanza y rectoría del sector salud en el municipio.

## MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

### EL DESARROLLO DEL DERECHO A LA SALUD

#### El derecho a la salud

*“El mundo necesita un guardián de la salud mundial, un custodio de valores, un protector y defensor de la salud, incluido el derecho a la salud”.*

*- Dra. Margaret Chan, Directora General de la OMS (1)*

En cuanto al fundamento legal del derecho a la salud, es posible afirmar que este tiene su génesis a partir de la constitución de la OMS en 1946. Posteriormente, el mismo fue reiterado en la declaración de Alma-Ata de 1978 y, en la Declaración Mundial de la Salud adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en el año 1998. Además es reconocido en múltiples instrumentos internacionales, entre los cuales destaca, lo regulado en los artículos 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos. (2)

De manera particular debe hacerse referencia también, al contenido de la observación # 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, la cual constituye una observación general sobre el derecho a la salud, cuyo comprensión resulta de particular interés para los objetivos de este estudio. Se trata, de la principal interpretación hecha en cuanto al derecho a la protección de la salud por parte del organismo internacional de mayor jerarquía; como lo es la ONU, por medio de su Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2)

Para Mary Robinson, Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, “el derecho a la salud no significa derecho a gozar de buena salud, ni tampoco que los gobiernos de países pobres tengan que, establecer servicios de salud costosos para quienes no disponen de recursos. Significa, que los gobiernos y las autoridades públicas han de establecer políticas y planes de acción, destinados a que todas las personas tengan acceso a la atención de salud en el plazo más breve posible. (2)

La salud entonces, es considerada un bien jurídico derivado de la vida humana y de la propia dignidad de la persona, el cual, debe ser protegido por el Estado y estar debidamente garantizado en todo ordenamiento jurídico. (2)

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. (1)

El derecho a la salud impone a los Estados Partes, tres tipos de obligaciones a saber:

- Respetar. Exige abstenerse de afectar el disfrute del derecho a la salud.
- Proteger. Requiere adoptar medidas para impedir que terceros (actores que no sean el Estado) interfieran en el disfrute del derecho a la salud.

- Cumplir. Requiere adoptar medidas positivas para dar plena efectividad al derecho a la salud. (2)

El derecho a la salud es un derecho inclusivo, frecuentemente asociado con el acceso a la atención sanitaria y a hospitales, que si bien es cierto, es algo más que eso; alcanzando a un amplio conjunto de factores que pueden contribuir a una vida sana.(3)

Según la observación general mencionada, el derecho a la salud también comprende «obligaciones básicas», referentes al nivel mínimo esencial del derecho. Aunque ese nivel no se puede determinar en abstracto, pues es una tarea que corresponde a los países, la enumeración de las siguientes obligaciones básicas puede guiar en el proceso de establecimiento de prioridades:

- servicios esenciales de atención primaria de la salud;
- alimentación esencial mínima que sea nutritiva;
- saneamiento, agua potable;
- medicamentos esenciales. (1) (3)

Se podría agregar a las anteriores, la de adopción y aplicación de una estrategia y un plan de acción nacional de salud pública, que tenga en cuenta las preocupaciones de toda la población. Esa estrategia y ese plan, debería elaborarse y examinarse periódicamente a través de un proceso participativo y transparente; debiendo incluir indicadores y bases de referencia que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados, prestando especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados. (1)

Pero también el derecho a la salud comprende algunas libertades, como el derecho a no ser sometido a tratamiento médico sin el propio consentimiento. (3)

Entonces, ¿cómo se aplica el principio de no discriminación con el derecho a la salud?

La discriminación es cualquier distinción, exclusión o restricción, hecha por diversas causas, que tiene el efecto o el propósito de dificultar o impedir el reconocimiento, disfrute o ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales existentes en una sociedad; a su vez, esa situación hace a esos grupos más vulnerables a la pobreza y a la mala salud. (3)

Algunos grupos o personas (por ejemplo los niños, las mujeres, las personas con discapacidad o las personas que viven con el VIH/SIDA), afrontan obstáculos especiales con relación al derecho a la salud; pudiendo ser la consecuencia de factores biológicos o socioeconómicos de discriminación y estigma social o, por lo general, de una combinación de ambos. Los Estados, deben adoptar medidas positivas para que personas y grupos determinados no sean discriminados. (3)

## La integración del enfoque de derechos humanos en el ámbito de la salud

El término “derechos humanos” es sin lugar a dudas uno de los más utilizados actualmente, no sólo dentro de la cultura jurídica y política, sino también en otros ámbitos del saber, la ciudadanía en general, situación que a la vez suscita determinados sentimientos entre sus destinatarios, convirtiéndola en una expresión emotiva; y respecto de la cual surge en no pocas ocasiones, la tentación de su manipulación según los intereses en juego. Por tal razón, resulta de vital importancia tener claridad respecto del concepto de Derechos Humanos, así como de su fundamentación y los diferentes aspectos que convergen en la denominada “cultura de los Derechos Humanos”. (2)

De forma reiterada, se ha afirmado que los Derechos Humanos son derechos inherentes a la persona, que corresponden a todo habitante de la tierra, es decir que, todas las personas son titulares de Derechos Humanos y, que su existencia no depende del reconocimiento por parte del Estado. Para algunos, los Derechos Humanos tienen una connotación más de índole axiológica que jurídica, dado que están referidos a toda exigencia relacionada con necesidades propias de la vida humana, y que por diferentes circunstancias, no han sido añadidos a diversos ordenamientos jurídicos de forma positiva. (2)

Sin embargo, tal situación no impide que los mismos gocen de especial protección jurídica, dado que se han ido incorporando a diferentes sistemas normativos, gracias al reconocimiento que ha obtenido el Derecho Internacional de los Derechos Humanos después del fin de la segunda guerra mundial. (2)

Por lo tanto, se puede afirmar que los derechos humanos son garantías jurídicas universales, que protegen a individuos y grupos contra acciones que, interfieran en sus libertades fundamentales y en la dignidad humana. (4)

En la actualidad, se considera que los Derechos Humanos tienen características bien definidas a saber, son derechos innatos y congénitos (todos los seres humanos nacen con ellos), son derechos universales (se extienden a todo el género humano en todo tiempo y lugar), son derechos absolutos (su respeto se puede reclamar indeterminadamente a cualquier persona o autoridad), son derechos necesarios (su existencia deriva de la propia naturaleza del ser humano), son derechos inalienables (pertenecen en forma indisoluble a la esencia misma del ser humano), son derechos inviolables (ninguna persona o autoridad puede actuar legítimamente en contra de ellos, salvo las justas limitaciones que pueden imponerse a su ejercicio, de acuerdo con las exigencias del bien común de la sociedad), son derechos imprescriptibles (forman un conjunto inseparable de derechos). (2) (4)

En cuanto a las relaciones entre salud y Derechos Humanos, se ha indicado que estos mantienen vínculos complejos, ya que la violación o desatención de los derechos humanos puede implicar graves daños a la salud de una persona; además, según la manera en que las políticas y los programas sanitarios sean formulados, pueden promover dichas potestades; o muy por el contrario, violarlas. (2)

El denominado “enfoque de la salud basado en los Derechos Humanos”, implica utilizar los mismos como marco para el desarrollo sanitario, evaluando las consecuencias que tiene cualquier política programa o legislación sanitaria sobre ellos, y adoptando medidas efectivas al respecto. (2)



Para ello, en todo momento debe respetarse la dignidad humana, brindando atención a los grupos identificados como más vulnerables, garantizando el acceso a tales grupos, adoptando una perspectiva de género; confrontando las consecuencias sobre los Derechos Humanos de cualquier ley, política o programa sanitario con los objetivos de la salud pública, procurando encontrar un equilibrio entre la práctica de la salud pública y la teoría de los Derechos Humanos. Un punto de tal naturaleza no es fácil de encontrar, pero para los salubristas es una obligación hacerlo posible, siendo un mecanismo de gran utilidad el principio de equidad. (2)

De lo anterior queda claro que, si bien es cierto, el enfoque de Derechos Humanos está dirigido al ámbito individual y que el concepto de salud pública está más bien referido al ámbito colectivo, es posible conciliar ambas posiciones por medio de la equidad que necesariamente debe darse en la prestación de servicios de salud, de forma tal que, en la formulación de políticas de salud se garantice el respeto de los Derechos Humanos de la persona, procurando el acceso equitativo a los servicios que se requieren, lo cual obliga a priorizar las necesidades existentes. (2)

Por ello, toda política estatal dirigida a garantizar la salud de la población, debe tener como marco conceptual las normas internacionales de Derechos Humanos, lo cual no solo legitima aún más el sistema sino, que a la vez, permite analizar las desigualdades y las prácticas discriminatorias que atentan contra la propia integridad de la persona, retomando así la concepción según la cual el ser humano debe ser el centro de la organización. (2)

### **La salud como bien jurídico y el derecho a la salud como derecho humano**

La salud es mucho más que una mera consideración médica, pues, no sólo implica la ausencia de enfermedad; sino también, se refiere a la capacidad de desarrollarse como ser humano, utilizando el máximo de las potencialidades según la época y el contexto en el que se desenvuelva la persona. Bajo tales presupuestos, resulta fácil comprender las razones por las cuales la salud es considerada un bien jurídico, derivado de la vida humana y de la propia dignidad de la persona, el cual debiera estar expresamente garantizado en todo Ordenamiento Legal. (2)

### **Evolución del concepto de salud**

En este punto, es necesario recordar algunos aspectos importantes en el desarrollo histórico que ha tenido el concepto de salud, siendo que en sus inicios se le daba una concepción negativa, referida fundamentalmente a la ausencia de enfermedad. Es, a partir del modelo de orden curativo, que se organizan los servicios de salud, dedicando todos los recursos disponibles a curar las diversas enfermedades conocidas en ese momento. (2)

El cambio de paradigma se dio a partir de 1940, cuando se comprendió que la salud podía tener también una concepción positiva, comenzando a evidenciarse la existencia de otros factores, que determinan las condiciones de salud de una persona y la población. (2)

En esa época, la OMS definió salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. No obstante, con los años dicha definición ha recibido los más diversos cuestionamientos. (2)

### **Generalidades sobre la salud pública**

Se entiende por salud pública, “todas las actividades que se realizan a favor de la salud colectiva o de las poblaciones, con la participación de toda la sociedad y no sólo las actividades que realiza el Sector Salud como parte del Estado”. (2)

Para la Organización Mundial de la Salud, la salud pública es la “ciencia y arte de impedir la enfermedad, prolongar la vida, y fomentar la salud y eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad, para que el individuo en particular y la comunidad en general se encuentren en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y longevidad”. (2)

De manera general, la salud pública puede entenderse como, la ciencia que se ocupa del mejoramiento de la salud de la población. Constituye una ciencia y a la vez un arte, que se ocupa de brindar insumos necesarios para hacer efectiva la protección de la salud de la población. (2)

Una visión más integral del concepto de salud pública, según el cual, el adjetivo "pública" no significa un conjunto de servicios en particular, ni una forma de propiedad, ni un tipo de problemas; sino, un nivel de análisis determinado, a saber por el nivel poblacional. Así, a diferencia de la medicina clínica que se ocupa del nivel individual, la esencia de la salud pública consiste, en que esta adopta una perspectiva basada en grupos de gente o poblaciones. (2)

Aunado a lo anterior, es necesario recalcar que esta rama del saber se revitaliza a través del enfoque multidisciplinario que paulatinamente, se ha ido desarrollando alrededor de su objeto de estudio. (2)

### **Rol del Estado en materia de salud**

En línea general, en muchos países a nivel estatal, se ha reconocido que el centro de las políticas públicas debe estar dispuesto a favor de personas concretas, antes que de grupos sociales, de manera que se invierta en la construcción de capacidades humanas que propicien su pleno uso, permitiendo el empoderamiento de las personas y de las comunidades para decidir su destino. (2)

A partir de esas reflexiones, se podría definir el desarrollo social como “el proceso mediante el cual se procura alcanzar una sociedad más igualitaria, participativa e inclusiva, que garantice una reducción de la brecha que existe en los niveles de bienestar de los diversos grupos sociales y áreas geográficas; para lograr una integración de toda la población a la vida económica, social, política y cultural del país, en un marco de respeto y promoción de los derechos humanos”. (2)

Ello, parte de una concepción donde el papel del Estado es fundamental para garantizar mecanismos de redistribución del ingreso, permitiendo canalizar los recursos disponibles

hacia los sectores, áreas y grupos sociales, que tienen un acceso más limitado a los frutos del desarrollo. Por tal motivo, se ha reconocido que, a partir del principio de solidaridad, el Estado está llamado a impulsar políticas y programas que promuevan la igualdad de oportunidades para todos los grupos poblacionales, basado en la premisa que todas las personas tienen derecho al desarrollo humano integral. (2)

Bajo este contexto, surge la figura del Estado como la forma de organización desarrollada para conciliar intereses y satisfacer necesidades que requiere la población, que mediante el uso legítimo del poder, tiene la facultad de dictar normativas que regulan la actividad de las personas, a efectos de garantizar al sujeto el disfrute y goce pleno de los derechos que le son inherentes a su personalidad. Bajo tales circunstancias, resulta fácil comprender las razones por las cuales la salud es considerada un bien jurídico, derivado de la vida humana y de la propia dignidad de las personas, el cual debe ser protegido por el Estado y estar debidamente garantizado en todo Ordenamiento Jurídico. (2)

La salud, es un derecho fundamental inherente al ser humano que debe ser tutelado, e implica el deber del Estado de garantizar el acceso equitativo a las acciones de promoción, prevención y curación de la salud; así, como la obligación de garantizar el acceso continuo e ininterrumpido a los servicios de salud que requiere la población, y que estos a la vez, se brinden de forma eficiente y efectiva. (2)

En orden con lo anterior, se reconoce que la protección de la salud de la población constituye una función esencial del Estado, debiendo ser este no sólo regulador, sino también mediador. Concretando finalmente un grado de participación en materia de salud, que dependerá básicamente del modelo de gobierno que tiene un determinado país, como así también, de su propia organización estatal. (2)

En relación con el aspecto meramente normativo, debe tomarse en consideración que, en la medida en que se regulen diferentes actividades que de una u otra manera puedan afectar la salud de las personas, mejores serán los mecanismos de protección desarrollados para custodiar dicho bien, lo cual implicará, lograr un equilibrio entre los intereses de cada sector que integra la sociedad; debiendo el Estado asumir, esa difícil tarea. (2)

Así, como bien señala Mónica Bolis, la legislación constituye el mecanismo por medio del cual el Estado, en busca del bien común, sienta las bases para el equilibrio entre intereses competitivos de la sociedad. En el marco de la salud, esta función adquiere una importancia especial, en razón del carácter de bien común de la materia a regular, y en la necesidad de crear mecanismos que, siendo capaces de garantizarla en condiciones de igualdad, contemplen el reconocer de las diferencias situacionales en la que se encuentran los individuos para alcanzarla, permitiendo actuar consecuentemente. La contribución de la legislación a la equidad no depende de un factor único, sino, que debe revisarse en el contexto. (2)

En el sector salud, el papel que compete al Estado consiste básicamente en “la formulación de políticas y programas, la definición de marcos regulatorios y de financiamiento, y, en el establecimiento y manejo de espacios y relaciones entre los diversos actores que

intervienen en la provisión de servicios de salud; exigiendo todo ello una renovación, tanto institucional como gerencial, de las políticas de salud". (2)

Esto sin lugar a dudas, constituye un gran reto para la salud pública como ciencia, y para el Estado como principal actor institucional; aunque diversos determinantes sociales, económicos y políticos expliquen la intervención del Estado en el campo de la salud, su actividad más significativa, está orientada hacia la promulgación de normas. Permitiendo concretar a partir de ella, acciones que atiendan las necesidades que en materia de salud tiene la población; siendo la organización de un sistema de salud equitativo, la clave para lograr una respuesta efectiva a tales necesidades. Para ello, se requiere también su participación en el financiamiento, a efectos de garantizar la sostenibilidad de sistema de salud, y la prestación efectiva de servicios. (2)

### **Competencias de las autoridades sanitarias**

Una de las principales funciones del Estado, se relaciona con la protección de la salud de la población, por tal motivo, este tiene la obligación de adoptar las medidas necesarias para cumplir con dicho cometido. Todo lo anterior implica que, el Ministerio de Salud como ente rector del sector salud, debe asumir un rol protagónico en cuanto a la conducción de las políticas de salud que requiere el país, tendientes no sólo a definir prioridades, sino acciones estratégicas, además de proveer los recursos para lograr el impacto requerido. (2)

Lo así dispuesto permite comprender que, la atención de las necesidades en salud deben ser resueltas con una connotación especial, ya que en última instancia de lo que se trata, es de proteger un derecho humano; para lo cual, resulta fundamental la consecución del mismo, de conformidad además, con el principio de equidad, de manera tal que, la distribución de los recursos se efectúe de acuerdo con las prioridades que en materia de salud existen. (2)

Satisfaciendo en primer lugar bajo este fundamento, las necesidades más apremiantes que favorezcan a los sectores más desprotegidos; y una vez satisfechas estas, atender los demás requerimientos de otros grupos de la población, aspecto que resulta clave para la toma de decisiones por parte de las autoridades competentes. (2)

### **El recurso de amparo como instrumento para garantizar la tutela efectiva de los derechos humanos y la justicia constitucional**

Para los propósitos de la presente investigación, interesa el recurso de amparo como la principal medida procesal que a nivel judicial, es utilizada por los ciudadanos para garantizar su derecho a la salud; toda vez que este cumple una doble función: en favor del ciudadano, en cuanto a la protección de sus garantías fundamentales, y en favor de la propia constitución, al garantizar la inviolabilidad de sus propios mandatos. (2)

Es decir, que cuando se trata del derecho a la salud, como sucede con todo derecho reconocido en el ordenamiento jurídico, existe una especial consideración que se debe tener, el binomio derecho - obligación. Al respecto, sin una garantía que permita exigir el goce del derecho a la salud, este carece de contenido, y en razón de ello, el recurso de amparo se constituye en un instrumento procesal que permite a toda persona, a nivel

judicial exigir a las autoridades sanitarias, el cumplimiento de las obligaciones que le corresponden para lograr materializar este derecho. (2)

El efecto más importante que se obtiene mediante la resolución que resuelve el amparo, es la restitución o protección efectiva del derecho lesionado, permitiendo (cuando sea posible) volver las cosas a la situación en la cual se encontraban antes del intento de lesión, o lesión como tal, del derecho. (2)

### **Breve Referencia al Derecho a la Salud en Argentina**

El derecho a la salud tiene en Argentina estatuto constitucional desde la reforma de 1994. En el artículo 75 inc. 22 se han incorporado once pactos y convenciones internacionales, entre las cuales se halla la Declaración Universal de los Derechos del Hombre de la Organización de Naciones Unidas de 1948.

Sin embargo si bien este es un logro en términos de derechos ciudadanos, el antecedente normativo en Argentina se remonta a la Constitución Nacional de 1949, durante la presidencia del Gral. Juan Domingo Perón. Durante su mandato se creó el Ministerio de Salud y el primer Ministro de Salud de la Nación fue el honorable Dr. Ramón Carrillo.

No es casual que la preocupación en la salud de las familias argentinas, de la mujer y del hombre que trabaja, de la niñez y de la ancianidad, de la mujer embarazada, entre otras, encuentre expresión constitucional a solo un año de la Declaración Universal de los Derechos Humanos del 10 de diciembre de 1948. Solo un año después, la Argentina le daba rango constitucional a muchos de los derechos humanos declamados en el documento de Naciones Unidas de entonces. Hoy, tiene rango constitucional desde la última reforma de la Carta Magna, según se reseñara oportunamente. (5)

Al marco normativo nacional descripto, se le suma que la Argentina ha suscripto recientemente a la Declaración del Milenio, que la compromete a cumplir con los objetivos del milenio, en plena concordancia con lo que declara la Constitución Nacional. (5)

Entonces, el derecho a la salud en Argentina conlleva la consideración del marco jurídico internacional y nacional que lo sustenta a través del artículo 75 inciso 22, que ratifica Tratados, Pactos y Convenciones pertinentes. Ostentando la jerarquía de ser un derecho universal; y, en tanto también derecho humano se centra en la dignidad de las personas, teniendo carácter vinculante para el Estado, encontrándose interrelacionado a la vez con otros derechos; teniendo como punto de partida, su carácter de derecho universal.

Es importante resaltar la trascendencia de éste último artículo de la Constitución, que vela plenamente por el derecho a la salud, otorgando una nueva dimensión al acotado texto de la misma. Este artículo, incluye aspectos de defensa del consumo en relación a la atención de la salud, respondiendo a un fuerte rasgo de la realidad de la atención médica (de Obras Sociales que derivan al sector privado y de la medicina prepaga) que, en tanto ciudadanos usuarios de servicios, la Constitución protege.

Pero a la vez, muestra y admite desde ese lugar que se es consumidor de prácticas médicas, de medicamentos, etc.; en donde el Estado, debe tener una fuerte presencia en defensa de los intereses generales. Asumiendo de ésta manera, la rectoría nacional de control de estos servicios y prácticas; que encuadrados en la lógica de la oferta y la demanda, no deben menoscabar en nada el derecho a la salud de todo ciudadano y residente del país.

Ahora bien, todo este juego de interacciones legales genera en algunos casos sin embargo, lagunas jurídicas que deben ser solucionadas por medio de las apelaciones judiciales, desde diferentes demandas o amparos.

Para garantizar el derecho a la salud, se requieren acciones positivas por parte del Estado, tanto a nivel de promoción, prevención y curación; pero también, debe existir un compromiso de cada persona y de la sociedad en general, por cuidar su estado de salud. Ello debido a que, como bien se sabe, existe una serie de factores que actúan directa e indirectamente sobre la salud de los individuos; se trata entonces de determinantes biológicos, sociales, medioambientales y económicos, además, de aquellos relacionados con la prestación de servicios médicos.

En este punto, sobresalen las acciones de las diversas instituciones que conforman el sector salud, mediante las cuales se procura garantizar, que la población cuente con los medios que se requieren en el ámbito sanitario para proteger la salud.

## **PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD (PSS)**

### **El desafío social mundial**

Los desafíos sociales enfrentados por el mundo son enormes. En 2010, el PIB mundial era diez veces superior al de 1950 en términos reales. Sin embargo, y a pesar de las seis décadas de fuerte crecimiento económico transcurridas desde la aprobación de la Declaración Universal de Derechos Humanos, el acceso a prestaciones y servicios de protección social adecuado, continúa limitado a una pequeña minoría de la población mundial. (6)

Sólo el 20 por ciento de la población mundial tiene una protección social apropiada, y más de la mitad no tiene ninguna cobertura; mientras que otras personas enfrentan peligros en el lugar de trabajo teniendo débiles pensiones y seguros de salud. Esta situación refleja los niveles de desarrollo económico: en los países menos adelantados ni siquiera el 10 por ciento de los trabajadores está protegido por la seguridad social, en los países de mediano ingreso la cobertura oscila entre el 20 y el 60 por ciento, mientras que en los países más industrializados cerca del 100 por ciento está protegido. (7)

El informe de 2011 sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio revela que, a pesar de los avances sustanciales registrados en la reducción de la pobreza, la prevención de las muertes maternas y el mayor acceso al agua potable y la nutrición, estos logros no suelen beneficiar a las personas que se encuentran en los últimos peldaños de la escala económica, o que se ven desfavorecidas por motivos de sexo, edad, discapacidad u origen étnico. Además, existen disparidades pronunciadas y desalentadoras entre las zonas urbanas y rurales. (6)

El acceso a un nivel adecuado de protección social, es un derecho fundamental de todos los individuos reconocido por las normas Internacionales del trabajo y por las Naciones Unidas. Además, es considerado un instrumento indispensable para la promoción del bienestar humano y la paz social, mejorando el crecimiento equitativo, la estabilidad social y el desempeño económico; contribuyendo consecuentemente a la competitividad. (7)

En la definición de la Junta de Jefes Ejecutivos del Sistema de las Naciones Unidas para la Coordinación la protección social es, un conjunto integrado de políticas sociales diseñado para garantizar a toda persona, la seguridad de los ingresos y el acceso a los servicios sociales esenciales, prestando especial atención a los grupos vulnerables y protegiendo y capacitando a las personas a lo largo del ciclo de vida. Prevé garantías en materia de:

- seguridad básica de los ingresos, mediante diversas formas de transferencias sociales (monetarias o en especie), tales como pensiones para las personas de edad o para las personas con discapacidades, prestaciones por hijos a cargo, prestaciones de apoyo a los ingresos y/o garantías y servicios relativos al empleo para las personas desempleadas y los trabajadores pobres;
- acceso universal y asequibilidad a servicios sociales esenciales en los ámbitos de la salud, agua y saneamiento, educación, seguridad alimentaria, vivienda y otras esferas definidas en las prioridades nacionales. (6)

Los sistemas de seguridad social han demostrado, ser uno de los mecanismos eficaces para reducir la pobreza y contener la desigualdad.

El concepto de protección social en salud ha variado en el tiempo. En la acepción más moderna sin embargo, la responsabilidad social consiste en conseguir que la población tenga acceso a la protección y al cuidado de su salud, a través de la asignación de recursos desde distintos orígenes. La provisión de los servicios e incluso la gestión de los recursos, pueden ser una responsabilidad individual o social, o lo que es más frecuente, una responsabilidad compartida. (8)

OPS/OMS definió la Protección Social en Salud como, “la garantía que la sociedad otorga, a través de los poderes públicos, para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus demandas de salud a través del acceso a los servicios en condiciones adecuadas de calidad, oportunidad y dignidad, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo”. Concretándolo por medio del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, independientemente de su clase social, nivel de ingreso, inserción laboral, género, etnia o edad. (8) (9)

### **La realización de los derechos humanos y de la justicia social**

La Protección Social puede interpretarse en su sentido más amplio como una forma de garantizar derechos humanos claves, reflejando principios de justicia social y ofreciendo un marco institucional en el cual integrar un desarrollo equitativo. (6)

El derecho de las personas a las prestaciones por medio de la protección social, aparece específicamente articulado en diversos instrumentos internacionales y, en particular, en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (6)

Las disposiciones sobre los derechos humanos y la justicia social previstas por el derecho internacional y, en particular, las relativas al derecho a la protección social y la seguridad social, se han incorporado a las constituciones y a la legislación nacional de la mayoría de los Estados. Para muchos Estados, resulta difícil garantizar en la práctica la protección social y los derechos humanos consagrados en sus constituciones, pero al definir éstos como objetivos y principios dentro de su marco jurídico, los países están definiendo una clara senda para el futuro. (6)

Según esta perspectiva, los derechos económicos y sociales fundamentales tienen por finalidad promover la realización gradual de la justicia social.

La capacidad de la Protección Social para facilitar la realización de derechos humanos concretos, refleja en buena medida su enfoque holístico, que combina las transferencias sociales con el acceso a los servicios esenciales.

El Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas sugiere “la creación de un conjunto básico de transferencias sociales esenciales, monetarias o en especie, destinadas a las personas más vulnerables con objeto de garantizar una seguridad de los ingresos mínima y el acceso a los servicios esenciales de atención de la salud”. (6)

El término Protección Social, puede equipararse a la noción existente de obligaciones centrales; con el fin de garantizar la materialización, de al menos unos niveles mínimos en derechos económicos, sociales y culturales.

A ésta altura parecería pertinente hacer una aclaración, pues, en alguna bibliografía se utilizan algunos términos de manera indistinta, pero en realidad no significan lo mismo.

Parecería que el concepto de “seguridad social” se relaciona a aquellos derechos vinculados al empleo o los lazos familiares; mientras que el de “protección social” abarcaría un espectro más amplio de situaciones de vulnerabilidad, en el que se incluirían también los programas de asistencia social. (12)

En general, la asistencia social involucra políticas públicas diseñadas para transferir recursos a grupos carenciados; mientras que la seguridad social es financiada por contribuciones y basada en criterios de seguros, a través de los cuales los individuos y las familias se protegen, combinando esfuerzos con un grupo más amplio de otros actores expuestos al mismo riesgo. (12)

### **Protección Social en el continente**

En América Latina coexisten diferentes conceptos de protección social que se traducen en distintas formas institucionales y organizacionales de los sistemas de salud. El Servicio



Estatal de Salud está basado en un concepto de protección social de igualdad de derechos y solidaridad, y contempla una protección pública universal o institucional redistributiva.

El Seguro Social organiza la protección de forma colectiva a través de cotizaciones obligatorias de empleados y empleadores, y está basado en los fundamentos de mérito/desempeño en el mercado de trabajo y vínculo con la pertenencia a una determinada categoría ocupacional, generando una forma específica de solidaridad. Y el modelo empresarial o residual, otorga una protección individual de acuerdo con el perfil de riesgo con una relación directa entre prima-beneficio, abriendo espacios para múltiples gestores, aseguradores y proveedores.

A pesar de su gran influencia en el desarrollo del sector de salud en las Américas, ninguno de los modelos clásicos se ha implementado de forma exclusiva. En los países de la región predominan los sistemas segmentados caracterizados por la falta de coordinación interinstitucional y de integración operacional. La mayoría de los sistemas latinoamericanos evidencian una clara regresividad, inequidad e insuficiencia del financiamiento, así como un gerenciamiento débil y elevados costos de transacción debido al clientelismo, la corrupción, elevados gastos administrativos, ausencia de planificación y programación integradas, insuficientes capacidades de elaboración de contratos y mecanismos de pago.

Los resultados de algún estudio de medición muestran que entre un 20% y un 77% de la población no accede al sistema de salud cuando lo requiere y un 78% en promedio no cuenta con seguros de salud de ningún tipo. En términos globales, alrededor de un 30% del total de la población de América Latina y el Caribe (166 millones de personas) se encuentra excluida en forma parcial o total del acceso a los bienes y servicios de salud. (13)

La importancia de medir la exclusión se sustenta en varios argumentos. El más importante de ellos es que la exclusión en salud es la negación misma del derecho a la salud y de aquí surge el imperativo de actuar sobre ella por razones de carácter ético y legal. (13)

En adición al imperativo ético y legal, existe hoy el reconocimiento de que el buen desempeño de los sistemas de salud (en términos la eficiencia en la asignación de los recursos y de los resultados de salud de la población) depende de manera importante de lograr el acceso oportuno a los servicios de salud de los grupos más desfavorecidos, como único medio de evitar el enorme costo en mortalidad y discapacidad que la contención de la demanda por salud genera para estos grupos de la población, para el Estado y para la sociedad en su conjunto.

El desafío fundamental que enfrentan los sistemas de salud de los países de la región es poder garantizar a todos los ciudadanos la protección social universal en materia de salud, eliminando o reduciendo al máximo las desigualdades evitables en la cobertura, el acceso y la utilización de los servicios; y asegurando que cada uno reciba atención según sus necesidades, y contribuya al financiamiento del sistema según sus posibilidades. Además se ha tornado necesario definir las condiciones indispensables para la extensión de la protección social en salud: acceso a los servicios, dignidad en la atención, solidaridad en el financiamiento y la seguridad financiera del hogar. (13)

El objetivo último en el ámbito de la protección social de la salud es: “Lograr la cobertura universal de la protección social en salud definida como el acceso efectivo a una asistencia médica accesible de calidad adecuada y la protección financiera en caso de enfermedad”. (11)

Esta definición de cobertura se refiere a la extensión de la protección social de la salud respecto del tamaño de la población que puede acceder a los servicios de salud y en qué grado los costos de los servicios definidos están cubiertos, de modo que la cuantía del gasto de bolsillo en asistencia médica no signifique una barrera para el acceso o redunde en un servicio de calidad limitada. (11)

Según las Constituciones o leyes orgánicas de los países de América Latina y el Caribe, un artículo específico sobre PSS no debería ser necesario, ya que todos los países han declarado directa o indirectamente que la salud es un derecho de todos sus habitantes. Sin embargo, una revisión de los datos existentes nos indica que el número de personas sin una efectiva PSS es significativo; denominando a esta población excluida y al fenómeno exclusión. (8)

### Exclusión

Lo principal en la definición de la inclusión, es la consecución de los objetivos de la protección social en salud para todos los trabajadores y sus familias, utilizando cualquier disposición financiera, organizativa e institucional; que sea necesaria y resulte más eficaz en el contexto nacional o sub-nacional considerado. (8)

De ahí que, conforme a este enfoque, no baste decir que un trabajador y su familia están afiliados a un régimen de seguridad social para afirmar que estén incluidos. Tampoco corresponde inferir que, un trabajador y su familia están forzosamente excluidos por no pertenecer a dicho esquema. Por lo tanto, el desafío consiste en saber si las disposiciones técnicas, organizativas e institucionales (explícitas o implícitas) que conciernen a ese trabajador y su familia, realmente permiten lograr el objetivo de protección social en salud; y si lo hacen de la forma más eficiente posible, considerando las restricciones institucionales y organizativas del contexto. (8)

Existe la tentación de pensar que todo aquel que no está afiliado a un régimen formal de seguridad social está excluido de la protección social. De hecho, por largo tiempo este ha sido el criterio utilizado en muchos países para identificar la exclusión. (8)

De esta manera, la inclusión o la exclusión no se define en función de la pertenencia o no a un arreglo organizativo o institucional concreto; sino, del cumplimiento o no de los objetivos de protección social en salud sea cual sea el régimen adoptado. Entonces, lo esencial es concordar en los objetivos de la protección social en salud. (8)

Las circunstancias asociadas a los problemas de salud, pueden generar una serie de condiciones adversas conducentes a la exclusión en salud. Pese a que éste fenómeno a sido bastante estudiado desde la perspectiva de los sistemas de salud, los resultados no han sido los más alentadores. El hecho de poder determinar las barreras de acceso a los servicios de

salud, e identificar elementos que permitan reducir la exclusión asociada al mismo, trasciende la protección de los derechos individuales de las personas y se inserta en el marco de la extensión de la protección social en salud. (10)

La exclusión en salud se entiende como la falta de acceso de ciertos grupos de personas a bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud; y que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutan. (10)

Es importante notar que, si bien la exclusión y la pobreza están asociadas, no son sinónimos. Hay personas pobres con acceso a los servicios de salud y otras que no son pobres y no tienen acceso a ellos. (8)

### **Implicaciones de la exclusión**

Podemos analizar las siguientes:

- a) Sobre la salud de la población. Si la población no tiene acceso regular a los servicios de salud, naturalmente su salud y bienestar se ven afectados. La exclusión de los servicios curativos implica que las enfermedades pueden agravarse antes de que las personas finalmente consigan llegar a un servicio de salud, con el consiguiente riesgo de muerte o discapacidad.
- b) Sobre la equidad. La exclusión es una desigualdad entre las personas que es injusta y evitable. La falta de acceso regular a servicios de salud de una proporción importante de las personas, es inaceptable desde el punto de vista ético, además de ser anticonstitucional en todos los países de la Región.
- c) Sobre la opinión pública. La población está cada vez más consciente de que personas con nivel socioeconómico similar, tienen mejor acceso a los servicios de salud en otros países.
- d) Sobre la efectividad y la eficiencia del gasto individual. La falta de PSS ocasiona un gasto en salud exagerado e ineficiente para los excluidos. Ante la perspectiva de tener que pagar de su bolsillo una prestación, la tendencia natural es a postergar el gasto todo lo posible.
- e) Sobre la eficiencia del sistema en su conjunto. La exclusión puede afectar entonces a la eficiencia del sistema en su conjunto, por un lado al disminuir la base de reparto de los riesgos; y por otro, al aumentar la probabilidad de ocurrencia de eventos caros. (8)

### **Dimensiones de la exclusión**

Según el grado de injerencia del sector de la salud, se los puede considerar como internos o externos:

Usando indicadores externos, una primera medida de la exclusión consiste en considerar el número de personas que no están cubiertas por los sistemas de seguridad social; mientras que una segunda dimensión, se basa en determinar ciertas disparidades de acceso. (8)

También deben considerarse en las mediciones extrínsecas a la pobreza, pues mide el número de personas con un ingreso por debajo de un valor, que se considera mínimo necesario en un determinado país. Es razonable suponer que una importante proporción de los pobres, aunque no todos, forman parte de los excluidos. Se debería considerar además la restricción geográfica, ya que mide el número de personas que aunque tienen derecho a acceder a los servicios de salud, en la práctica, están demasiado aisladas o sencillamente no tienen servicios en su comunidad. (8)

Por último, se considerará la disparidad cultural. Ciertos grupos, principalmente por sus características étnicas, no se acercan a los servicios por una percepción de que no serán respetadas sus costumbres, por el riesgo real o supuesto de maltrato o porque prefieren utilizar sistemas tradicionales de medicina o curandería. (8)

La exclusión también puede estimarse mediante indicadores internos del sector, ligados al proceso de atención sanitaria. Así, se reconoce la existencia de prestaciones aceptadas por la comunidad como “necesarias” y “útiles”; su no utilización indicaría por lo tanto, una verdadera falta de acceso. (8)

Como primer indicador de este tipo se considerará el número de partos no asistidos por personal entrenado. Otro indicador de este tipo es el cumplimiento del calendario vacunal, suponiendo que nadie desea desproteger a sus hijos, sugiere exclusión. Por último, se puede considerar el porcentaje de población sin acceso al agua potable y alcantarillado, indicadores relevantes para medir el acceso al saneamiento básico. (8)

¿Cuál es el indicador que mejor refleja la realidad?, depende de las condiciones particulares de cada país. Aunque aquí se hace referencia básicamente a los aspectos cuantitativos de la exclusión, medidos en términos de acceso y uso de los servicios; vale la pena notar que, la insuficiente oportunidad o calidad de los servicios puede ser también un factor de exclusión. (8)

### **La estructura de los sistemas y sus implicaciones en la exclusión**

Las funciones básicas que se ejercen en los sistemas de salud son:

- a) la rectoría (conducción, regulación y vigilancia);
- b) el financiamiento (recolección, gestión y asignación de los recursos financieros);
- c) el aseguramiento (definición de las poblaciones cubiertas y de las prestaciones ofrecidas, así como la compra de los servicios necesarios para atenderlas), y
- d) la provisión de servicios (atención a los usuarios de los servicios de salud, razón de ser última de los sistemas de salud). A menudo, los mecanismos de pago a los proveedores de servicios establecen el vínculo entre las funciones de aseguramiento y provisión. (8)

Los principales se describen a continuación, con énfasis en sus relaciones con el fenómeno de la exclusión.

La seguridad social. Este subsistema fue pensado desde su origen como una manera de proteger al trabajador, principalmente al que tiene empleo formal. Suele contemplar uno o más sistemas de prestaciones asociado con una prima pagada por el trabajador, generalmente complementada por su empleador o el Estado. Entre los excluidos de este subsistema se encuentran los trabajadores del sector informal, los estratos más pobres y las mujeres jefas de hogar. (8)

La asistencia pública. Este subsistema es financiado a través de los impuestos, generales o locales. En principio cubre a toda la población y en general tiende a prestar servicios mediante trabajadores de la salud que son funcionarios. Aunque fue diseñado para brindar atención gratuita, existe una tendencia reciente a la recuperación de costos mediante mecanismos de copago. En este subsistema, la exclusión depende en buena medida del grado de segmentación de las redes de prestadores. (8)

En el subsistema privado la exclusión suele provenir del costo de la prima o de los servicios, de las condiciones para ser admitido, de la ocurrencia de determinadas situaciones durante el período de vigencia del seguro, o de una combinación de todos estos factores. (8)

A raíz de las condiciones de exclusión, algunos grupos o comunidades sin acceso a los servicios de salud se han organizado en subsistemas comunitarios que tienden a ser manejados como seguros. Sobre esta base, compran servicios a proveedores tanto públicos como privados. Estos mecanismos, tienden a responder a situaciones concretas de exclusión. Su factibilidad financiera es frágil, particularmente, cuando se incluyen enfermedades catastróficas o de alto costo. (8)

Una primera conclusión acerca de la exclusión, es que se pierden economías de escala por la proliferación y la segmentación de subsistemas. En segundo lugar, tradicionalmente ha existido una marcada tendencia a la integración vertical en los tres primeros subsistemas. Todos, tienden a cumplir las tres funciones mencionadas de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios; pero sin relacionarse entre sí. (8)

La función rectora, solo recientemente está siendo asumida por el sector público. El financiamiento puede hacerse a través de impuestos generales (sector público), específicos del trabajo (seguridad social) o por gastos de bolsillo (privado y copagos de los otros sistemas). Desde el punto de vista de la exclusión, el resultado de esta segmentación es regresivo; los que pueden pagarlo, utilizan el subsistema privado por su mejor calidad. (8)

La función de aseguramiento debe tener un análisis transversal y longitudinal, para incorporar la mayor cantidad de desprotegidos bajo la PSS. Como se ha indicado, la población objetivo, en particular las familias en situación de mayor vulnerabilidad, están lejos de constituir un grupo homogéneo y fácilmente identificable, y presentan carencias y privaciones de diversa índole. Estas obedecen a múltiples y disímiles factores (culturales, etarios, espaciales, económicos y de género, entre otros), y dan origen a respuestas de supervivencia y bienestar tan distintas como sus causas, lo que puede atribuirse

directamente a que dichos grupos han desarrollado variadas estrategias para hacer frente tanto a la situación estructural de limitaciones que los aqueja, como a las situaciones que las agudizan debido a perturbaciones de distinto tipo. (15)

A través del eje de integración transversal, la PSS pueden permitir el acceso de grupos poblacionales pobres muy diversos a una variada oferta pública de servicios, destinada a mejorar y proteger los niveles de bienestar que posibiliten el ejercicio de sus derechos económicos, sociales y culturales, fomentando así su inclusión social. Este proceso supone, en primer lugar, una etapa de identificación de las necesidades de las familias beneficiarias, a fin de atenderlas mediante prestaciones que se adecuen a su situación específica. A su vez, esto implica estimular la generación de respuestas adecuadas de los programas y servicios públicos, y la organización de las intervenciones sobre la base de una plataforma intersectorial. (15)

En el eje de integración longitudinal, de la PSS se desempeña un papel relevante en el mejoramiento del acceso y los servicios relacionados con la protección social, en vista de la experiencia acumulada en el desarrollo de un enfoque de ciclo de vida. A fin de otorgar efectivamente una protección social adecuada a la población objetivo de estos programas, hay que tomar medidas especiales para reconocer las necesidades propias de las distintas etapas del ciclo de vida individual y familiar. (15)

### **Reformas en la salud y sus implicancias en la exclusión**

La mayor parte de los países de la región, han pasado o están pasando por significativos procesos de reforma del sector de la salud. Es importante observar, que la lucha contra la exclusión de la PSS no ha sido un propósito explícito de estas reformas. De hecho, en muchos países las reformas han sido derivadas de procesos de transformación del Estado o de ajustes macroeconómicos. En consecuencia, ha existido una fuerte presión sobre el sector de la salud para mejorar la eficiencia y reducir costos. En muchos casos, ello se ha hecho a expensas de la calidad de los servicios. (8)

Ya se señaló que la instauración de copagos, actúa como inhibidor del acceso para las personas de menores recursos relativos; como así también, los fármacos que solen ser parte de la atención pública, ahora tienden a no estar cubiertos. (8)

Como una manera de mejorar la eficiencia, las reformas han tendido a impulsar la separación de funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión. En términos de eficiencia es posible imaginar un equilibrio óptimo entre la competencia y la colaboración entre los distintos agentes de un sistema. Las ventajas de la competencia son la mejor atención y los menores costos; una desventaja es que, en determinadas condiciones, se pierden las economías de escala y los costos transaccionales se vuelven prohibitivos; otra es la tendencia a la inequidad por la vía de la selección adversa de riesgos. Lo anterior tiene que ver con la dimensión “horizontal” de la PSS, es decir, con la colaboración o competencia en una misma función.

Pero existe también un nivel “vertical” entre funciones; los sistemas integrados verticalmente pueden tener un importante nivel de economía de escala, pero menor incentivo a la eficacia y eficiencia. (8)

La determinación del nivel óptimo de integración vertical u horizontal es una de las decisiones más importantes a tomar en un país, pero es imposible decidir, si previamente no se cuenta con una capacidad real de rectoría que permita no solo diseñar los modelos, sino también aplicarlos. (8)

Es central la integración del financiamiento de los sistemas, para fortalecer y expandir el aseguramiento de los riesgos de salud, y alcanzar niveles más elevados de solidaridad, evitando de éste modo la selección de riesgos. Pero progresando hacia coberturas aseguradas equitativas, que combinen financiamiento contributivo y no contributivo, permitiendo mayores sinergias entre la seguridad social y el sistema público. Además es necesaria una mayor eficiencia; mediante contención de costos, mecanismos de compra apropiados, y una mayor regulación. (14)

Por otra parte, se requieren políticas de salud pública, entre las que se destacan la expansión de la atención primaria y una adecuada coordinación de servicios descentralizados que incluya la compensación de brechas entre regiones.

La descentralización y la definición de conjuntos de prestaciones para las poblaciones de menores ingresos han contribuido a reducir la exclusión. También se promueve el acceso universal a estos seguros, a partir de la introducción o la extensión de seguros sociales de salud, seguros básicos, seguros adicionales o seguros de enfermedades catastróficas. Se han desarrollado, además, programas focalizados, dirigidos a los grupos vulnerables, para complementar los programas universales. (8)

### **Desafíos de los sistemas convencionales**

La primera forma de responder a la demanda de los excluidos a través de los sistemas convencionales, sería aumentando la oferta de servicios públicos. Una segunda forma de reducir la exclusión es, ampliando la cobertura de seguros de los excluidos. Naturalmente, esto supone que habrá una mayor oferta de servicios; en cualquier caso, las reasignaciones de recursos necesarias no serán instantáneas, lo que nos indica que el problema de la exclusión, no se verá sustancialmente mejorado en un período de tiempo más o menos corto. (8)

La protección social de la salud puede organizarse en diversas maneras alternativas, especialmente en relación con la compra y la prestación de servicios, así como, con la composición de los servicios cubiertos con arreglo a los paquetes de prestaciones. La naturaleza concreta de estas estructuras tiene una repercusión significativa en la pertinencia y en la calidad de la atención, en la disponibilidad de la atención y en el acceso, en el volumen y en la estructura de la utilización y, por tanto, en definitiva en el costo global del sistema de protección social de la salud. (11)

Aunque contar con los fondos suficientes es importante, es imposible acercarse a la cobertura universal si las personas sufren dificultades financieras, o se les impide utilizar los servicios porque tienen que pagar por ellos en el momento de usarlos. Cuando esto sucede, los enfermos corren con todos los riesgos financieros asociados al pago de la asistencia. Deben decidir si pueden permitirse el recibir atención y, a menudo, esto significa escoger entre pagar por los servicios sanitarios o pagar por otros elementos esenciales, como la comida o la educación de los niños. (16)

En los lugares donde se cobran los servicios, todo el mundo paga el mismo precio, independientemente de su situación económica. No existe ninguna expresión formal de solidaridad entre los enfermos y las personas sanas, o entre los ricos y los pobres. Por lo tanto, el riesgo de catástrofe financiera y de empobrecimiento es alto, y conseguir la cobertura universal, imposible. Dicho sistema imposibilita la distribución de los gastos a lo largo de la vida, o sea, pagar las cotizaciones cuando se es joven y se está sano, para luego recurrir a ellas en caso de enfermedad más adelante. (16)

Entonces, los sistemas convencionales no puedan llegar a toda la población, ya sea porque el proceso requiere mucho tiempo y recursos; o, porque es difícil incorporar plenamente ciertos grupos excluidos. En éste sentido, la única manera de disminuir la dependencia de los pagos directos es que los gobiernos fomenten el prepago con mancomunación de los riesgos, siendo éste, el camino escogido por la mayoría de los países que más se han acercado a la cobertura universal. (16)

Cuando las poblaciones tienen acceso a los mecanismos de prepago y mancomunación, de alguna manera introducen mecanismos que se basan en pagos realizados antes de sufrir una enfermedad; para luego cuando sea necesario, utilizarlos en financiar los servicios sanitarios, entonces de ésta manera, el objetivo de la cobertura sanitaria universal se vuelve más realista. (16)

### **Un instrumento eficaz para luchar contra la exclusión y la desigualdad**

La protección social ha pasado a ocupar un lugar preeminente en el programa político de muchos países, reflejando las turbulencias económicas mundiales de los últimos años, y el creciente reconocimiento de las demandas de justicia social. La necesidad de establecer los mecanismos adecuados, por medio de la seguridad social y otras disposiciones sociales, es crucial para erradicar la exclusión y mitigar la creciente desigualdad. (6)

Este marco debería contemplar la aplicación la protección social definida a nivel nacional, para que pueda desempeñar su función al máximo, no debiendo operar de forma aislada. Por el contrario, la probabilidad de que las propiedades reductoras de la exclusión surtan efecto, será mayor, si viene acompañada de otras estrategias que refuercen a las instituciones sanitarias y sociales, promoviendo entornos favorables. (6)

Se podría asumir como idea final que, aunque no necesariamente deba ser uniforme en todos los países, un sistema de seguridad social dotado con suficientes recursos, es eficaz para reducir la exclusión y la desigualdad en salud.



## ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS)

### Antecedentes históricos

A lo largo de este capítulo, se intentará explicar qué es APS y reflexionar sobre ella, tratando de visualizar los aportes que propone para los procesos de reforma del sector salud en la región. (17)

La expresión “Atención Primaria de la Salud” se encuentra hoy enormemente difundida e incorporada al lenguaje técnico en el sector salud. Desde los discursos de los ministros, hasta las charlas informales en el trabajo diario del hospital o el centro de salud, se encuentra cada tanto alguna referencia a ella. Sin embargo, si escuchamos con atención, no siempre se habla de lo mismo cuando se habla de Atención Primaria. (17)

Existen distintas perspectivas desde dónde definir Atención Primaria. Además, resulta comprensible y positivo que el concepto se haya tornado más rico y complejo que entonces, como resultado de su contacto con la realidad de los sistemas de salud. (17)

El estudio de Kerr White y colaboradores, en EEUU allá por 1960, demostró que los sistemas de salud tal como habían sido concebidos en la primera mitad del siglo XX estaban destinados a la población enferma. (17)

Otro estudio que aportó conocimiento de alta utilidad, para los procesos de reforma que se comenzaron a desarrollar en las últimas tres décadas es el de Dever, “Un modelo epidemiológico para el análisis de políticas de salud” en 1976. (17)

Se puede ver en sus resultados que la aplicación del gasto en salud en los Estados Unidos de Norteamérica era, en esos momentos, absolutamente inadecuada a la contribución para la reducción de la mortalidad de los factores analizados. Esta desproporción con elevados niveles de gasto en acciones poco efectivas se denomina ineficacia. (17)

Estos dos trabajos científicos son meros ejemplos de la discusión de casi dos décadas que precedió a la definición de Atención Primaria de la Salud.

En 1978, la Declaración de ALMA ATA, constituyó una fuerte recomendación a los Estados para revisar sus políticas sanitarias a la luz de una nueva manera de entender el cuidado de la salud. (17)

### Definición

Si bien en la actualidad la definición de APS sigue siendo la misma que desde sus orígenes, la re significación posterior de algunos elementos de su enunciado han logrado algunas modificaciones trascendentes para una más apropiada aplicación de la misma, fundamentalmente desde la renovación de la APS y las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Entonces se esgrimirán las significaciones más destacadas de la primera versión, como así también de cada uno de los sucesivos cambios.

La Declaración de Alma Ata definió a la Atención Primaria de la Salud como **“la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”**. (17)(18)

Los siguientes son algunos de los **elementos fundamentales** de esta definición:

- **Esencialidad:** Aunque parezca hoy una obviedad, hace 30 años se discutía apasionadamente sobre si algunos componentes de la atención de la salud eran más esenciales que otros. Desde ALMA ATA en adelante el criterio de esencialidad nos permite discriminar entre recursos, tecnologías y/o procesos según su capacidad de impactar en el resultado “salud de una población”. (17) Se puede usar como ejemplo el de los medicamentos. Con un paquete de 8 o 10 medicamentos puestos al alcance de una población con muy alta tasa de mortalidad infantil podríamos mejorar sensiblemente este indicador. Estos medicamentos son “más esenciales” que otros, en ese tiempo, lugar y contexto.
- **Accesibilidad:** Habitualmente el término accesibilidad es entendido en su acepción geográfica. Entendemos entonces que la atención de la salud debe quedar “cerca” de la gente. Es importante tener en cuenta que ese acceso y cercanía deben darse también desde el punto de vista económico y cultural. (17)
- **Equidad:** Si bien es un concepto no nombrado explícitamente en la definición, cobra valor en relación directa con los dos expuestos anteriormente. Equidad no es equivalente a igualdad. La distribución equitativa de recursos es aquella que destina según necesidad del que recibe. Implica decidir con un criterio de “A cada cual según su necesidad”. (17)
- **Sustentabilidad:** Se refiere a que la organización de un Sistema de Salud debe conllevar costos que sean soportables por la comunidad. (17)
- **Participación Comunitaria:** La atención de la salud es una de las actividades de servicio en las que mayor asimetría de conocimiento existe entre el proveedor (médico, enfermero, etc.) y el usuario (paciente). La participación comunitaria en salud consiste en que la comunidad en forma directa o a través de sus representantes tenga conocimiento, opinión y poder de decisión en las políticas a instrumentar. (17)

Más allá de las discusiones sobre la diferenciación entre los términos Atención Primaria de la Salud y Asistencia Primaria y sus acepciones, todo sistema basado estratégicamente en la concepción de APS deberá contar con un Primer Nivel de Atención con alto nivel de resolución y que actúe como administrador de las necesidades del paciente frente al resto de los niveles de complejidad. El lema debería ser: lo más rápido posible en el lugar más adecuado para la atención del problema del paciente. (17)

Bárbara Starfield, tal vez la autora más importante en temas de APS, de habla inglesa, de los últimos 10 años, elige esta perspectiva para definirla.

Dice Starfield, siempre entendiendo a la APS como primer nivel de atención:

“La Atención Primaria es aquel nivel del sistema sanitario accesible a todo nuevo problema o necesidad a lo largo del tiempo, centrada en la persona más que en la enfermedad, que ofrece atención a todos los trastornos (con excepción de los más raros o inhabituales) y que coordina e integra la atención prestada en otros lugares o por otros profesionales.”

“La APS no es un conjunto de tareas o actividades clínicas particulares, pues casi todo tipo de actividad clínica se debe dar en todos los niveles de atención.”

“La Atención Primaria es un enfoque que constituye la base y determina la manera de trabajar de los restantes niveles del sistema sanitario.”

“La APS se enfrenta a los condicionantes de la enfermedad e influye en las respuestas de las personas a sus problemas de salud.” (17)

1. La Atención Primaria de la Salud debe ser entendida como una estrategia. Esta concepción es la predominante en América Latina:

Esta perspectiva es, sin lugar a dudas, la más completa e integral, y la que debe establecerse como principal.

Entender a la Atención Primaria como estrategia significa, en términos prácticos, que un sistema de salud debe constituirse y funcionar basado en ella. Significa además, que cada componente del sistema conoce a los otros, sus funciones y las vías de comunicación y circulación de los pacientes.

Desde esta perspectiva, ningún nivel de atención es más importante que el otro y cada uno de ellos tiene un rol que jugar para la prevención, curación o rehabilitación de los problemas de salud de la comunidad.

Vuori describe de la siguiente manera el cambio de la atención de la salud cuando se la organiza basándose en la APS concebida como estrategia:

|   |  |
|---|--|
| <b>Con respecto a los Objetivos:</b>  |  |
| De una atención centrada en la enfermedad y que busca curación...   | ... A una atención centrada en la Salud, con prevención y cuidado.   |
| <b>Con respecto a los contenidos:</b>   |  |
| De una atención centrada en el tratamiento, con cuidados esporádicos y búsqueda de problemas específicos... | ...A una atención con énfasis en la promoción de la salud y cuidado global y continuo.   |
| <b>Con respecto a la organización:</b>  |  |
| De una atención administrada por especialistas lineales en una practica individual...                       | ...A una atención con médicos generales o de familia y especialistas trabajando en equipo con otros profesionales de la salud. |

| <b>Con respecto a la Responsabilidad:</b>  |  |
|--|--|
| De un Sector Salud aislado, dominado por intereses profesionales y con una actitud pasiva... | ...A un Sector Salud integrado, en colaboración intersectorial, con participación comunitaria. |

A diferencia de las concepciones antes mencionadas esta involucra a todos los niveles de complejidad y tiene impacto total y permanente sobre la salud de la población. El nivel de decisión para implementar APS desde esta perspectiva es el Político. (17)

## 2. La Atención Primaria de la Salud puede ser entendida como una filosofía:

Esta ultima variante conceptual, esta ligada a la anterior y se refiere al derecho a la salud en el marco de los derechos fundamentales de las personas, con criterios de justicia y equidad en el acceso, y la atención recibida por parte del sistema de salud. (17)

Cuando uno desarrolla su vocación en el primer nivel de atención, o en otro nivel pero observando el sistema con la concepción estratégica de la APS, se permite sentirse parte de un cambio profundo de paradigma en la constitución de los sistemas sanitarios y la atención de la salud en su conjunto. De una concepción “hospitalocéntrica” a poner a la persona, su familia, su comunidad en el centro de una concepción médica corporativa, al empoderamiento social y la participación comunitaria de estructuras verticales, a organizaciones pensantes con equipos proactivos y comprometidos con los objetivos. (17)

Son todas expresiones de una manera distinta de ver la salud y trabajar para mejorarla. Esta manera de mirar puede ser entendida como un conjunto de elementos ideológico - filosóficos que guían la practica diaria. (17)

### Elementos Conceptuales de la Atención Primaria de la Salud

Tradicionalmente se describen nueve características o elementos conceptuales que permiten acceder en mayor profundidad al concepto de Atención Primaria de la Salud como estrategia. Dos de ellos, accesibilidad y participación comunitaria, ya han sido tratados en los párrafos anteriores. Se comentarán los siete restantes y se discutirán brevemente. (17)

#### a) La APS es Integral

Esta característica esta referida a que considera al ser humano como un todo, visualizándolo desde el paradigma biopsicosocial. Cuando se lleva este concepto a la práctica de atención de la salud se producen algunos efectos interesantes de observar. (17)

En primer término se disuelven o difuminan los límites entre “problemas médicos” y “problemas no médicos”. Ahora, los “problemas de salud” los define la persona y no el libro de medicina y como consecuencia de ello se consigue prestar atención y dar respuesta a los llamados problemas de baja definición o alta incertidumbre. Por otro lado, este elemento conceptual es el que permite velar por una atención del individuo integro, aun cuando la atención que necesite sea altísimamente especializada. (17)

#### b) La APS es Integrada

Pensar en términos de Atención Primaria como estrategia lleva a buscar la integración efectiva de todos los elementos que constituyen el sistema de salud. Como se dijo anteriormente, no hay un lugar más importante que otro; la comunicación y colaboración deben ser tenidas en cuenta tanto como el equipamiento, la infraestructura, los presupuestos o los recursos humanos. (17)

La segunda acepción de este concepto, se refiere a la integración del sistema de salud hacia fuera. Esta integración debe darse con otros sectores, pero también, y esto resulta fundamental en nuestros sistemas, con la sociedad, que, en numerosas ocasiones, da muestras de sentirse mal tratada, agredida o no atendida. (17)

#### c) La APS es Continuada y Permanente

La atención de la salud debe acompañar al individuo y sus necesidades cambiantes a lo largo de su vida, en los distintos ámbitos en los que se desempeña (escuela, hogar, trabajo, etc.) y en cualquier circunstancia (demanda programada, demanda espontánea, urgencia, internación, etc. (17)

#### d) La APS es activa

El sistema de salud y sus componentes no podemos actuar en forma pasiva, esperando la demanda de atención. Los sistemas que se comportan de esta manera pierden parte (tal vez la mayor parte) de su sustancia de trabajo. Concebir al sistema de salud desde APS implica salir a la búsqueda de los problemas relacionados con la salud aun cuando no sean sentidos, en forma proactiva y también de colaboración con otros sectores sociales. (17)

#### e) La APS se basa en el trabajo en equipo

La atención de problemas indiferenciados, con alto grado de incertidumbre y escasa intervención de tecnologías pesadas implica necesariamente un enfoque interdisciplinario. El equipo de salud se constituye así en el dispositivo tecnológico principal del primer nivel de atención. También es necesario construir conciencia de equipo entre los integrantes de todos los niveles de atención. Así, un médico de terapia intensiva forma parte de un "equipo" con el colega, el enfermero y el conductor de ambulancia que llega trasladando a un paciente en estado crítico. (17)

El trabajo en equipo, desde la perspectiva estratégica de Atención Primaria debe estar caracterizado por:

- Ser coordinado.
- Ser programado.
- Tener alta participación de todos los componentes del equipo en las actividades de planificación, ejecución y evaluación de las actividades.

- Contar con actividades que ayuden a mantener las destrezas así como también las capacidades relacionales y de armonía entre los componentes. (17)

f) La APS es programada y evaluable

La Atención Primaria de la Salud puede ser entendida como una respuesta racional a las necesidades de salud de la comunidad. Dicha racionalidad se expresa en un círculo virtuoso que comienza con la programación de acciones, sigue con la evaluación y la reprogramación y así sucesivamente. De esta manera, las acciones se mejoran, se descartan las de baja efectividad y se seleccionan las que tienen efectividad probada. (17)

Si las demandas de salud son vistas como una pirámide, cuya base común está constituida por quejas triviales en términos médico tecnológicos, que a menudo pueden ser resueltas o prevenidas por medio de simples procedimientos estándares ambulatorios; y cuyo vértice, se compone por las condiciones de las enfermedades mucho menos frecuentes y más complejas que requieren un mayor concentración de competencias y recursos, entonces la principal atención de la salud puede ser identificada como la base de esta pirámide. (19)

Esto implica que uno tiene que planificar, estructurar y organizar "desde la base de la pirámide de demanda hacia arriba; si uno va en el sentido contrario, o sea desde el vértice a la base como en muchos países, se obtendrá posiblemente un sistema de servicios de salud costosos y socialmente insatisfactorios. (19)

g) La APS es docente e investigadora

Este elemento conceptual esta en estrecha relación con el anterior. Cuando se dice que la Atención Primaria es docente, nos referimos a que deben desarrollarse los programas de enseñanza que ayuden a profesionales y futuros profesionales a pensar en términos estratégicos, y visualizar su función dentro de un sistema que tiene como objetivo la atención activa de la salud de la gente, y no solo la detección y tratamiento de la enfermedad. (17)

En este sentido, los programas de formación de grado de las universidades latinoamericanas, con honrosas excepciones, se encuentran en un lamentable nivel de atraso respecto de las necesidades y definiciones tomadas por los gobiernos respecto de la atención de la salud. (17)

La investigación en atención primaria requiere esfuerzos adicionales. A diferencia de la investigación médica tradicional, investigar sobre la salud en el contacto con la comunidad requiere de un entrenamiento que permita la utilización de técnicas variadas, tanto cuantitativas como cualitativas. Producir nuevo conocimiento sobre necesidades y soluciones desde la perspectiva de la APS, es un desafío que merece esfuerzos continuos en el trabajo diario. (17)

### **La Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC)**

El conjunto de acciones que la Atención Primaria de la Salud propone a los sistemas sanitarios, comprenden algunas que se realizan en todos los niveles de atención, y otras que solo competen al primero. Entre las primeras podemos nombrar a la atención individual de pacientes en consultorio, la atención de enfermería en el Centro de Atención, atención domiciliaria, etc. La mayor parte de ellas constituyen abordajes clínicos individuales.

Entre las acciones que la APS asigna al primer nivel de atención, se encuentra una que merece una mención especial por su importancia estratégica, y su desarrollo conceptual actual: La Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC). (17)

Este enfoque, como su nombre lo indica, no esta dirigido al paciente individual sino a la comunidad como unidad de intervención. No es en absoluto excluyente, como en las otras modalidades de intervención, sino totalmente complementaria de aquellas.

Una de las claves de su desarrollo es el desarrollo del método epidemiológico en el cual se sustenta.

Las principales actividades que constituyen la APOC se desarrollan en forma de ciclo que contiene las siguientes etapas:

- a. Examen preliminar: Constituye el punto de partida del proceso, y consiste en la recolección y análisis inicial de la información disponible sobre la comunidad.
- b. Diagnostico comunitario mediante estudios de necesidades: Consiste en el estudio sistemático y dirigido de las necesidades de la comunidad. Se realiza mediante técnicas cuantitativas y cualitativas específicas.
- c. Planificación: En esta etapa, se discuten los antecedentes científicos de las intervenciones con sus efectividades, y se planean las acciones a desarrollar.
- d. Monitoreo y vigilancia: Mientras se desarrollan las acciones planificadas se llevan a cabo estas actividades, que consisten en el seguimiento de indicadores que permiten corregir errores, aun antes de terminar las intervenciones.
- e. Evaluación: Sobre la base de la información recogida se valoran los resultados en términos de productos, resultados e impacto. Esta información constituye el insumo principal para volver a comenzar el circulo virtuoso de investigación – acción. (17)

Un sistema de salud que no actúa mas que en el ámbito individual de la consulta, seguramente no solo obtendrá escasos resultados en la salud de la población, sino que fundamentalmente, carecerá de datos precisos para planificar sus acciones y hacerlas más efectivas. (17) Esta indiferencia de los responsables de prestación de la salud hacia la población, es una de las causas fundamentales de la escasa o inadecuada utilización de los servicios en muchos países. (19)

**Salud Para Todos en el Año 2000**

La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emite la CARTA dirigida a la consecución del objetivo antes enunciado. Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Si bien las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, se tuvieron también en cuenta los problemas que atañen a las demás regiones. (20)

La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria, el documento "Los Objetivos de la Salud para Todos" de la Organización Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido en la Asamblea Mundial de la Salud. (20)

- ***Actuar como Mediador***

El sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud y, lo que es más, la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. Las gentes de todos los medios sociales están involucradas como individuos, familias y comunidades. A los grupos sociales y profesionales y al personal sanitario, les corresponde especialmente asumir la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud. (20)

Las estrategias y programas de promoción de la salud, deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región; y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos. (20)

- ***Participación Activa en la Promoción de la Salud***

Implica lo siguiente:

- a) La elaboración de una política pública sana

Para promover la salud se debe ir más allá del mero cuidado de la misma. La salud ha de formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles, con el objeto de tomar conciencia de las consecuencias que las decisiones pueden tener para la salud, y así, asumir la responsabilidad que se tiene al respecto. (20)

La política de promoción de la salud ha de combinar enfoques diversos si bien complementarios, entre los que figuran: la legislación, las medidas fiscales, el sistema tributario y los cambios organizativos. Es la acción coordinada, la que lleva a practicar una política sanitaria de renta social que permite una mayor equidad. La acción conjunta contribuye a asegurar la existencia de bienes y servicios sanos y seguros, una mayor higiene de los servicios públicos y de un medio ambiente más grato y limpio. (20)



La política de promoción de la salud, requiere que se identifiquen y eliminen los obstáculos que impiden la adopción de medidas políticas para favorecerla, fundamentalmente en aquellos sectores no directamente implicados en la misma. El objetivo debe ser, conseguir que la opción más saludable sea también la más fácil de hacer para los responsables en la elaboración de programas. (20)

b) La creación de ambientes favorables

Nuestras sociedades son complejas, y están relacionadas entre sí de manera tal que no es posible separar la salud de otros objetivos generales. Los lazos que, de forma inextricable unen al individuo y su medio, constituyen la base de un acercamiento socio-ecológico a la salud. El principio que ha de guiar al mundo, las naciones, las regiones y las comunidades ha de ser la necesidad de fomentar el apoyo recíproco, de protegernos los unos a los otros, así como a nuestras comunidades y al medio natural. Se debe poner de relieve que la conservación de los recursos naturales, es una responsabilidad mundial. (20)

El cambio de las formas de vida, de trabajo y de ocio afecta de forma muy significativa a la salud. El trabajo y el ocio deben ser una fuente de salud para la población. El modo en que la sociedad organiza el trabajo, debe de contribuir a la creación de una sociedad saludable. La promoción de la salud genera condiciones de trabajo y de vida gratificantes, agradables, seguras y estimulantes. (20)

Es esencial, que se realice una evaluación sistemática del impacto que los cambios del medio ambiente producen en la salud, particularmente en los sectores de la tecnología, el trabajo, la energía, la producción y el urbanismo. Dicha evaluación debe ir acompañada de medidas que garanticen, el carácter positivo de los efectos de esos cambios en la salud pública. La protección tanto de los ambientes naturales como artificiales, y la conservación de los recursos naturales, debe formar parte de las prioridades de todas las estrategias de promoción de la salud. (20)

c) El reforzamiento de la acción comunitaria

La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones, la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión, y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos. (20)

El desarrollo de la comunidad, se basa en los recursos humanos y materiales con que ella cuenta para estimular la independencia y el apoyo social; así, como para desarrollar sistemas flexibles que refuercen la participación pública y el control de las cuestiones sanitarias. Esto requiere un total y constante acceso a la información y a la instrucción sanitaria, así como a la ayuda financiera. (20)

d) El desarrollo de las aptitudes personales

La promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. De este modo, se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y el medio ambiente, y para que opte por todo lo que propicie la salud. (20)

Es esencial proporcionar los medios para que, a lo largo de su vida, la población se prepare para las diferentes etapas de la misma y afronte las enfermedades y lesiones crónicas. Esto se ha de hacer posible a través de las escuelas, los hogares, los lugares de trabajo y el ámbito comunitario, en el sentido de que exista una participación activa por parte de las organizaciones profesionales, comerciales y benéficas, orientada tanto hacia el exterior como hacia el interior de las mismas instituciones. (20)

e) La reorientación de los servicios sanitarios

La responsabilidad de la promoción de la salud por parte de los servicios sanitarios la comparten los individuos, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios, y los gobiernos. Todos deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema de protección de la salud. (20)

El sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la promoción de la salud, de forma tal, que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos. Dichas funciones deben tomar una nueva orientación, para que sean sensibles y respeten las necesidades culturales de los individuos. (20)

Asimismo, deberán favorecer la necesidad por parte de las comunidades de una vida más sana; y crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos. (20)

La reorientación de los servicios sanitarios exige igualmente que se preste mayor atención a la investigación sanitaria, así, como a los cambios en la educación y la formación profesional. Esto necesariamente ha de producir un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios, de forma que giren en torno a las necesidades del individuo como un todo. (20)

f) Irrumpir en el futuro

La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia, y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud. (20)

El cuidado del prójimo, así como el planteamiento holístico y ecológico de la vida, son esenciales en el desarrollo de estrategias para la promoción de la salud. De ahí, que los responsables de la puesta en práctica y evaluación de las actividades de promoción de la

salud, deben tener presente el principio de la igualdad de los sexos en cada una de las fases de planificación. (20)

## La renovación de la atención primaria de la salud en las Américas

A aproximadamente 25 años de la declaración universal de Alma Ata, el **propósito** de la renovación de la APS fue revitalizar la capacidad de todos los países de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes, afrontando los nuevos desafíos en salud para mejorar la equidad; cuyo objetivo final es el logro de mejoras sostenibles en salud para toda la población.

- **¿Por qué renovar la APS?**

El apoyo a la renovación de la APS, se debe a que los formuladores de las políticas sanitarias son cada vez más conscientes de que la atención primaria puede propiciar un rumbo más claro, y una mayor unidad en el actual contexto de fragmentación de los sistemas de salud, y constituye una alternativa a las soluciones improvisadas presentadas actualmente como remedio de los males del sector de la salud. (21)

Las razones que justifican la renovación son: los nuevos desafíos epidemiológicos, la necesidad de corregir las debilidades e incoherencias presentes en algunos de los distintos enfoques, el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre buenas prácticas que pueden incorporarse para incrementar la efectividad de la APS, la APS como estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir desigualdades en materia de salud. (22)

La APS renovada es una condición esencial para lograr objetivos de desarrollo a nivel internacional, así como para abordar las causas fundamentales de la salud, y para codificar la salud como un derecho humano. Si bien los valores medios de los indicadores de salud han mejorado considerablemente, aún quedan desafíos importantes. (22)

La región ha experimentado cambios económicos y sociales generalizados que han tenido gran repercusión en la salud. Estas tendencias, se producen en el contexto de un empeoramiento global de las desigualdades a nivel social, impactando directamente en la salud; cuestión de importancia clave para la APS. (22)

El aumento de las desigualdades no sólo representa el fracaso del sistema de salud, sino que señala la incapacidad de las sociedades en abordar las causas subyacentes de los problemas vinculados a ella, como así también de injusta distribución. Pero, la rápida proliferación de nuevas tecnologías en el ámbito de la salud y la información, pueden contribuir a reducir o aumentar todavía más éstas injusticias. (22)

La salud debe ocupar un lugar central en la agenda para el desarrollo. El mayor apoyo a la salud se refleja en la manera en que se ha venido definiendo el desarrollo, hasta llegar a la visión predominante actual, que es multidimensional y se fundamenta en el concepto de desarrollo humano. Este nuevo enfoque, parte del reconocimiento de la salud como una

capacidad humana básica, un requisito para que los individuos realicen sus proyectos de vida y un derecho humano. (22)

Independientemente de las causas finales, lo cierto es que tras Alma Ata el concepto de APS se fue ampliando y haciendo más confuso, y la APS no ha conseguido todo lo que sus propulsores se habían propuesto. Una estrategia renovada de APS puede ayudar a fortalecer un enfoque más integral e integrado de los sistemas de salud. (22)

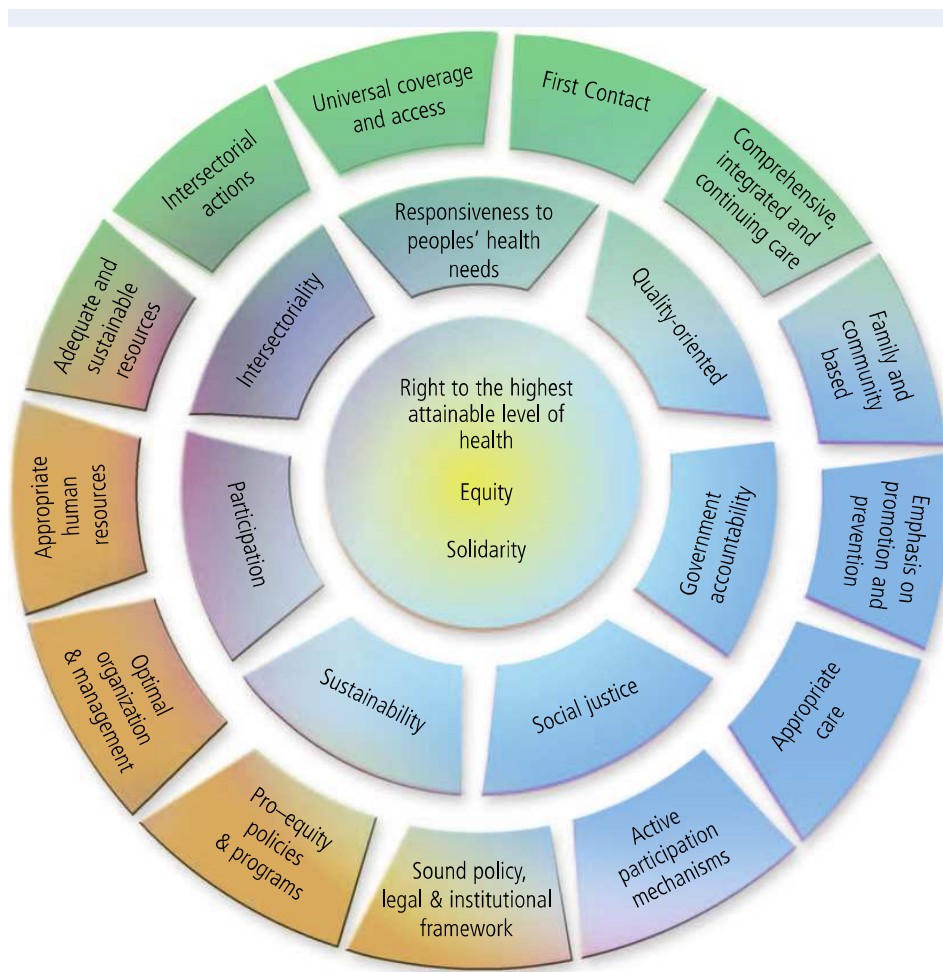
- ***La construcción de sistemas de salud basados en APS***

Hay que considerar que la APS debe ser parte integral del desarrollo de los sistemas de salud y, a su vez, que los sistemas de salud basados en APS son la principal estrategia para promover mejoras equitativas y sostenibles en la salud de los pueblos. (22)

Cuando se define un sistema de salud basado en la APS, se instala la noción de un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la solidaridad y equidad del sistema. (22)

La definición renovada de APS distingue entre valores, principios y elementos, subraya la equidad y la solidaridad, e incorpora la sostenibilidad y la orientación hacia la calidad; descarta que se la defina por tipos específicos de personal de salud, puesto que los equipos que trabajan deben determinarse de acuerdo con los recursos y la evidencia disponible, al igual que por las preferencias culturales. (22)

Cada país deberá desarrollar su propia estrategia para la renovación de APS de acuerdo con sus recursos económicos, circunstancias políticas, capacidades administrativas y desarrollo histórico del sector salud.



## 1) Valores

Los valores son esenciales para establecer las prioridades nacionales y para evaluar si los pactos sociales responden o no a las necesidades y expectativas de la población. Proveen una base moral para las políticas y los programas que se formulan en nombre del interés público. Es necesario, crear una base legal que permita hacer valer el derecho a la dignidad, la libertad y a gozar de buena salud. (22)

- ✓ El derecho al mayor nivel de salud posible

Se expresa en muchas constituciones nacionales y se articula en muchos tratados internacionales. Ello implica derechos legalmente definidos de los ciudadanos y responsabilidades del Estado y de otros implicados, y crea los mecanismos para que los ciudadanos puedan reclamar en caso de que esos compromisos no se cumplan. Garantiza que los servicios de salud respondan a las necesidades de la población, y que se oriente a la calidad logrando la máxima eficiencia y efectividad, minimizando a la vez los posibles daños a la salud. (22)

- ✓ La equidad

En materia de salud se refiere a la ausencia de diferencias injustas en el estado de la salud, en el acceso a la atención de la salud y a los ambientes saludables, como así también, en el trato que se recibe en el sistema de salud y en otros servicios sociales. Esto significa, que los ciudadanos deben ser capaces de corregir las desigualdades mediante el ejercicio de sus derechos morales y legales a la salud, y de otros derechos sociales. (22)

✓ La solidaridad

Es el grado en que los miembros de una sociedad trabajan conjuntamente para definir y conseguir el bien común. Se manifiesta por la conformación de organizaciones de voluntariado y sindicatos, así como otras múltiples formas de participación ciudadana. Los sistemas de salud requieren la solidaridad social para que las inversiones en salud sean sostenibles, para proporcionar protección financiera y mancomunación del riesgo, y para posibilitar que el sector de la salud trabaje conjuntamente con otros sectores y actores; aportando la cooperación necesaria para mejorar la salud y las condiciones que influyen en ella. Es necesaria la participación y la rendición de cuenta de todos los niveles, para garantizar que la solidaridad se mantenga a lo largo del tiempo. (22)

2) Principios

Proporcionan la base para las políticas de salud, la legislación, los criterios de evaluación, la generación y asignación de recursos, y la operación del sistema de salud. Sirven de puente entre los valores sociales y los elementos estructurales y funcionales del sistema de salud. (22) Entre ellos se pueden enumerar a:

✓ Dar respuesta a las necesidades de salud de la población

Significa que los sistemas de salud se centran en las personas, de modo tal, que intentan satisfacer las necesidades en materia de salud de la forma más ampliamente posible. Esto supone atender de forma integral y basarse en la evidencia, al tiempo que debe respetar y reflejar las preferencias y necesidades de los ciudadanos independientemente de sus situación socioeconómica, cultural, género, raza u origen étnico. (22)

✓ Los servicios orientados hacia la calidad

Además de responder a las necesidades de la población tienen la capacidad de anticiparse a ellas y de tratar a todas las personas con dignidad y respeto, al tiempo que asegura la mejor intervención para sus problemas de salud, evitando cualquier daño. Exige procedimientos para evaluar la eficiencia, efectividad y seguridad de las intervenciones preventivas y curativas; para ello, es preciso contar con métodos de garantía de calidad. (22)

✓ La responsabilidad y rendición de cuenta de los gobiernos

Asegura que los derechos sociales se garanticen y apliquen, y que los ciudadanos estén protegido contra cualquier perjuicio. Requiere de políticas reguladoras y procedimientos legales específicos, que permitan a los ciudadanos hacer exigibles sus derechos en caso que

no se respeten. La rendición de cuentas, exige el monitoreo y la mejora continua del desempeño del sistema de salud de forma transparente y sujeta al control social. (22)

Justicia social implica que las acciones de gobierno, debieran ser evaluadas por el grado en que aseguran el bienestar de todos los ciudadanos, especialmente de los más vulnerables.(22)

✓ La sostenibilidad

Exige de planificación estratégica y compromiso a largo plazo. La APS debiera considerarse como el vehículo principal para invertir en la salud de la población. Esta inversión debiera ser suficiente para satisfacer las necesidades actuales, al tiempo que planifica combatir los desafíos del futuro; siendo el compromiso político esencial para garantizar la sostenibilidad económica. (22)

✓ La participación

Convierte a los individuos en socios activos en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, en la definición de las prioridades y garantías de la rendición de cuentas. Las personas deben ser capaces de tomar decisiones de forma libre, y han de estar plenamente informadas en lo que respecta a su salud y la de sus familias, con un espíritu de autodeterminación y confianza. (22)

✓ La intersectorialidad

Significa que el sector de la salud debe trabajar con diferentes fracciones y actores, para velar porque las políticas públicas se alineen con el fin de maximizar su potencial de contribución a la salud y al desarrollo humano. El principio de intersectorialidad se hace posible, con la creación y el mantenimiento de vínculos entre el sector público y el privado. (22)

Todos lo gobiernos deberían formular políticas nacionales, estrategias y planes de acción para establecer y mantener la atención primaria sanitaria, como parte de un sistema nacional de salud integrado y en coordinación con otros sectores. Para este fin es necesario ejercitar voluntades políticas, con el propósito de movilizar los recursos del país como también utilizar racionalmente los externos disponibles. (18)

### 3) *Elementos*

Los sistemas de salud basados en APS están conformados por elementos estructurales y funcionales. Deben basarse en la evidencia respecto de su efectividad para la mejora de la salud, y su relevancia para asegurar otros aspectos del sistema. Los elementos esenciales requieren la acción concurrente de financiación, rectoría y provisión de servicios de salud. (22)

✓ La cobertura y el acceso universal

Son el fundamento de un sistema de salud equitativo. La cobertura universal implica, que los mecanismos de financiación y organización son suficientes para cubrir a toda la población. La accesibilidad implica la ausencia de barreras a la atención de la salud. Requiere también, que todos los servicios sean aptos para toda la población, y ello implica tener en cuenta las necesidades en materia de salud, las preferencias, la cultura y los valores a nivel local. Exige un enfoque intercultural y de género en la provisión de servicios de salud. La aceptabilidad determina el uso real de los servicios, e influye en la percepción sobre el sistema de salud. (22)

✓ El primer contacto

Se refiere a que la atención primaria, debe ser la puerta principal de entrada al sistema de salud para la consulta de todos los nuevos problemas, y el lugar donde se resuelven la mayoría de ellos. Representa en la mayoría de los casos, el principal punto de contacto entre la población y los sistemas de servicios sociales y de salud. Si bien la APS fortalece la atención primaria en su papel de atención de primer nivel, tiene a su vez elementos adicionales que trascienden de forma significativa el primer nivel de atención. (22)

✓ Atención integral, integrada y continua

Implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo promoción, prevención, diagnóstico precoz, atención curativa, rehabilitadora y paliativa, y apoyo para el autocuidado. La integralidad es una función de todo el sistema de salud, e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa. (22)

La atención integrada exige la coordinación entre todas las partes del sistema, para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud y su atención a lo largo del tiempo, así, como a través de diferentes niveles y lugares de atención sin interrupción. Para los individuos, atención integrada significa que abarca todo el ciclo de vida. A nivel del sistema, requiere el desarrollo de redes de servicios y de proveedores, sistemas de información y gestión apropiados, así como la capacitación del personal. (22)

✓ La orientación familiar y comunitaria

Supone que el sistema de salud no descansa sobre una perspectiva individual o clínica; haciendo uso de la información familiar y comunitaria para identificar riesgos, y decidir el orden de prioridad de las intervenciones. (22)

✓ El énfasis en la promoción y la prevención

Es de vital importancia porque sus acciones son costo - efectivas, éticas, pueden facultar a las comunidades y a los individuos para que ejerzan mayor control sobre su propia salud, y son esenciales para abordar de raíz a los determinantes sociales de la salud. Permite ir más allá de la orientación clínica para abarcar la educación y el apoyo en materia de salud en el trabajo, las escuelas y el hogar. La promoción de la salud, también requiere criterios



normativos y políticas para mejorar las condiciones de trabajo y la seguridad laboral, reducir los riesgos ambientales, y llevar a cabo estrategias de apoyo en la población. (22)

✓ Cuidados apropiados

Significa que no se limita simplemente a la atención de una enfermedad o de un órgano. Debe centrarse en la persona como un todo, y en sus necesidades sociales y de salud a lo largo de la vida, garantizando al mismo tiempo la seguridad de las intervenciones, y que la persona no sufra daños o perjuicios de ningún tipo. El cuidado apropiado implica que toda la atención prestada se basa en la mejor evidencia disponible, y que las prioridades respecto de la asignación de los recursos se establecen según criterios de eficiencia y de equidad. Los servicios deben ser pertinentes, para ello es preciso que se ajusten a las necesidades comunes de toda la población, y al mismo tiempo, que atienden necesidades específicas de determinado grupo. (22)

✓ Participación activa

La APS debiera fundamentarse en valores compartidos, que involucren a éste mecanismo para garantizar la transparencia y la rendición de cuentas en todos los niveles, facultando a los individuos en un mejor manejo de su propia salud, y estimulando las capacidades de la comunidad de convertirse en socio activo. Ello implica que, las acciones deben encaminarse a la promoción de entornos y estilos de vidas saludables. (22)

✓ Marco político legal e institucional sólido

Son requeridos para que las estructuras y funciones identifiquen y respalden las acciones, los actores, los procedimientos, y los sistemas legales y financieros; permitiendo que la APS desempeñe sus funciones especificadas. Estas actividades forman parte de la función de rectoría del sistema de salud. (22)

✓ Políticas y programas pro – equidad

Se desarrollan con el fin de reducir los efectos negativos de las desigualdades sociales en salud, corrigiendo los principales factores que causan las desigualdades, y velando para que todas las personas sean tratadas con dignidad y respeto. Requiere trabajar en todos los sectores, para transformar aquellas estructuras sociales y económicas que influyen en los determinantes últimos de las desigualdades. (4)

✓ Organización y gestión óptimas

Requiere de prácticas que permitan la innovación para mejorar constantemente la provisión de atención de forma segura, cumpliendo las normas de calidad, ofreciendo lugares de trabajo satisfactorios para los trabajadores de la salud, y dando respuesta a las necesidades de los ciudadanos. Los profesionales de la salud y los gestores deben recopilar información, y usarla regularmente en los procesos de toma de decisiones y planificación. (22)

✓ Recursos humanos adecuados

Además de poseer los conocimientos y habilidades pertinentes, deben observar las normas éticas, y tratar a todas las personas con dignidad y respeto. Los equipos multidisciplinarios son fundamentales para el enfoque de la APS; ello no solo requiere de una combinación correcta de profesionales, sino también, de una definición adecuada de funciones y responsabilidades. (22)

✓ Recursos adecuados y sostenibles

Un sistema de salud basado en la APS, debe basarse en una planificación que provea elementos acorde con las necesidades de salud. Los recursos, debieran determinarse mediante análisis de la situación de salud basados en datos obtenidos en la comunidad, incluidos los recursos de tipos más estructurales, así como los presupuestos de operación necesarios para prestar una atención preventiva y curativa de gran calidad e integralidad. (22)

✓ Acciones intersectoriales

Son necesarias para abordar los principales determinantes de la salud de la población, creando sinergias entre los sectores de la salud y otros sectores y actores; como las escuelas, los lugares de trabajo, los programas de desarrollo económico y urbano, la mercadotecnia y el desarrollo agrario, y la provisión de agua y saneamiento entre otros. (22)

• ***¿Cuáles son los beneficios de un sistema de salud basado en APS?***

Se considera que los sistemas de salud basados en APS, son capaces de mejorar la equidad porque su enfoque es menos costoso para los individuos y más rentable para la sociedad, a la hora de compararlos con los sistemas orientados hacia la atención especializada. (22)

Se ha demostrado que un enfoque sólido hacia APS puede garantizar mayor eficiencia hacia los servicios, gracias al ahorro de tiempo en la consulta, al uso reducido de pruebas de laboratorio, y menores gastos de atención de salud. Puede además ayudar a liberar los recursos, para atender las necesidades de salud de los individuos que se encuentran en peor situación. Estas acciones, minimizan los gastos de bolsillo y los costos indirectos de atención de la salud, poniendo énfasis en la universalización de la cobertura para eliminar los factores socio – económicos que actúan como barreras en el acceso a la atención necesaria. (22)

La APS también puede favorecer la eficiencia y la efectividad. Los individuos que cuentan con una fuente regular de atención primaria a lo largo del tiempo para la mayoría de sus necesidades de atención de salud, han mostrado mayor satisfacción, mejor cumplimiento de las indicaciones médicas, menos hospitalización y menor utilización de los servicios de urgencia que quienes no disponen de ella. (22)

## Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)

Ante que nada, es importante resaltar que los notables progresos registrados en el ámbito de la salud en las últimas décadas han sido muy desiguales; existiendo una convergencia hacia una mejora de la salud en gran parte del mundo, pero al mismo tiempo, numerosos países están quedando cada vez más rezagados o perdiendo terreno. (21)

Los sistemas de salud no están al margen del rápido ritmo de cambio y transformación que caracteriza al actual proceso de globalización; las crisis económicas y políticas plantean a los componentes estatales e institucionales, el reto de garantizar el acceso a los servicios de salud, como así también, la prestación y financiación de éstos. (21)

En muchos sentidos, las respuestas del sector de la salud a un mundo en transformación han sido inadecuadas e ingenuas. En lugar de reforzar su capacidad de respuesta y prever los nuevos desafíos, los sistemas sanitarios parecen hallarse a la deriva, fijándose una tras otra prioridades a corto plazo, de manera cada vez más fragmentada y sin una idea clara del rumbo a seguir. (21)

En este caso cuando se habla de integración se hace referencia a la función de prestación de los servicios de salud, y no se abordan los mecanismos de integración de la función financiera y/o aseguramiento de los sistemas de salud. Tampoco los mecanismos específicos de integración de programas focalizados en enfermedad, riesgo y poblaciones específicas (programas verticales). (23)

Los sistemas de salud de las Américas se caracterizan por altos niveles de fragmentación de sus servicios de salud. La OMS define los sistemas de salud como “el conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recuperar y/o mejorar la salud”. Tienen tres funciones principales: la rectoría, el financiamiento y la prestación de servicios de salud. (23)

Los subsistemas latinoamericanos se orientan hacia estratos específicos de población agrupados de diferentes maneras según algunas características económicas, laborales y sociales, lo que produjo un fenómeno de segregación poblacional, consistente en la estratificación del ejercicio del derecho a la salud. Debido a ello, la estructura organizativa de los diversos sistemas de salud consistió en arreglos no integrados de subsistemas dirigidos a estratos específicos de población; lo que condujo a una mayor segmentación y fragmentación afectando profundamente su desempeño. (23)

La experiencia demuestra, que la excesiva fragmentación de los servicios de la salud genera dificultades en el acceso a los servicios, con prestaciones de baja calidad técnica, uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, incremento innecesario de los costos de producción, y baja satisfacción de los ciudadanos con los servicios recibidos. (23)

Los sistemas de salud de la región, requieren de profundos cambios para que puedan contribuir de manera efectiva a la protección social, y garantizar el derecho a la salud de todos los ciudadanos. Entre esos cambios son esenciales la superación de:

- ✓ La segmentación: es decir la existencia de subsistemas debido a distintas fuentes y arreglos de financiamiento, reflejando una segmentación social por capacidad de pago ó por inserción en el mercado laboral.
- ✓ La fragmentación organizacional: es decir la coexistencia en el territorio de infraestructura y capacidades de diversos subsistemas, sin coordinación y menos integración. (23)

Aún cuando más recursos para salud son necesarios, los gobiernos también están buscando nuevas maneras para hacer más con los mismos recursos existentes.

La fragmentación de los servicios de salud **se manifiesta de múltiples formas** en los distintos niveles del sistema. En el desempeño general del sistema, la fragmentación se manifiesta como falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de los servicios y la infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en el sitio menos apropiado, en especial en los hospitales. En la experiencia de las personas que utilizan el sistema, la fragmentación se expresa como falta de acceso a los servicios, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia de los servicios con las necesidades de los usuarios. (23)

- ***Las causas de la Fragmentación de los Servicios de Salud***

La magnitud y **las causas principales** de la fragmentación son diferentes según el país, dependiendo de cada situación en particular. Como hemos mencionado anteriormente, la fragmentación puede ser causada por una diversidad de factores, algunos del ámbito externo, y otros del ámbito interno del sistema. A continuación señalamos algunos de los factores más importantes:

La segmentación de los sistemas de salud es un gran condicionante de la fragmentación de los servicios de salud. No obstante, las causas principales de fragmentación corresponden a: segmentación institucional de los sistemas de salud; descentralización de lo servicios de salud que fragmenta los niveles de atención; predominio de programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicos (programas verticales) que no están integrados al sistema de salud; separación extrema de los servicios de salud pública de los servicios de atención a las personas; modelo de atención centrado en la enfermedad, el cuidado de episodios agudos y la atención hospitalaria; debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria; problemas de la cantidad, calidad y distribución de los recursos; y prácticas de financiamientos de algunos organismos de cooperación/ donantes internacionales que promueven los programas verticales.(23)

En los sistemas segmentados, la coexistencia simultánea de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión “especializadas” de acuerdo a los diferentes segmentos de la población, condicionan de partida, y de forma estructural, la existencia de subsistemas que funcionan en forma independiente unos de otros, causando graves problemas de integración desde una perspectiva global del funcionamiento del sistema. (23)

Este fenómeno, de raíces históricas, significa que muchos de los sistemas de salud y protección social se “especializan” en estratos específicos de la población agrupados por clase social, ingreso, ocupación, inserción en el mercado laboral formal, origen étnico, u ocupación del territorio (urbano/rural), produciendo el fenómeno de la segregación poblacional, generando una estratificación inconsistente con el ejercicio del derecho a la salud. (23)

Como consecuencia, las redes de provisión de servicios fueron creadas de forma acorde por cada subsistema, con limitada integración y comunicación entre las unidades asistenciales que las forman, tanto dentro de un mismo subsistema como entre los subsistemas y los diferentes niveles de atención. Con frecuencia, la prestación de servicios se concentra en las áreas urbanas más ricas y en la población asalariada, generando un uso ineficiente de los recursos sectoriales y dejando desprotegidos a los más pobres, al sector informal de la economía, y en muchos países, a las poblaciones indígenas, afro-descendientes, rurales y urbano marginales. (23)

Por otra parte, la segmentación genera además un aumento de los prestadores de servicios de salud fuera del ámbito público, y por lo tanto, una mayor necesidad de la capacidad de la autoridad sanitaria de cumplir sus funciones regulatorias en materia de servicios de salud. La debilidad de la capacidad rectora en contextos de sistemas segmentados, puede agravar aún más la fragmentación de los servicios de salud. (23)

- ***Los Profundos Cambios en el Entorno y el Quehacer de los Servicios de Salud***

- 1) Los cambios originados en la demanda de los servicios

La caída en las tasas de fertilidad, el aumento de la expectativa de vida y el envejecimiento de la población son importantes cambios demográficos que inciden fuertemente sobre el perfil epidemiológico de la población, y por ende en la demanda de los servicios de salud. El envejecimiento de la población conlleva un aumento de las patologías crónicas, y de la comorbilidad que los sistemas actuales no están en condiciones de responder. (23)

El aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas requiere no sólo de una mayor colaboración entre proveedores, sino además, de una mayor integración entre el cuidado del primer nivel de atención y el de especialidad.

Por otro lado, los usuarios están demandando servicios de mayor calidad y que se ajusten más a sus preferencias individuales y grupales. Esta situación ha llevado a las organizaciones prestadoras de servicios, a cambiar su actitud tradicionalmente cerrada y auto-referenciada a una actitud más abierta a la participación ciudadana en temas claves como la gobernanza, la gestión y la entrega de los servicios de salud. (23)

- 2) Los cambios originados en la oferta de los servicios

En este ámbito, existen avances importantes en la tecnología que aumentan la expectativa de vida y que otorgan nuevas formas de atención, pero que además pueden aumentar los costos de la atención.

Desde el punto de vista financiero, en casi todos los países de la región se pueden constatar aumentos en los costos de la atención y la aplicación de nuevos mecanismos de pago para contenerlos. Desafortunadamente, estos incrementos en los costos de atención se dan en un contexto de dificultades de financiamiento del sector. (23)

Muchos países todavía tienen una gran dependencia del financiamiento externo. Esta situación conlleva dos problemas importantes desde el punto de vista de la integración de los servicios. En primer lugar, la dependencia externa condiciona visiones cortoplacistas en materia de organización y gestión de los servicios, debido a que los fondos no necesariamente están garantizados en el mediano y largo plazo. Por otro lado, muchos donantes tienden a privilegiar esquemas de programas verticales los cuales, como hemos visto anteriormente, son causales importantes de la fragmentación de los servicios. (23)

Otro desafío importante es el déficit de personal de salud calificado, con inadecuación de los perfiles de cargos y laborales; más importante aún, existen serias inequidades en cuanto a la distribución geográfica de los mismos. (23)

### 3) Los cambios originados en un contexto más amplio

La globalización trae aparejada mayores oportunidades de intercambio de información y conocimiento en materia de salud, pero también acrecienta los riesgos de transmisión de enfermedades contagiosas a nivel global. La globalización está facilitando también el movimiento de personas en lo que se denomina usualmente como “turismo de salud”. Otros problemas de orden más amplio, son las crisis humanitarias motivadas por conflictos de variada intensidad, el calentamiento global, el deterioro severo del ambiente, y la existencia de países en situación “frágil”.

Por otra parte, el bajo nivel de desempeño de los servicios públicos, las dificultades de acceso y el alto costo de los servicios privados están siendo cuestionados por los gobiernos, la sociedad en general y los usuarios en particular.

En general las reformas de los años 80 y 90 no consideraron las características de cada país, sino que más bien tendieron modelos estandarizados y centrados en cambios financieros y de gestión, en la desregulación del mercado laboral, la descentralización, etc.; pero tampoco promovieron la indispensable articulación y sinergia de las funciones de los sistemas, con lo cual se descuidaron sus complejas interrelaciones y se aumentó la fragmentación de los servicios de salud.

- ***El Propósito de la Iniciativa de OPS/OMS sobre Redes Integradas de Servicios de Salud***

El propósito de la iniciativa de OPS/OMS sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) es contribuir al desarrollo de Sistemas de Salud Basados en la APS, y por ende, a la prestación de servicios de salud que sean más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos.

En el 2008, la OPS efectuó una serie de consultas para tratar el problema de la fragmentación de los servicios de salud y la estrategia para abordarla, cuyo principal logro de las consultas fue confirmar la necesidad de establecer RISS.

- ***El Concepto de Servicios de Salud Integrados y sus Diferentes Modalidades***

La OMS ha propuesto la siguiente definición preliminar sobre servicios de salud integrados: “La gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud”. (23)

Como se puede apreciar de la definición anterior, ésta es bastante amplia y permite abarcar muchas “modalidades” de integración. Desde el punto de vista conceptual, la integración se puede entender mejor como un continuo más que como una situación de extremos opuestos entre integración y no integración. Esto significa que existe una gradiente de integración entre la fragmentación absoluta hasta la integración total.

Por otra parte, no todos los elementos que componen un sistema deben necesariamente integrarse. La experiencia demuestra que dentro de las partes que componen un sistema, existen ciertas partes que son más importantes que otras en lograr una integración efectiva. Se debe recordar también que la integración no es un fin en sí mismo, sino, un medio para mejorar el desempeño del sistema.

En la siguiente tabla se muestran términos relacionados con el concepto de servicios de salud integrados.

| Concepto  | Definición   | Comentarios  |
|---|--|--|
| Integración horizontal*                             | La coordinación de las funciones, actividades o unidades operativas que están en la misma fase del proceso de entrega de servicios.  | Ejemplos de este tipo de integración son las consolidaciones, fusiones y servicios compartidos.  |
| Integración vertical*                               | La coordinación de las funciones, actividades o unidades operativas que están en distintas fases del proceso de entrega de servicios.  | Ejemplos de este tipo de integración son los vínculos de los hospitales con grupos médicos, centros de cirugía ambulatoria y agencias de cuidados en el hogar. Existe integración vertical hacia adelante, es decir hacia el paciente o el usuario, e integración vertical hacia atrás, es decir hacia suministros tales como compañías de equipamiento médico e insumos. Además, existe la posibilidad de la integración vertical con la aseguradora de la salud. |
| Amplitud de integración*                            | Número o conjunto de funciones y servicios diferentes que proporciona el sistema a lo largo del continuo de servicios de salud.  |  |
| Profundidad de integración*                         | Número de unidades diferentes que posee un sistema para proporcionar una determinada función o servicio.   |  |
| Concentración geográfica*                           | El grado en que las unidades operativas de un sistema están localizadas en proximidad una con la otra, y con relación a la población servida.  |  |
| Integración clínica*                                | El grado en que el cuidado del paciente está coordinado a través de las diversas funciones, actividades y unidades operativas del sistema.   | El grado de coordinación del cuidado depende fundamentalmente de la condición del paciente y de las decisiones que haga su equipo de salud. La integración clínica incluye la integración horizontal y la vertical.  |
| Integración personal de salud-sistema (Modificado)* | El grado en que el personal de salud se identifica con el sistema; usan sus establecimientos y servicios; y participan activamente en la planeación, gestión y gobernanza del sistema. |  |

- **Definición de RISS**

La más ampliamente usada establece:

Una Red Integrada de Servicios de Salud puede definirse como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuenta por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”. (23)



Las RISS no requieren que todos los servicios que la compongan sean de propiedad única; sino, que permite buscar opciones de complementación entre organizaciones de distinta naturaleza jurídica, ya sean públicas o privadas.

- ***Los Beneficios de las Redes Integradas de Servicios de Salud***

No obstante lo anterior, diversos estudios sugieren que los RISS mejoran la accesibilidad al sistema, reducen el cuidado inapropiado moderando la fragmentación asistencial, evitan la duplicación de infraestructura y servicios, reducen los costos de producción y de transacción, y responden mejor a las necesidades de salud de la comunidad. (23)

Además, los RISS tenderían a mejorar el nivel de ajuste entre los recursos del sistema y las necesidades de salud de la población a través de un mejor balance entre especialistas y generalistas (58). En términos financieros, los sistemas integrados se desempeñan mejor en cuanto a márgenes operacionales totales, flujos de caja e ingresos totales netos. (23)

Desde el punto de vista clínico, se ha asociado a mejorías en la efectividad clínica, en la capacidad de respuesta de los servicios, en la aceptabilidad de los servicios, y en la eficiencia del sistema de salud.

Desde la perspectiva del usuario, los RISS facilitan el acceso oportuno a servicios del primer nivel de atención; mejoran el acceso a otros niveles de atención cuando son requeridos, y facilitan la implementación de estrategias de auto-cuidado y seguimiento de enfermedades crónicas.

Independiente de los hallazgos anteriores, existe un amplio acuerdo entre los investigadores del tema que se deben realizar más estudios para demostrar la relación entre nivel de integración y resultados a nivel clínico, a nivel de salud poblacional y a nivel de satisfacción de los usuarios. (23)

- ***Los Atributos Esenciales de las RISS***

Dada la gran variedad de los contextos de los sistemas de salud, no es posible prescribir un único modelo organizacional de RISS; de hecho, existen múltiples modelos posibles. El objetivo de las políticas públicas entonces, es alcanzar un diseño que satisfaga las necesidades organizacionales específicas de cada sistema. No obstante, las RISS requieren de los siguientes atributos esenciales para su adecuado funcionamiento: (23)

**Modelo Asistencial:**

1. *“Población y territorio a cargo definido y con amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias, que determina la oferta de servicios de salud”.*
2. *“Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades,*

*riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública”.*

3. *“Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubra a toda la población y sirva de puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de la salud, además de satisfacer la mayor parte de necesidades de salud de la población”.*
4. *“Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios”.*
5. *“Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud”.*
6. *“Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta los niveles de diversidad de la población”.*

#### **Gobernanza y estrategia:**

7. *“Un sistema de gobernanza participativo y único para toda la red”.*
8. *“Participación social amplia”.*
9. *“Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud”.*

#### **Organización y gestión:**

10. *“Gestión integrada de los recursos de apoyo clínico, administrativo y logístico”.*
11. *“Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red”.*
12. *“Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes”.*
13. *“Gestión basada en resultados”.*

#### **Asignación e incentivos:**

14. *“Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red”.*

- ***Los Instrumentos de Política Pública y los Mecanismos Institucionales Disponibles para Conformar Redes Integradas de Servicios de Salud***

El desfase entre las expectativas y los resultados preocupa a las autoridades sanitarias, y debido al creciente peso económico e importancia social del sector de la salud, también, es motivo de creciente preocupación entre los políticos. (21)

Los decisores políticos, los gestores y los proveedores de servicios de salud disponen de una serie de instrumentos y de mecanismos institucionales que pueden ayudar en la conformación de las RISS; en ese sentido, siempre deberán ser respaldados como una estrategia fundamental por las políticas de Estado. En éste marco deberán apoyarse en un referente jurídico coherente, y acorde con su desarrollo, en investigaciones operativas y en el mejor conocimiento científico disponible. La permanencia de estos mecanismos e instrumentos, dependerá de la viabilidad política y técnica, económica y social de cada situación en particular. (23)

Se han concentrado los instrumentos y mecanismos en dos grupos principales: uno corresponde a los instrumentos de política, y el otro a mecanismos institucionales. El primer grupo está orientado a formuladores de política, ya sean estos del nivel nacional, regional o sub-regional (dependiendo del grado de descentralización del sistema). El segundo grupo está orientado a gestores y prestadores de servicios de salud. (23)

En la realidad, la división entre formuladores de política y gestores/prestadores de servicios no es marcada, particularmente en situaciones donde no hay separación de funciones al interior del sistema. Esto significa, que las opciones de instrumentos de política y los mecanismos institucionales, pueden ser utilizados en forma conjunta por diversos actores institucionales tanto públicos como privados. (23)

✓ INSTRUMENTOS DE POLÍTICA PÚBLICA

Los instrumentos de política son los medios por los cuales los objetivos de la política pública son alcanzados, el más frecuentemente usado por los gobiernos, es el jurídico. Sin embargo, desde el punto de vista del impacto de las políticas públicas, es importante complementar los instrumentos jurídicos con otros tipos.

Los instrumentos de política pública disponibles son los siguientes:

1. Jurídicos: es decir el empleo de requerimientos/mandatos legales que toman la forma de ley, decreto, u orden judicial.
2. Provisión directa de servicios: es decir la prestación directa a través de servicios del Estado, o la intervención en otros procesos institucionales de forma variada de modo de obtener resultados.
3. Desarrollo de capacidades de otros: es decir la transferencia de recursos financieros, informativos y organizativos a terceras partes; de modo, que puedan construir sus capacidades para alcanzar objetivos que son de interés tanto, de las partes involucradas como de los hacedores de política.

4. Impuestos y tarifas: consiste en aumentar el costo de ciertas conductas; haciendo foco en, el cambio de conducta y la alteración del proceso de “mercado” para el cálculo de costos y beneficios.
5. Gasto y subsidios: es decir el uso de dinero en la forma de donación, subsidio, transferencia y/o “voucher” que disminuye el costo de alguna conducta o resultado deseado.
6. Información y exhortación: consiste en el uso de la información para cambiar conductas y/o visiones normativas. El instrumento, asume que las personas tienen incentivos para cambiar sus conductas basados en la información; y a diferencia del instrumento jurídico, el uso de la información se basa en una respuesta voluntaria.

Para presentar las opciones de instrumentos de política pública, éstas se han agrupado en dos sub-grupos: instrumentos jurídicos e instrumentos no-jurídicos. Los instrumentos no-jurídicos incluyen todas las opciones anteriores que no corresponden a la categoría jurídica. (23)

#### ✓ MECANISMOS INSTITUCIONALES

Los mecanismos institucionales son aquellos que se pueden aplicar a nivel de las instituciones gestoras y/o prestadoras de servicios de salud. Para propósitos de este documento, los mecanismos institucionales se han agrupado en dos sub-grupos:

1. Vías clínicas: es decir mecanismos que se relacionan más directamente con el proceso asistencial propiamente dicho.
2. Vías no-clínicas, es decir mecanismos que se relacionan más directamente con los modelos de organización y gestión del sistema, en apoyo al proceso asistencial.

Como en los casos anteriores, la separación entre vías clínicas y vías no-clínicas es artificial y se ha hecho con el único propósito de facilitar la presentación de las opciones en el texto. (23)

#### • **La Pertinencia de los Instrumentos de Política Pública y los Mecanismos Institucionales Disponibles, con Base a las Diferentes Realidades de los Sistemas de Salud de la Región**

Las diferentes opciones políticas y las estrategias para superarlas dependen a su vez de la factibilidad técnica y viabilidad política, económica y social de cada contexto. Cada realidad local deberá desarrollar su propia estrategia para la implantación de RISS, de acuerdo con sus recursos económicos, circunstancias políticas, capacidades administrativas, y desarrollo histórico de los servicios. (23)

No obstante lo anterior, al hacer un análisis de la situación regional es posible identificar algunas “situaciones tipo” que requerirán, de una forma u otra, ciertas características de prioridades en términos de los atributos a desarrollar, como también de la peculiaridad de instrumento o mecanismo a utilizar. A continuación se presentan algunas de estas situaciones. (23)

#### ✓ SISTEMAS DE SALUD ALTAMENTE SEGMENTADOS

Estos sistemas, se caracterizan por presentar serios problemas de duplicación de servicios y recursos entre los sub-sistemas que los componen, al igual que los elevados niveles de inequidad en el acceso a beneficios entre ellos.

En este tipo de sistemas, las ineficiencias de la excesiva segmentación del financiamiento y/o aseguramiento de la salud, pueden ser parcialmente compensadas por distintos esquemas de “integración” a nivel de la prestación de los servicios, los cuales pueden contribuir a disminuir los niveles de duplicación de actividades e infraestructura entre sub-sistemas, particularmente en zonas urbanas. (23)

En el caso que hubiera la decisión política de avanzar en la integración virtual de los servicios (sin cambios en la propiedad de los activos), habría que concentrarse en desarrollar redes de gobernanza, gestión, información y coordinación asistencial compartida entre los sub-sistemas. En el caso de la integración entre el sector público y privado, la herramienta de elección debería ser el uso de contratos entre las partes. (23)

#### ✓ SISTEMAS SIN COBERTURA UNIVERSAL

En este tipo de sistema, el problema fundamental es la falta de acceso a los servicios, bienes y oportunidades de salud por segmento o grupo de la población beneficiaria; como así también, el predominio de programas verticales en los servicios de salud. (23)

Muchos gobiernos de los países en desarrollo (y de hecho, también países desarrollados), que carecen de técnicas costo/ beneficio pertinentes y fiables, son presa de los intereses creados por los grupos de presión de las especialidades médicas. Lo particularmente importante, es que los gobiernos deben darse cuenta de que los beneficios sociales deben tener preferencia sobre los beneficios económicos. (19)

En este tipo de sistemas, la prioridad en la integración es definir la población/territorio a cargo, conocer sus necesidades y preferencias en salud, y desarrollar un primer nivel de atención que preste servicios integrales a toda la población. En términos de los instrumentos de política pública a utilizar, se pueden emplear una combinación de instrumentos jurídicos y no-jurídicos para garantizar el acceso a toda la población; pudiendo explorar posibilidades de compra de servicios al sector privado. (23)

#### ✓ SISTEMAS CON DESCENTRALIZACIÓN QUE FRAGMENTA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

En este tipo de sistema, el problema fundamental es la falta de coordinación entre niveles asistenciales con distinta dependencia administrativa; como así también, la falta de economías de escala para la prestación de servicios especializados, en las descentralizaciones de población beneficiaria con bajos volúmenes. (23)

En estos sistemas, la prioridad fundamental es mejorar los mecanismos de coordinación asistencial entre los niveles de atención; debiendo privilegiar mecanismos institucionales para coordinar el continuo asistencial utilizando las vías clínicas y no-clínicas. Debiendo asociarse mediante esquemas de integración virtual para mejorar las economías de escala; como son la provisión de medicamentos, de insumos y equipamiento médico. (23)

✓ **SISTEMAS CON SEPARACIÓN DE FUNCIONES Y GRAN DIVERSIDAD DE PRESTADORES DE SERVICIOS**

En este tipo de sistemas, el problema fundamental de integración es la duplicación de servicios y recursos a nivel de los prestadores. En este caso, el ente asegurador y/o financiador de la salud dispone de múltiples opciones de prestadores de servicios. El ente comprador de servicios debe evaluar los pro y contra de comprar servicios a terceros, o desarrollar una infraestructura propia. (23)

El atributo a alcanzar, es la capacidad de gestión integrada del sistema, y particularmente de la función de compra; debiendo por otro lado los prestadores, marchar hacia la consolidación y fusión de sus estructuras. En la gran mayoría de los casos, los instrumentos de política preferidos para promover la integración de servicios se basan en los incentivos financieros. (23)

• **La “Hoja de Ruta” para Avanzar en el Desarrollo de RISS en la Región de las Américas**

La implementación pasada de redes /sistemas integrados, ha dejado valiosas lecciones que ayudan a formular una estrategia exitosa de implementación; por otro lado, la revisión bibliográfica realizada permite identificar una serie de barreras y factores facilitadores para la integración. (23)

El desarrollo de RISS no es fácil. Por lo tanto, los esfuerzos de reagrupación deben comenzar desde las organizaciones existentes; asumiendo de antemano, que las estructuras tienden a crear o perpetuar barreras al desarrollo de los RISS. Muchos actores, buscan aferrarse a las formas antiguas de gestión y gobernanza enraizadas en la autonomía institucional; la cual enfatiza la gestión de departamentos individuales, la protección de territorios, y el llenado de camas hospitalarias. (23)

Considerables miembros del sistema, pueden percibir los esfuerzos de integración como esquemas corporativos para usurpar el poder de las unidades operativas, más que como una forma de mejorar el cuidado de las personas y/o la comunidad. (23)

La implementación de los RISS puede generar resistencias al cambio, las cuales pueden ser de orden individual o de orden organizacional. A nivel individual, se producen por cambios en los hábitos de trabajo o en la seguridad del mismo, en factores económicos (cambios en el nivel de ingreso), o simplemente por miedo a lo desconocido. A nivel organizacional, las dificultades se producen por inercia estructural, por amenaza a la experticia y/o relaciones de poder, o por inquietud las asignaciones de los recursos. (23)

La iniciativa de las RISS exige asimismo contar con una “hoja de ruta” que, sin desconocer las distintas realidades de los países permita establecer algunas áreas prioritarias de acción, y disponer de un cronograma general de ejecución. (23)

## COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD

*“La cobertura universal de salud (CUS) es el concepto más poderoso que la administración pública tiene para ofrecer”.* (24)

Margaret Chan  
Director-General WHO

### Definición

La CUS significa proveer a todas las personas acceso a los servicios de salud de acuerdo a sus necesidades, de suficiente calidad efectiva y sin imponer dificultades financieras (sin incurrir en adversidades financieras). (25)(26) (27)

Los enfoques más prominentes se enmarcan en términos del derecho, la protección financiera a través de la inscripción en el seguro de salud, y la utilización de servicios sanitarios. El enfoque de derecho se centra, en si un país tiene establecido un compromiso social con la generalización del acceso a servicios de salud, ya que muchos estados tienen establecidos derechos que garantizan por ley los servicios de cuidados de salud. (27)

Muchos de ellos establecen legalmente un derecho a la atención de la salud, sin contar en su lugar con políticas y recursos para garantizar que las personas que necesitan cuidados, pueden obtenerlo sin dificultades financieras. (27)

La proporción de la población con la protección financiera a través de la inscripción en planes de seguro de salud, es otro modo común para favorecer la CUS. (27)

Otro enfoque, es emplear la utilización de atención de la salud como una medida del avance hacia la cobertura universal de salud. La utilización como una medida, es mejor que cualquiera de los derechos o de la cantidad de inscripciones, debido a que está directamente relacionada con el objetivo de proporcionar bienes de acceso a servicios de salud, pero es una medida que también viene con limitaciones.(27)

Más allá de los derechos, la inscripción y la utilización, el progreso hacia la CUS también puede ser evaluado menos precisa pero más ampliamente, con referencia a las características de los países que son comúnmente reconocidos de haberlo logrado. (27)

Los programas públicos, se llevaron a cabo para asegurar que los individuos reciban los cuidados necesarios con independencia de su situación económica circunstancial. (27)

Aunque el término cobertura universal de salud surgió en el contexto de países de Europa occidental, sus objetivos de generalizar el acceso de los servicios de atención sanitaria y

proporcionar protección financiera, son ahora manifestados por los países en todo el mundo. (27)

La cobertura universal de salud se puede lograr de muchas maneras diferentes, no existiendo una receta única, y en la explicación del tema se ha reconocido explícitamente este hecho. A pesar de estas diferencias, se puede decir que todos estos países han logrado la cobertura universal de salud, ya que han establecido derechos de la atención que son cumplidos sustancialmente en la práctica, y con protecciones centrales en las dificultades financieras. (27)

Institucionalmente, todos estos sistemas comparten una importante cosa en común: dependen de acciones concretas de financiamiento combinado. En los sistemas de salud, el financiamiento combinado es dinero recaudado a través de impuestos o primas que los individuos deben pagar si necesitan atención. Los criterios para la aportación de fondos (como la ocupación o residencia) son diferentes que el criterio para la recepción de beneficios, es decir la necesidad de atención de la salud.

De esta manera, el financiamiento agrupado reasigna fondos de salud desde individuos sanos a enfermos. Dependiendo de su estructura, el financiamiento mancomunado también puede subsidiar la atención médica que reciben los individuos más pobres con fondos aportados por los más ricos.

Presenta básicamente tres reglas:

- a) Leyes y Estado de Derecho.
- b) Necesidad de atención médica como bien colectivo.
- c) Diferentes modos de lograrlo según cultura y legado social.(24)

En vista de la enorme a transición mundial en curso hacia la cobertura universal, algunos han dado en llamar "EPIC" a una nueva abreviatura. (28)

La "E" en EPIC es para economía. La buena salud no es solo consecuencia del desarrollo económico sino también un conductor de la misma ya que las personas sanas pueden hacer más. También otorga protección financiera a las familias frente a grandes cuentas médicas, permitiendo ahorrar y tener activos más seguros. Un reporte del 2001 de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud (24) toma esta idea más adelante, mostrando que un 10% de mejora en la expectativa de vida está asociado con un aumento del crecimiento anual económico del 0.3-0.4%; generando la idea que aportar en salud no es un gasto sino una inversión. (28)

La "P" es para las normativas y las políticas. Las buenas políticas generan logros muy importantes, evidenciado de una manera manifiesta en los diferentes logros alcanzados en países con similares ingresos per cápita. (28)

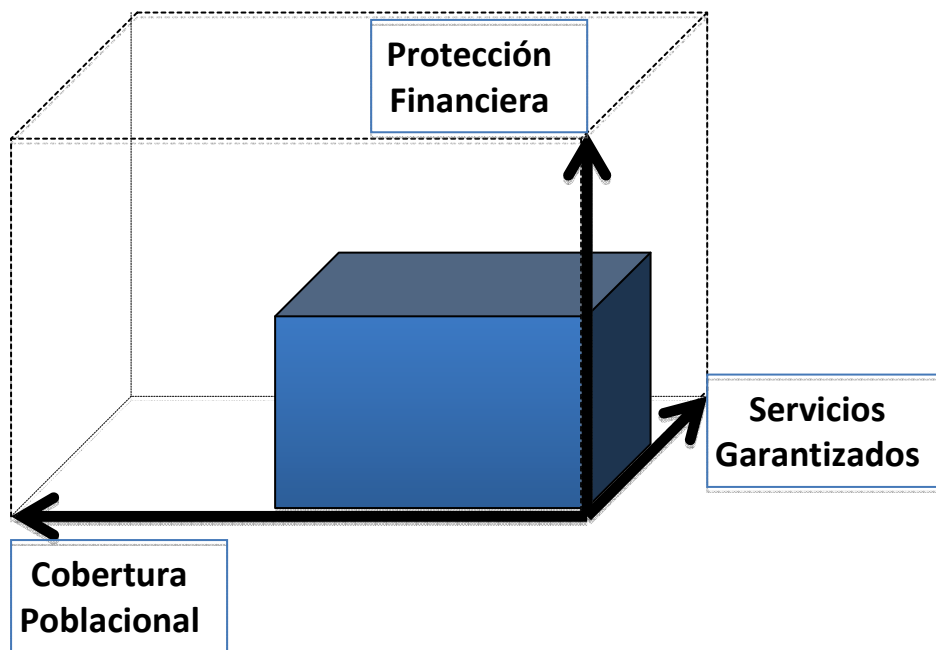
La "I" es para instituciones. Las instituciones públicas y privadas tienen un rol crucial. La administración y financiación justa son esencialmente públicas, mientras que la prestación de los servicios es mejor en lo privado y sociedad civil. (28)



La “C” es de costo. Los costos en salud deben encontrar una manera equitativa y sustentable. Las personas sin cobertura imponen costos ocultos, tales costos son la otra cara del argumento económico para la salud. Cuando se prestan inadecuados tratamientos e inadecuada prevención, los costos aumentan. (28)

La introducción de reformas que promuevan la cobertura universal de salud no solo es lo correcto por razones éticas, es también la cosa más inteligente por hacer para lograr la prosperidad económica. Promete el foco sobre un incremento en acceso a servicios de alta calidad, con protección financiera integrada en normas económicas y sociales, en un modo que puede beneficiar a las sociedades de todo el mundo.

### Tres dimensiones de la cobertura



#### ¿Quién está cubierto?

El progreso en estas dimensiones puede ser impulsado por las decisiones políticas para priorizar una dimensión sobre la otra, y ser afectada por el éxito de un país por como ha sido elegida la implementación de sus sistemas de generación de ingresos, el mancomunamiento, y la oferta.

Los países que aspiran a la cobertura universal por definición esperan proporcionar acceso a la atención para todos. En la práctica sin embargo, debido a las limitaciones de recursos, algunos de los países analizados han dado prioridad a la cobertura de poblaciones específicas. (29)

Además, el número de matriculados en general podrían enmascarar las desigualdades. Algunos críticos, se han preocupado de que los escasos recursos del gobierno se han utilizado para pagar a personas con medios o altos ingresos; quienes de otra manera,

deberían tener fondos propios para sus cuidados de la salud, y los programas de cobertura no se han centrado en las necesidades de las poblaciones más vulnerables.

A pesar del impresionante crecimiento total de la matrícula, la contratación de los pobres a la cobertura de seguro de salud en Ghana es un problema; mostrando que los pobres se matriculan a un ritmo más bajo que los ricos. (29)

Por otra parte, la matriculación no necesariamente significa que la atención es recibida. Cuando los beneficios no son bien entendidos o los servicios de calidad son inaccesibles, la cobertura financiera puede ser inútil. (29)

### ¿Qué está cubierto?

Cuales servicios están cubiertos por los planes de seguros, es de importancia fundamental con respecto al efecto último sobre la de salud de la población y la protección financiera. Una manera de evaluar lo que está cubierto, es examinar los paquetes de beneficios.

Los países seleccionados, o tienen o están intentando avanzar hacia beneficios integrales, sugiriendo la aparición de nuevos patrones en la formulación de políticas de seguros de salud. Los modelos de aseguramiento anteriores, fueron basados en la premisa de que la baja probabilidad y alto costo en los servicios de hospitalización, eran más propensos a conducir al empobrecimiento. (29)

Pero la creciente evidencia, sugiere que la consulta externa y costos de los medicamentos atribuibles a enfermedades crónicas, pueden ser más debilitantes que el evento de hospitalizar a un paciente. (29)

Por lo tanto, estos países han reconocido que programas centrados en pacientes hospitalizados no podrían proteger completamente contra el riesgo financiero, ni cubrir los servicios que mejoran la salud de la población más costo-efectivos. (29)

Otra forma de evaluar lo que se cubre, es mirar más allá de lo que ha sido prometido por el paquete de beneficios, y medir qué proporción de la población que necesita una determinada intervención de salud, realmente recibe. La cobertura financiera de un beneficio no garantiza la entrega, son necesarias además, la demanda del paciente y la disponibilidad del servicio. (29)

### ¿Qué proporción del costo está cubierto?

La proporción de los costos cubiertos por un programa de seguro, muestra cómo las personas están protegidas del empobrecimiento causado por los costos de salud. Los importantes indicadores de progreso de un país, son por lo tanto el gasto de bolsillo como un porcentaje del gasto total en salud, y las reducciones en el gasto fuera de bolsillo logrado desde la implantación de las reformas. (29)

Aunque algunos programas de aseguramiento de salud nacional aún no están cubriendo a toda la población, es de esperar que estos programas tengan algún efecto sobre el total de

gasto de bolsillo. De hecho, la mayoría de los países en desarrollo evaluados han reducido su gasto de bolsillo (calculada mediante la comparación de gastos de bolsillo justo antes de la iniciación de las reformas con los últimos datos disponibles). (29)

A pesar de estas reducciones, el gasto del propio bolsillo de los hogares sigue siendo alto en la mayoría de los países estudiados. Directrices de la OMS, recomiendan que el gasto de bolsillo de más de 15 a 20% del gasto total en salud puede dar lugar a empobrecimiento. (29)

Los altos costos de su bolsillo pueden ser causados por varios factores, entre ellos la ausencia de la plena inscripción de la población en los programas de cobertura, la ausencia de la cobertura de servicios básicos (tales como medicamentos y algunas instalaciones privadas o de alto nivel, los gastos accesorios tales como el transporte), facturación inapropiado o indebida de los organismos, y la poca comprensión de los beneficios por los usuarios del servicio. (29)

### ¿Cómo han logrado los países avanzar hacia la cobertura universal de salud?

Las historias de los países que han logrado avanzar hacia la cobertura universal de salud tienen cuatro patrones comunes.

- En primer lugar, hay países que lograron este progreso en respuesta a las presiones sociales generalizadas y persistentes. El cambio hacia la atención de la salud de financiamiento mancomunado, es evidencia de la permanencia de diversas presiones doméstica para abordar colectivamente los costos de la atención sanitaria.

Muchas personas están involucradas por variadas razones, tales como profesionales de la salud con un compromiso con la salud pública, los empleadores que buscan el apoyo del gobierno para mantener la fuerza de trabajo saludable, los sindicatos frente a los cuidados de salud dentro de una plataforma de los derechos de los trabajadores, regímenes imperialistas que tengan interés en reclutar sanos, partidos políticos persiguiendo sus objetivos políticos o cooptando la posiciones de los oponentes políticos, las elites que pretenden reforzar la lealtad de los ciudadanos, las comunidades locales buscando alivio de la carga de cuidar a los ancianos, y grupos de ciudadanos exigiendo equidad. (27)

- En segundo lugar, en todas partes se acompaña de un gran papel del gobierno para alcanzar la cobertura universal de salud, a pesar de que su participación tenga muchas formas. Todos los países que han logrado coberturas universales de salud, lo han hecho con gran participación del gobierno en el financiamiento, la regulación, y en ocasiones con la prestación directa de servicios de salud. (27)

Los estudios empíricos de los sistemas de atención de la salud, han demostrado cómo la acción pública puede abordar fallas del mercado en los seguros de salud, proteger a los consumidores, y promover una mejor calidad de cuidados. Es importante destacar que para avanzar hacia la cobertura de salud universal, se necesita de estrategias basadas en un papel público destacado y activo. (27)

Un aspecto clave de esta función pública activa, es el de supervisar el paso de los gastos de bolsillo para la financiación mancomunada. Las sociedades han creado diseños de instituciones sociales para promover el agrupamiento financiero, siendo el resultado de la acción colectiva de grupos o gente organizada por varias formas de afiliación, tales como lugar de residencia u ocupación. Los planes de seguros privados voluntarios de salud han tenido un papel insignificante en el cambio hacia el financiamiento agrupado. (27)

Un amplio rol del gobierno, es siempre un elemento esencial en la expansión del acceso de los cuidados a la protección financiera. Sin embargo, el proceso de negociación y compromiso sobre reformas de salud conduce a los gobiernos a que asuman diferentes funciones, y arrastran a las instituciones del sistema de salud para asumir diferentes formas. (27)

- En tercer lugar, el camino hacia la cobertura universal de salud es contingente, pues emerge de la negociación en lugar del diseño. Las instituciones creadas para proporcionar cobertura universal de salud son negociadas más que diseñadas; son el resultado de políticas y lucha.

A veces, el cuidado de la salud es el centro del debate; otras veces, las políticas de salud cambian como consecuencia de iniciativas para reformar los sistemas de pensiones o descentralizar el poder político. Las negociaciones sobre las reformas de salud son también afectadas por instituciones políticas que filtran y canalizan los intereses, por los discursos públicos que enmarcan debates, y por disputas de legitimidad social. Tales factores, explican por qué a pesar de la tendencia general hacia la cobertura universal de salud, la amplitud de la cobertura de atención de salud y su eficiencia varía tanto en países. (25)

- Por último, la prestación de la cobertura universal de salud toma tiempo. La cobertura universal de salud se ha logrado incrementar sobre largos períodos de tiempo, aunque experiencias recientes sugieren que un progreso rápido es posible. (27)

En los sistemas que se basan en mecanismos de seguridad social, diferentes subgrupos de población se han incorporado poco a poco, comenzando a menudo con los empleados de las grandes y pequeñas firmas, seguido de los trabajadores rurales, los empleados cuentapropistas, y finalmente, los desempleados e indigentes. (27)

### *Evidencias e implicancias políticas (normativas)*

Un objetivo clave al avanzar hacia la CUS, es el de mejorar la salud de la población mediante la reducción de las barreras financieras a los servicios necesarios. Algún trabajo revisado, apoya la idea que la expansión en la cobertura medida por los más altos niveles del gasto en salud agrupado, normalmente conduce a mejores resultados en la población. Sin embargo, la magnitud de los efectos estimados del gasto varía entre los diferentes estudios, dependiendo de factores tales como los indicadores específicos de salud y las categorías de gastos analizadas. (26)

Por otra parte, la efectividad del gasto combinado adicional a menudo depende de la calidad del gobierno y de sus instituciones. En los países con buenos gobiernos, los efectos

beneficiosos del gasto público en salud, sobre los resultados en niños y las madres son más grandes que en los países mal gobernados. La implicación es que en los países con mala gobernabilidad (con corrupción y sin rendición de cuentas) y debilidad de las instituciones, el progreso hacia la CUS debe ir acompañado de mejoras en áreas como la administración del sector público, y rendición de cuenta de los proveedores. (26)

En el contexto de crisis económica global, con una creciente demanda de atención sanitaria e innovación tecnológica continua, los presupuestos de salud se ven sometidos a una aguda presión, particularmente en los países de bajos ingresos en los que ya se ve limitada la capacidad del gasto. Sin embargo, la evidencia revisada desaconseja el abandono del avance hacia la una forma de cobertura universal, con reducido financiamiento combinado de la salud pública. (26)

Hay escasez de pruebas sólidas de los efectos de una mejor protección financiera sobre la salud, medida por la incidencia de los gastos catastróficos y empobrecedores. Sin embargo, así como la exposición de los ciudadanos a una mayor incertidumbre financiera, la evidencia sugiere que un retroceso en los avances hacia la CUS posiblemente tenga efectos adversos en la salud de las personas; y por lo tanto, en el bienestar general. (26)

Aunque algunos pagos privados de bolsillo siempre permanecerán en el sistema de salud, alguna evidencia sugiere que existe mayor protección contra los riesgos financieros y enormes beneficios para la población, cuando los países tienen menos dependencia desde el financiamiento de bolsillo. (26)

La búsqueda de una distribución más justa en el acceso a la atención y a los resultados de salud, es un objetivo fundamental de muchos sistemas sanitarios. La evidencia sugiere, que los beneficios derivados del financiamiento mancomunado extendido sobre el acceso a los servicios de la salud, tienden a ser mayores en los países más pobres que en los más ricos; y dentro de cada país, en los subgrupos poblacionales más indigentes. (26)

Esta tendencia enfatiza los beneficios equitativos de avanzar hacia una CUS, y la importancia de la orientación adecuada del gasto público de salud a los grupos más vulnerables. El gasto público de salud históricamente ha favorecido a los más ricos en países de ingresos medios y bajos, en parte vinculado a decisiones políticas que apoyaron la captura de servicios de fondos públicos por los que están en mejor situación. (26)

Sin embargo la orientación ha mejorado a través de mecanismos tales como el uso más generalizado de subsidios para poblaciones específicas, una mayor disponibilidad de servicios de salud pública e información de programas sociales, la reducción de dependencia de aranceles de los usuarios y una mejor gobernanza. (26)

La intención en que los cuidados de salud sean más económicos, es para inducir a un mayor uso de servicios apropiados. En un principio, un mayor acceso a la atención se podría lograr a través de expansiones de financiamiento agrupado tanto público como privado. En virtud de la limitada capacidad de pago de cuotas de los seguros privados en entornos de bajos recursos, una sustancial proporción de ciudadanos más pobres siempre necesitarán ser

cubiertos desde el presupuesto del gobierno. Los planes prepagos privados representan en promedio el 3% del gasto de salud total, en países de ingresos medios y bajos. (26)

Uno de los potenciales problemas con los mecanismos de seguros, es que pueden inducir el consumo de los servicios de salud innecesarios. Sin embargo, la principal cuestión en los países más pobres surge de los graves problemas en la subutilización de los servicios necesarios, y mucha de la evidencia revisada, indica que los planes de seguros ampliados en esos contextos se traducirán en un mayor uso de los cuidados necesarios, con las consecuentes ganancias en salud y bienestar. (26)

No obstante, es imperioso que las mejoras en los mecanismos de gobernanza se muevan conjuntamente con tales expansiones, para garantizar que el uso incrementado está dirigido hacia las intervenciones apropiadas. (26)

No existen pruebas suficientes de la relación entre el incremento del gasto mancomunado en salud y los patrones de morbilidad agregada; ya que hay pocas series comparables entre países de duración de tiempo razonable, sobre la incidencia de las enfermedades crónicas y las enfermedades no crónicas. (26)

La magnitud del beneficio sobre la salud depende del contexto, entre ellos los factores institucionales específicos. La magnitud de los beneficios de la cobertura extendida de salud dependen a menudo del contexto, y en muy pocas ocasiones los investigadores han obtenido datos suficientes para descubrir los efectos de factores institucionales específicos; tales como la real disponibilidad y ubicación de los proveedores, y el efecto neto de las actuales incentivos de pago a proveedores en la cobertura y resultados de la salud. (26)

La CUS conduce a mejoras de salud fundamentalmente los más pobres. Sin embargo, el éxito depende crucialmente de los detalles de aplicación tales como el buen gobierno, el mantenimiento de las normas de calidad, la elección cuidadosa de paquetes de beneficios y dirigido a los ciudadanos que son especialmente vulnerables. (26)

### **Implicaciones para alcanzar CUS**

Los países de todos los niveles económicos, están llevando a cabo los objetivos de cobertura universal de salud. Los países de ingresos medios y altos que han logrado cobertura universal de salud, aún están reformando sus sistemas para hacer frente a restantes desigualdades, mejorar la eficiencia, y contener costos.

Los países de bajos ingresos y de ingresos medios que todavía tienen que lograr la cobertura universal de salud, se encuentran en diferentes etapas de la reforma política y la movilización de recursos. Los países de ingresos bajos y medios, se enfrentan a una serie de retos que los países de altos ingresos no los enfrentaron, cuando comenzaron a desarrollar la cobertura universal del sistema de salud.

Las exigencias en el siglo XX fueron menores, debido a que las tecnologías médicas disponibles eran también menos. Los desafíos de los métodos epidemiológicos a los que se enfrentan los países de ingresos bajos y medios también pueden ser más graves, porque por

lo general tienen una población de más rápido crecimiento, con una mayor prevalencia de enfermedades infecciosas, con creciente carga de enfermedades no transmisibles. (27)

Estos programas han producido diversos grados de éxito, pero la tendencia general es favorable. Por lo general, son respuestas pragmáticas a una serie de presiones populares, exigiendo un mejor acceso a servicios de salud con mayor protección financiera. (27)

Los mecanismos exactos de la agrupación dependerán de los procesos sociales y la acción política, para establecer los parámetros de una función pública aceptable en cuidado de la salud. En algunos casos, el resultado será un gobierno que regula principalmente la atención del sector salud, en otros casos, un gobierno que garantiza o proporciona atención directa. (27)

### **Financiamiento y gasto en salud (los ingresos y los gastos de salud)**

El incremento en los ingresos nacional afecta el gasto en salud y los costos de la cobertura universal de salud de varias maneras. De esemodo los hogares se enriquecen, siendo capaces de comprar más salud y más seguros de salud; los países se hacen más ricos pudiendo exigir mayor contribuciones de los empleadores y de los hogares, o pueden subir los impuestos a partir de una base económica más amplia. En tanto el nivel de ingreso de los hogares y del gobierno aumenta, se incrementa la demanda efectiva para los servicios de atención de salud. (27)

Los gobiernos de los países de mayores ingresos, también pueden invertir en la mejora de servicios ambientales y de salud pública, que optimicen la salud y reduzcan la demanda de servicios.

Estudios, encontraron que el efecto neto de los ingresos sobre el gasto en la salud es positivo y muy importante. En promedio, un aumento del 1% en el ingreso nacional se asocia con un aumento del 0,9% en el gasto en salud, después de controlar otros factores. En general, el crecimiento del ingreso parece representar entre el 10% y el 25% de los aumentos en materia de gastos en salud. (27)

### **Riesgo Compartido**

El riesgo compartido se extiende al costo de salud a través de los hogares con diferentes perfiles de salud, evitando gastos catastróficos que vienen con los eventos de salud inesperados o por enfermedades crónicas, permitiendo subsidios cruzados de las poblaciones ricas a las pobres. (29)

Los principales enfoques para agrupamiento de riesgo que utilizaron los países que hicieron reformas del aseguramiento de salud, son las aproximaciones incrementales, las cuales comienzan con grupos distintos para segmentos poblaciones diferentes, expandiéndose o combinándose con el tiempo; o también por la aproximación de un combinado simple, en el cual un grupo de riesgo es designado para cubrir toda la población (ricos y pobres, formal e informal). (29)

Se suele apreciar con bastante frecuencia, los programas de seguro de salud para un destino poblacional específico. En algunos lugares, se comenzó por dar cobertura al sector de población formal, para luego experimentar expansiones de estos programas a los pobres y a los sectores informales (tales como vendedores ambulantes, trabajadores de la construcción, servicios domésticos), existiendo actuales debates sobre si se debe ampliar en términos generales los programas para cubrir estas poblaciones. De todas maneras, se torna imperioso permitir que las poblaciones pobres e informales, puedan ser incorporadas en algún programa. (29)

En otros lugares, se ha intentado reunir todos los grupos de riesgo dentro de un programa universal para promover los subsidios cruzados, disminuir los costos administrativos, y reducir inequidades en los beneficios. Cada uno ha creado un programa de financiamiento de salud, diseñado como un combinado de riesgo nacional con subsidios cruzados entre grupos de ingresos.

Los intentos incrementales de los países para ampliar los programas existentes a diferentes poblaciones (Kenia, Nigeria, y la India) o programas combinados (Indonesia), y los esfuerzos de otros países (Ghana, Filipinas y Vietnam) para crear combinaciones individuales que cubren todos los segmentos de la población, sugieren que estos países están avanzando en la dirección de grupos más grandes y de menos riesgo. (29)

Las posibles razones de este desarrollo, es que al ser más grandes los pocos grupos de riesgo son administrativamente menos complejos, permitiendo un subsidio cruzado máximo con la combinación de riesgo a través de toda la población, pudiendo promover a largo plazo la sustentabilidad fiscal, fundamentalmente porque los ricos y los pobres están invirtiendo en el éxito del mismo sistema. (29)

### Adquisición de servicios

Una vez que los gobiernos han aumentado los ingresos suficientemente y decidido cómo combinar el riesgo, ellos usan los recursos de éste fondo combinado para financiar la prestación de servicios; idealmente se trabaja para asegurar que esos servicios sean de alta calidad, efectivos y accesibles. (29)

En general, se pueden o bien canalizar los recursos a través del lado de la demanda, en la que los pagos se realizan cuando los pacientes buscan atención médica o cuando se anotan en un centro de salud, o pueden perseguir la financiación de la oferta por asignación directa de los presupuestos de salud del gobierno para proveedores. Modelos de compra del lado de la demanda, por lo general requieren que las personas se inscriben en los planes de seguro para tener su cobertura de servicios, y con frecuencia ofertan a los pacientes una alternativa de proveedores públicos y privados. (29)

Los modelos de financiamiento del lado de la oferta normalmente no requieren inscripción, y proporcionan una cobertura principalmente para los proveedores públicos operados por el ministerio de salud. (29)



Todos los países nombrados precedentemente parecen estar moviéndose hacia la compra de la demanda para al menos algunos tipos de atención y algunas poblaciones, con la creación o el fortalecimiento de las agencias de compras para canalizar una parte de los gastos del gobierno en el cuidado.

Los nueve países varían, sin embargo, en la mezcla de proveedores públicos y privados que reciben recurso de la agencia de compras. Estos países, también varían en la medida de la elección del paciente y del proveedor resultante de la competencia profesional.

Los gobiernos citan varias razones para la mudanza hacia la compra. Una de las ventajas es que el dinero sigue al paciente, lo que podría ampliar la capacidad de respuesta a las necesidades de los usuarios del servicio. Las compras también pueden hacer los servicios de proveedores privados accesibles a la población pobre, en el reconocimiento de que los proveedores privados son ya ampliamente utilizados, y que pueden complementar la capacidad del sector público. (29)

La exclusión de los proveedores privados puede llevar a sistemas de dos niveles, en la que los pobres van a las instalaciones públicas, percibidos como de menor calidad; y aquellos que pueden pagar el uso de cuidados privados. Los responsables políticos cada vez más reconoce que las compras del gobierno puede aumentar la efectividad regulatoria que puede mejorar la calidad, ya que instalaciones que dependen de pagos gubernamentales tienen un incentivo para ser responsable. (29)

Mientras tanto, algunos defensores argumentan que los presupuestos públicos deben utilizarse para financiar los servicios públicos, con un enfoque en la eliminación de los pagos de los usuarios para la gente pobre.

Las críticas comunes de las compras incluyen que no será lo suficientemente estratégica para aumentar la calidad o bajar los costos, que su complejidad podría aumentar los costos administrativos, y que la inclusión de los proveedores privados podría descremar los recursos fuera de las instalaciones públicas. (29)

Todo estos países, así como Indonesia y Filipinas, que han tenido los programas de seguro de salud para décadas, siguen manteniendo las asignaciones de la oferta de proveedores públicos junto a la compra de la demanda de atención a través de los programas nacionales de seguros, por lo tanto las instalaciones públicas pueden recibir los presupuestos de la oferta y la reembolsos del seguro de la demanda. (29)

Ya que los países adoptaron algún tipo de compra para la atención, los responsables políticos de varios de ellos han desarrollado nuevos sistemas de pago a proveedores que contengan costos, mitiguen el fraude, y generen incentivos para calidad.

Ghana está poniendo a prueba un sistema de pagos de capitación para la atención primaria. Del mismo modo, Vietnam está poniendo a prueba los pagos de capitación para algunos beneficios para cambiar los servicios a las instalaciones de bajo nivel, reducir la superpoblación del hospital, y evitar el uso excesivo de servicios. (29)

La comunidad de salud mundial ha reconocido a Ruanda, por su enfoque de financiamiento basada en los resultados que paga a proveedores en base a rendimiento. (29)

La calidad de la atención sigue siendo un reto importante, pero varios de nuestros países seleccionados están tomando medidas para mejorar la misma. Sin embargo, las iniciativas de calidad siguen siendo escasas.

En el futuro los modelos de seguros de salud nacionales, podrían ofrecer oportunidades adicionales a afectar la calidad mediante indicadores de informes públicos, incentivos financieros, y que el paciente pueda elegir entre proveedores competitivos. Sin embargo, todas estas intervenciones de calidad necesitan recursos específicos, el enfoque de liderazgo, y la mejora de capacidad de recopilación y análisis de datos. (29)

Además, un seguro de salud necesitará ser complementado con inversiones del lado de la oferta, para garantizar una mejor distribución de las instalaciones, de los trabajadores de la salud, de los equipos médicos funcionales, y del sistemas informáticos. Sin inversiones en calidad, los países corren el riesgo de aumentos antieconómicos en acceso a servicios innecesarios o de mala calidad. (29)

### **¿Está el gasto de salud combinado mejorando la salud de la población?**

Al progresar los países hacia una CUS los introduce en lo se podría considerar una transición financiera. Caracterizada por un aumento del gasto en salud per cápita, por un incremento del uso de los fondos agrupados acompañado por mejores resultados a nivel sanitario; como un aumento de la expectativa de vida y la tendencia decreciente de las tasas de mortalidad infantil. (26)

Se observa una débil relación entre el gasto en salud prepago mancomunado (usualmente público) y los índices de mortalidad, mientras que los factores socioeconómicos, fundamentalmente el ingreso, están altamente asociados con los resultados en salud. (26)

Al analizar las cifras que surgen como resultado de un mancomunamiento, se pueden apreciar reducciones en la mortalidad de niños menores de 5 años y adultos cuando aumentó el gasto público, no así en el privado. (26)

Las mejoras en la salud desde un incremento en el gasto mancomunado pueden variar entre países y grupos poblacionales. Las personas más pobres dependen más del gasto público en salud que las clases más acomodadas, quienes pueden sustituir más fácilmente gasto público por privado. (26)

En muchos casos el aporte de fondos internacionales son claves para llenar vacíos del financiamiento local, pero llamativamente, los efectos de la ayuda sanitaria extranjera en la población de los países más pobres, rara vez ha sido evaluada. (26)

### **¿Están los mecanismos de aseguramiento mejorando la salud de la población?**

Los mecanismos de aseguramiento expandido, suelen dar lugar a una mejor cobertura y concomitantemente mejores resultados en salud, aunque la magnitud de las ganancias estimadas varía grandemente dependiendo del contexto. (26)

En los países de altos ingresos, se han identificado mejoras considerables en el acceso a la atención y protección de riesgo financiero, derivados desde el aseguramiento de la cobertura. Los países de ingresos medios y bajos, han mostrado que la expansión de la cobertura aumenta el uso del servicio aproximadamente entre el 8-12%.(26)

En todos los países se ha demostrado que a través del aumento de la protección financiera y el acceso a los servicios, se produjo un incremento en el estado de salud. (26)

Por lo tanto, en lugar de sugerir mejoras inequívocas en salud desde mecanismos de seguro extendido, la evidencia enfatiza el papel crucial desempeñado por las características institucionales específicas del sistema bajo estudio, como así también las subpoblaciones analizadas. (26)

Los resultados de investigaciones empíricas, no siempre han demostrado que la salud de la población mejora sistemáticamente al aumentar la distribución del riesgo y los pagos. Incluso si el gasto público adicional aumenta, el importe total de los recursos mancomunados dedicados a la atención de la salud y sus efecto sobre la misma pueden ser decepcionante, fundamentalmente si el objetivo de los fondos no está bien alineado con las necesidades de la población. (26)

Por otra parte, la magnitud de los beneficios para la salud es probable que dependan de la identidad de los beneficiarios. La gente pobre por lo general puede ganar más de un mayor acceso a servicios de salud, por lo que si mejora el acceso para los pequeños grupos de personas más ricas, podría haber poca ganancia observable en el conjunto. (26)

### **Gastos de Salud y Envejecimiento**

A pesar de la percepción popular, el envejecimiento de la población contribuye sólo un poco al crecimiento del gasto de salud.

En la mayoría de los países, la gente está sobreviviendo más tiempo, las tasas de fecundidad están disminuyendo, y la proporción de las personas mayores está creciendo. Sin embargo, las razones de aumento de la longevidad están intrínsecamente ligadas a mejoras en la salud. Hoy en día, las personas mayores están en mejor salud que las personas de edad avanzada en el pasado. (27)

Por otra parte, el gasto en salud está más estrechamente relacionado con la proximidad de un individuo a la muerte que por la edad en sí misma. Como la gente vive más tiempo, estos gastos al final de la vida se retrasan, lo que reduce el agregado actual de los costos de cuidado de salud. Por lo tanto, la mayoría de los estudios han demostrado que el envejecimiento de la población tiene sólo un pequeño efecto sobre el gasto sanitario.

Las excepciones en este caso son los países con una alta carga continua de enfermedades infecciosas, especialmente aquellos con alta prevalencia de VIH / SIDA. (27)

### **BREVE DESCRIPCIÓN DEL MUNICIPIO**

Como se ha mencionado, el propósito general del presente trabajo es evaluar la calidad del sistema de salud, y la eficiencia de la aplicación de la estrategia de APS en un partido de la provincia de Buenos Aires, a través de los siguientes objetivos específicos: identificar las

características del sistema de salud y las estrategias de APS, determinar el grado de implementación de los componentes estructurales en el nivel de gestión, los de procesos en los efectores de salud y los de resultado de la instrumentación de los componentes esenciales en la comunidad.

Para todo ello, es necesario hacer una breve presentación del sistema de salud de la localidad, sin pretender bajo ningún punto de vista, confeccionar un análisis pormenorizado del mismo; situación esta que, posiblemente daría lugar a todo un trabajo de investigación.

Entonces, el objetivo primario del presente capítulo es, dar una idea general de las características más destacadas de la salud distrital.

### **La Jurisdicción**

Es uno de los 135 partidos de la provincia de Buenos Aires. Forma parte del aglomerado urbano conocido como Gran Buenos Aires, ubicándose en la zona norte del mismo. El partido abarca la primera sección del Delta del Paraná y sus islas de baja altitud, así también como una zona continental en la cual se encuentra su ciudad cabecera. (32)

El partido ocupa una superficie de 148 km<sup>2</sup> en el continente y 220 km<sup>2</sup> de islas. En el municipio, la sección continental contigua a Buenos Aires, está separada del sector insular del Delta del Paraná por el río Luján. (32)

El partido fue fundado oficialmente en 1790, pero las colonias se vieron afectadas por las inundaciones y la ciudad se trasladó al sitio actual, en la desembocadura del río Luján en 1820. (32)

Ha experimentado a partir de la década de 1990, un enorme auge inmobiliario, con la construcción de grandes emprendimientos. De todas maneras, se observan fuertes contrastes entre estos últimos inmuebles y el resto de la población, determinando la mayor disparidad cuando lindan con algunos de los diferentes asentamientos presentes en la zona, confiriendo una imagen tan particular, y lamentablemente cada vez más presente, de muchos países de Latinoamérica. (32)

Existen numerosos establecimientos educativos desde jardines maternales hasta universidades, algunos de estos organismos son privados y otros estatales; tanto nacionales, provinciales como también municipales. La administración se distribuye en delegaciones por cada ciudad, y un organismo centralizado en la ciudad cabecera administra a su vez a estas delegaciones. (32)

### **Determinantes Sociales, Políticos y Económicos**

La población total en estudio es de 376.381 habitantes, correspondiendo a 184.774 hombres y 191.607 mujeres, de los cuales son nacidos en el país 352.226 y extranjeros 24.155.(33)

El tipo de cobertura de salud de la población total de la provincia de Buenos Aires aproximadamente posee protección en la seguridad social el 45% (incluye PAMI), prepago

por obra social 11.4%, prepago voluntario 4.6%, programas y planes estatales de salud 1%, mientras que el 38% restante no posee obra social, prepaga o plan estatal. (34)

Del total de 108.558 hogares en todo el distrito, la cantidad de tipos de las construcciones es la siguiente, casa 95.508, departamento 6.451, pieza en inquilinato 995, pieza en hotel o pensión 105, rancho 886, casilla 4.386, local no construido para habitación 177, vivienda móvil 50. Del total de los anteriores 59.177 utilizan como combustible para cocinar gas de red, mientras que el resto utiliza gas comprimido, electricidad, leña, otros.(35)

Los materiales predominantes en la construcción de los pisos fueron: Cerámica, baldosa, mosaico, mármol, madera o alfombrado 80.781; cemento o ladrillo fijo 26.383, tierra o ladrillo suelto 800, otros 594. Mientras que para los techos: cubierta asfáltica o membrana con cielorraso 8.837, cubierta asfáltica o membrana sin cielorraso 2.209, baldosa o losa con cielorraso 18.633, baldosa o losa sin cielorraso 7.401, pizarra o teja con cielorraso 17.940, pizarra o teja sin cielorraso 2.207, chapa de metal con cielorraso 34.033, chapa de metal sin cielorraso 12.162, chapa de fibrocemento o plástico con cielorraso 2.717, chapa de fibrocemento o plástico sin cielorraso 943, chapa de cartón con cielorraso 138, chapa de cartón sin cielorraso 230, caña, tabla o paja con barro, paja sola con cielorraso 74, caña, tabla o paja con barro, paja sola sin cielorraso 155, otros con cielorraso 495, otros sin cielorraso 384. (36)

En el siguiente cuadro se exponen las características de los hogares por tipo de desagüe del inodoro, según provisión y procedencia del agua.

| Provisión y procedencia del agua             | Total de hogares | Tipo de desagüe del inodoro |                               |               |                                 | Hogares sin baño/letrina |
|--|------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------|---------------------------------|--------------------------|
|  |                  | A red pública (cloaca)      | A cámara séptica y pozo ciego | A pozo ciego  | A hoyo, excavación en la tierra |                          |
| <b>Total</b>                                 | <b>108,558</b>   | <b>18,624</b>               | <b>51,086</b>                 | <b>35,615</b> | <b>464</b>                      | <b>2,769</b>             |
| Por cañería dentro de la vivienda            | 96,654           | 18,214                      | 47,730                        | 29,484        | 236                             | 990                      |
| Red pública                                  | 63,584           | 17,040                      | 25,473                        | 20,191        | 147                             | 733                      |
| Perforación con bomba de motor               | 29,456           | 1,042                       | 20,471                        | 7,691         | 23                              | 229                      |
| Perforación con bomba manual                 | 271              | 18                          | 116                           | 135           | 2                               | -                        |
| Pozo   | 1,753            | 87                          | 687                           | 961           | -                               | 18                       |
| Transporte por cisterna                      | 200              | 22                          | 76                            | 99            | 3                               | -                        |
| Agua de lluvia, río, canal, arroyo o acequia | 1,390            | 5                           | 907                           | 407           | 61                              | 10                       |
| Fuera de la vivienda pero dentro del terreno | 10,319           | 410                         | 3,026                         | 5,221         | 139                             | 1,523                    |
| Red pública                                  | 5,558            | 360                         | 1,289                         | 2,765         | 82                              | 1,062                    |
| Perforación con bomba a motor                | 3,922            | 37                          | 1,533                         | 1,936         | 26                              | 390                      |
| Perforación con bomba manual                 | 183              | 4                           | 40                            | 116           | 2                               | 21                       |
| Pozo   | 339              | 6                           | 63                            | 237           | 6                               | 27                       |
| Transporte por cisterna                      | 149              | 3                           | 21                            | 102           | 9                               | 14                       |
| Agua de lluvia, río, canal, arroyo o acequia | 168              | -                           | 80                            | 65            | 14                              | 9                        |
| Fuera del terreno                            | 1,585            | -                           | 330                           | 910           | 89                              | 256                      |
| Red pública                                  | 539              | -                           | 109                           | 300           | 26                              | 104                      |
| Perforación con bomba a motor                | 435              | -                           | 120                           | 244           | 13                              | 58                       |
| Perforación con bomba manual                 | 37               | -                           | 6                             | 17            | 1                               | 13                       |
| Pozo   | 106              | -                           | 8                             | 80            | -                               | 18                       |
| Transporte por cisterna                      | 227              | -                           | 28                            | 159           | 15                              | 25                       |
| Agua de lluvia, río, canal, arroyo o         | 241              | -                           | 59                            | 110           | 34                              | 38                       |

(37)

En cuanto al nivel educativo en la población de 10 años y más, se puede observar los siguientes valores: sobre un total del país 33.398.225, la cantidad de alfabetos es de 32.756.397, mientras que la de analfabetos 641.828, representando éste último grupo un 1.9% del total poblacional analizado.(38)

Cuando se aprecian las tasas de empleo y desempleo de la provincia de Buenos Aires surgen los siguientes valores: tasa de Actividad 48.5, empleo 44.8, desocupación 7.6, subocupación 11.6, subocupación demandante 7.6, subocupación no demandante 4.0. (39)

En cuanto al nivel de ingreso se puede apreciar que el 66.2% de la población vive por encima del nivel de pobreza, mientras que el 33.8% restante lamentablemente se ubica dentro de ella, de los cuales el 21.7% no son indigentes, mientras que si lo son el 12.2%.El índice de Gini en el 2.005 era de 0.5. (40)

### Demografía, Mortalidad y Morbilidad en el Municipio Estudiado

La tasa de natalidad y de mortalidad distrital en el año 2.011 fueron del 21.6 y 6.5 respectivamente. (41)

En el año 2012 se produjeron un total de 7.563 nacidos vivos, de los cuales presentaron una tasa de mortalidad infantil del 12,4%, pero si se desagrega éste último valor se obtiene que fallecieron 94 niños menores de un año, algo un poco menor que en el 2.011 que ascendió a 96. (41)

En ese año, la cantidad de defunciones por IRAB en menores de 1 año fue de 4, mientras que el total de muertes en menores de 5 años fue de 103; pero lo más interesante, es que 57.6 % de las muertes neonatales fueron por causas reducibles. (41)

En el 2.011 las madres adolescentes representaron el 14.6%; mientras que la mortalidad materna total el 2.5%. (41)

### Salud de los Grupos Poblacionales

| Población       | Proporción del total | Causas principales de muerte   |
|-----------------|----------------------|--|
| De 0 a 5 años   | 10%                  | 53% en el período perinatal. Representando las malformaciones congénitas el 22%; y las afecciones respiratorias el 10%, de las cuales la influenza es el 4% y la neumonía el 4,2%. |
| De 6 a 9 años   | 9%                   | 38% causas externas, fundamentalmente por accidentes de transporte.  |
| De 10 a 19 años | 19%                  | Accidentes de tránsito<br>Suicidios/ homicidios  |

|                             |                             |   |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| De 20 a 59 años             | 50%                         | Hombres: Isquemia cardíaca, accidente cerebrovascular.<br>Mujeres: neoplasia de mama, accidente cerebrovascular.  |
| De 60 años o más            | 12%                         | En ambos sexos la primera causa es la insuficiencia cardíaca.<br>La segunda causa varía según sexo:<br>Hombres: isquemia cardíaca.<br>Mujeres: accidente cerebrovascular. |
| <b>Población vulnerable</b> | <b>Proporción del total</b> | <b>Discapacidad</b>   |
| Discapacitados              | 7.1%                        | Motora 32%<br>Visuales 14%<br>Auditivas 12%<br>Mentales 12%   |

(40)

## Condiciones y Problemas de Salud

| <b>Enfermedades Transmisibles</b>        |  |  |
|--|--|--|
| <b>Características</b>                   | <b>Enfermedad</b>  | <b>Incidencia/ Prevalencia</b>   |
| Enfermedades transmitidas por vectores   | Dengue<br>Hantavirus<br>Fiebre hemorrágica Argentina<br>Chagas (en zonas de infestación)                           | 34 casos nuevos. (*)<br>89 casos nuevos. (®)<br>2.6%.<br>5% - 26%                              |
| Enfermedades inmunoprevenible            | Hepatitis A<br>Poliomielitis<br>Sarampión<br>Tétanos neonatal  | 63.006 caso. (©)<br>Último caso 1.984.<br>Último caso 2.000.<br>< 1 caso/ 1.000 nacidos vivos. |
| Enfermedades infecciosas intestinales    | Parasitosis. Ascariidiasis en escolares.   | > 80%.   |
| Enfermedades crónicas transmisibles      | Tuberculosis   | 29.1/ 100.000 habitantes. (*)  |
| Infecciones respiratorias agudas         | Síndrome tipo influenza.<br>Influenza A.<br>Influenza B.   | 2.644,9/ 100.000 habitantes. (*)<br>2.8%<br>0.5%   |
| VIH/ SIDA                                |  | 127.000 personas. (*)<br>60% desconoce su serología.   |
| <b>Enfermedades No Transmisibles</b>     |  |  |
| <b>Características</b>                   | <b>Enfermedad</b>  | <b>Incidencia/ Prevalencia</b>   |
| Enfermedades nutricionales y metabólicas | Diabetes<br>Bajo peso para la edad<br>Alto peso para talla<br>Colesterol >200 mg/ dl en mujeres entre 20 a 49 años | 9.4<br>3.8%<br>6.6%<br>23.4%   |
| Enfermedades cardiovasculares            | Hipertensión arterial (entre 18 a 85 años).  | 29.9%  |



|                     |   |  |
|---------------------|---|--|
|                     | Hipertensos tratados y normotensos.   | 13%  |
| Neoplasias malignas | Pulmón (total de defunciones)<br>Mama(tasa de mortalidad)<br>Útero (tasa de mortalidad) | 18%.<br>20.1 cada 100.000 mujeres.<br>(42)<br>7.5 cada 100.000 mujeres. (43) |

(\* en el año 2.005. (®) en el año 2.002. (©) en el año 2.004. (40)

## Secretaría de Política Sanitaria y Desarrollo Humano

Las autoridades municipales tienen muy en cuenta que, la compleja estructura de su sistema de salud condiciona, la definición de las diversas estrategias para la aplicación de esas políticas. Para ello, han desagregado lo más posible los procesos en sus distintos niveles, ya sean administrativos, burocráticos, o los derivados de las diferentes complejidades de atención de sus efectores.

Se plantea el sistema de salud sustentado en la estrategia de APS, como el camino más adecuado para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio; entendiéndolo como un enfoque integral comunitario, basado en los principios de equidad y solidaridad, orientados a resolver las necesidades básicas de salud de la población.

En ese sentido la secretaría de salud, ha puesto en marcha mecanismos muy heterogéneos para la implementación de los diferentes procedimientos. Se han incorporado recursos humanos (RRHH) específicos para operativizar dicha estrategia, tal es el caso del médico general y comunitario.

Se establecieron actividades prioritarias: “promoción de la salud, suministro de alimentos para una nutrición apropiada, abastecimiento de agua potable para toda la población y saneamiento básico, asistencia materno infantil e inmunizaciones, prevención de enfermedades endémicas crónicas y prevalentes, cobertura universal y acceso a medicamentos esenciales”.

Planteándose de ésta manera, un cambio en el modelo de prestación de servicios, y se adelanta a los procesos de racionalización, al proponer tecnología apropiada y prestaciones esenciales para la salud, incorporando la participación social y comunitaria y la coordinación intersectorial.

La puesta en práctica de estrategias de APS se ha caracterizado por su diversidad y discontinuidad, coexistiendo modelos centrados en la comunidad, el individuo y la familia, con el modelo asistencial tradicional del ámbito hospitalario trasladado al marco de una comunidad; con grados variables de inserción, impacto y eficiencia.

Si se considera en la actualidad, la necesidad de conocer y cuantificar el funcionamiento y los resultados del modelo de atención; la investigación evaluativa surge, como la herramienta más adecuada para la reformulación de políticas y la renovación de estrategias.

Esta valoración, se concreta tras la construcción de una matriz analítica relacional de complejidad y de condiciones para la calidad en la gestión del municipio, fundamentalmente en materia de salud. Dicha esquema se establece sobre la estructura de un “Cuadro de Mando Integral”, establecido desde diferentes perspectivas, instaurando un número variable de indicadores para poder medir la evolución de la secretaría.

### **Alcances y Objetivos de la APS**

En lo que respecta al sistema de salud, desde comienzos de la actual gestión, se he tomado la fuerte determinación de establecer y aplicar un modelo de atención basado en APS, utilizándolo para tratar de satisfacer las demandas y necesidades en salud de la población en los diferentes niveles de atención. Teniendo que afrontar cada equipo de salud, presiones de demanda de servicios que va priorizando y resolviendo.

Para optimizar la accesibilidad, se intenta que la población vea a su médico, u otro miembro del equipo de salud en el menor tiempo posible, para ello se ha asignado un sistema de turnos telefónicos (TTT) conjuntamente con las solicitudes presenciales en los CAFyS, procurando la más breve estadía de espera de los pacientes en los centros.

También se ha descentralizado el sistema, promoviendo el desarrollo de un número cada vez mayor de centros periféricos de atención a la salud, ambicionando estar lo más próximo posible al vecino y sus necesidades. A través del TTT y otros dispositivos y metodologías, se han eliminando barreras de comunicación o administrativas entre el usuario y el equipo de salud.

En cuanto a la aceptabilidad dela población, se constata que las personas aprecian el buen trato del equipo de salud, comenzando por la recepcionista, siguiendo por los auxiliares y finalizando por el médico o enfermera en su relación directa con el usuario.

Debiendo también considerarse, una resolución apropiada del problema de salud, una derivación oportuna en el caso de ser necesaria, las condiciones edilicias, un mantenimiento apropiado de las mismas,etc.; de todas maneras siempre van a existir quejas, debiendo tener de antemano mecanismos, para que el usuario canalice su insatisfacción o sugerencia.

Con el objetivo de responder a las necesidades de las personas en las diferentes circunstancias, el equipo de salud tiene como prioridad, identificar aquellas situaciones de la población que pueden ser prevenidas, modificadas o tratadas. El desarrollo de los procesos de planificación a nivel local, se inicia con el análisis de la situación sanitaria, ayudando a los equipos básicos a conocer las necesidades en salud de todos los grupos humanos, así, como las condiciones de residencia de los grupos más postergados.

De todas maneras, la demanda en salud puede parcialmente ser modificada, mediante educación en todos los escenarios de trabajo por los miembros del equipo, a través de actividades de promoción y educación para la salud.

Se han ido adquiriendo progresivamente, tecnologías apropiadas de bajo y mediano costo con el propósito de incrementar el nivel de resolución, conjuntamente con el aumento de la calidad en los beneficios a los usuarios; requiriendo un proceso de capacitación al personal.

La incorporación de estos métodos, anteriormente privativas de los servicios de segundo y tercer nivel, favorece la autoestima del personal, refuerza su seguridad en los procesos de diagnóstico y tratamiento, y aumenta la credibilidad y confianza de los usuarios.

Cuando se procura tener un personal bien capacitado y motivado, en algunos casos, emergen incongruencias entre los médicos generalistas y los demás profesionales en el primer nivel de atención, debido al escaso contenido teórico y práctico en el primer nivel de atención de éstos últimos; como así también, a las actividades y funciones que deben desempeñar. Para mejorar esa situación, se ha recurrido a la capacitación de todo el personal de éste nivel de atención, a partir de algún programa específico.

Los administradores de los servicios de salud, deben estar conscientes en la importancia de que un pequeño centro de salud, disponga de los equipos y suministros programados para ejercer sus funciones. Además, debe poseer material didáctico para la educación a pequeños grupos, y de material informativo para las actividades de promoción de la salud.

### **Contextos Donde se Realiza la Atención Primaria**

La APS se realiza en diversos escenarios de trabajo, a saber: la vivienda, los centros de salud, los centros educativos y de cuidados infantil, los centro de trabajo y la comunidad.

Se debe reconocer que la visita del personal de salud al hogar, es una situación privilegiada para conocer de primera mano, como y en que circunstancias viven las personas. En los casos pertinentes, suele darse la visita de la trabajadora social y/o promotora de salud; como así también, y de ser necesaria, la asistencia del propio médico.

Los CAFyS se constituyen entonces, en el centro neurálgico y la presencia física, para la atención de la salud en los barrios y la comunidad. En dicho sitio, se ubica el equipo básico de salud, y es el lugar, donde se ejecutan las diversas funciones programadas.

Los establecimientos de educación preescolar, las escuelas primarias y secundarias se constituyen en escenarios importantes para la APS; en donde pueden identificarse importante problemas de salud, y al mismo tiempo, reforzarmuchos de los conceptos y enseñanzas de los estilos de vida saludable.

La asistencia a las fuentes de trabajo, o, a la medicina ocupacional/ laboral, no ha tenido todo el desarrollo deseado en el municipio, debiendo reforzarse principalmente, en acciones de promoción de la salud, sobre estilos de vida saludables y la salud en el trabajo.

En el seno de la comunidad, se plasman actividades en grado variable en diferentes entidades y organismos desde los diferentes efectores sanitarios, sin que por ello, dejen de

considerarse la necesidad de reforzar aún más dichas acciones. Actualmente, la comunidad participa de muy diversas formas en actividades y proyectos pro salud.

Se pueden determinar además, una enorme variedad de organizaciones tales como: asociaciones de desarrollo comunal, grupos de mujeres, organizaciones religiosas y de bienestar social, centros de jubilados, alcohólicos anónimos, clubes sociales y deportivos; entidades específicas para la atención de violencia doméstica, enfermos crónicos, drogadicción, etc.

## Participantes en la APS

### El trabajo en equipo

Involucra tanto, al personal que se desarrolla en los centros periféricos como a nivel central, pero en realidad, donde se pretende profundizar la mirada es en los puntos más distales, en aquellos lugares que están en continuo contacto con la población y sus necesidades, siendo la cara visible del sistema.

La presencia de RRHH apropiado hace referencia, a cuestiones tanto cuantitativas como cualitativas. Para ello, es indispensable hacer énfasis en la organización y el trabajo de dos equipos de salud diferentes; definiendo a uno de ellos como el equipo primario de APS, y al otro, como de soporte o apoyo. Ambos, tienen funciones diferentes y formación profesional diversa, pero se interrelacionan y complementan para alcanzar metas comunes.

Compartir la responsabilidad no es una tarea sencilla, pues, el personal de salud con frecuencia subestima el trabajo en equipo. En éste sentido, se promueven y concretan reuniones / debates de trabajo entre los diferentes actores de un mismo establecimiento, como así también, con los otros nosocomios; compartiendo además la programación anual, con énfasis en la definición de los metas y en las estrategias para alcanzarlas. Los factores esenciales son: un plan común con objetivos claros, la coordinación de las acciones y la comunicación.

### Equipo Básico

Este equipo, es definido por las autoridades sanitarias con el objetivo de concretar determinadas aspiraciones propuestas en la mejora de salud de la población; para ello, se incluyó a los siguientes profesionales especialistas en:

- Medicina general/ familiar
- Odontología
- Psicología
- Trabajo Social
- Enfermería
- Promoción de la Salud
- Actividades Físicas

Arduas investigaciones en el área de la atención primaria, así como, los datos estadísticos aportados a lo largo de la gestión de las actuales autoridades, han demostrado que con este equipo básico de profesionales; puede garantizarse con el presupuesto acordado una cobertura de salud lo más integral, accesible, continua y eficiente posible.

Se considera óptimo por lo tanto, el armado de dicha estructura profesional en cada uno de los CAFyS; sin embargo, la cantidad exacta de profesionales de cada especialidad, dependerá de la estructura socio-demográfica de la población objetivo del establecimiento.

A su vez, la cantidad de administrativos, se ajustará según la cantidad de profesionales médicos y paramédicos necesarios. Todo este conjunto de recursos humanos, definirá las necesidades edilicias del CAFyS y, por lo tanto, el personal de maestranza se conformará en función de los inmuebles.

Se propone al especialista en medicina general/ familiar como el core del equipo básico, por algunas de las características y situaciones que a continuación se detallan.

- Medicina General/ Familiar(MG/MF)

Es el profesional de la medicina que cuenta con los conocimientos y las destrezas necesarias, para diagnosticar y resolver con tratamiento médico y con procedimientos sencillos, la mayoría de los padecimientos que el ser humano sufre en su vida, desde niño hasta la vejez, con acciones frecuentemente realizadas en el consultorio del médico o en la casa del enfermo.

Cuando se lo posiciona al profesional en MG/MF como un actor central y clave de este grupo, se lo hace desde las características de su formación. Su trabajo se encuentra atravesado por lineamientos sanitarios claves: la promoción de la participación comunitaria, el desarrollo de redes locales, la implementación de prácticas de prevención y promoción, y el trabajo en equipo interdisciplinario e intersaberes.

Al ubicar al MG/MF como eje de la APS se intenta mostrar entre otras cosas, una intención primaria de proteger a la población del servicio excesivo de los especialistas, transformándose indirectamente en un factor clave para el control del gasto en salud. El uso innecesario, abusivo y directo de los especialistas por parte de la población, conlleva el encarnizamiento diagnóstico y terapéutico, como así también, la exageración de pruebas y tratamientos. Se ha demostrado un uso racional del mismo, en el sistema público de salud en que el médico general tiene función de filtro.

Lo que se precisa es conocimiento, capacitación clínica, polivalencia, y un cierto grado de pragmatismo, para que el médico general se centre en el buen trabajo clínico, cuyo objetivo es eliminar la morbilidad, mortalidad, y el sufrimiento médicamente evitable. Ello exige renunciar a la demagogia en torno a la comunidad y a la colectividad, y contribuye a disminuir la confusión entre atención clínica, salud comunitaria, salud pública y política sanitaria.

## **Equipo de Soporte**

Sobre la base de la definición del equipo básico, comienza a tomar fisonomía lo que se denomina equipo de soporte, constituido por el resto del personal y profesionales especialistas de la salud; adquiriendo su arquitectura final de acuerdo a las demandas y necesidades locales, dando lugar a una conformación muy heterogénea según el grado de respuestas a las mismas.

Independientemente de las definiciones de ambos equipos (básico y de soporte), deben existir además, políticas institucionales internas tendientes a la fidelización del personal. En éste sentido no es solo pensar en una remuneración económica apropiada, sino también, en aportar una serie de condiciones secundarias para poder satisfacer otro tipo de necesidades profesionales y personales; a la vez, que se genera una mística propia del lugar.

En ese sentido, merece una mención particular, la reciente problemática de la alta tasa de desertión en el personal del hospital materno infantil, fundamentalmente en los servicios de pediatría y tocoginecología, generando una alta rotación de los mismos, con las derivaciones un tanto indeseables para lograr algunos objetivos de gestión.

## **La Organización de la Oferta Básica de Servicios**

### **El Sistema Municipal de Salud**

La organización del Sistema Público de Salud Municipal, es el resultado de un largo proceso de determinaciones que se han tomado por varias décadas. En los últimos años lo más llamativo ha sido, el protagonismo que ha tomado la APS como estrategia para abordar los problemas de salud de la gente, y consecuentemente con ello, las diversas determinaciones paradar aumento a la cobertura de atención de la salud en las personas. La secretaría de salud por su parte, ha experimentado un fortalecimiento estratégico para sus funciones de rectoría en el sector.

Cada ciudadano de lajurisdicción, goza del derecho a atención en salud independientemente de la complejidad del problema;desde luego que, en algunos casos al existir algún tipo de limitación local, se requiere solucionar el problema en otras jurisdicciones. En los últimos años, existe por parte de la población la presencia creciente de necesidades de salud; y de manera concomitante un aumento en la demanda, determinando algunas progresivas exigencias de los usuarios al sistema.

Esteincremento en las requisitorias, no es solo parasolicitar una mejor calidad de las prácticas concretadas, sino también, por la aparición constante de nuevos problemas, que en algunas oportunidades superan la dolencia física de las personas,involucrando además a algunos determinantes sociales de la salud; presentándose tanto en los consultorios programados como en las guardias de los establecimientos.

Se podría inferir que el Sistema Municipal de Salud es el conjunto de instituciones, servicios, y programas orientados para lograr la salud y bienestar de todos en forma racional, coherente e interactuante. Tomando en consideración para ello,las interacciones que existen con los estamentos nacionales y provinciales, como así también los otros sectores de la intendencia, más allá de la propia Secretaría de Salud.

Según lo anterior, se puede entender que la función principal de esta última, es la asistencia al Intendente en la determinación de las políticas y acciones relacionadas con la prevención, recuperación, asistencia y mantenimiento de la salud de la población. (44)

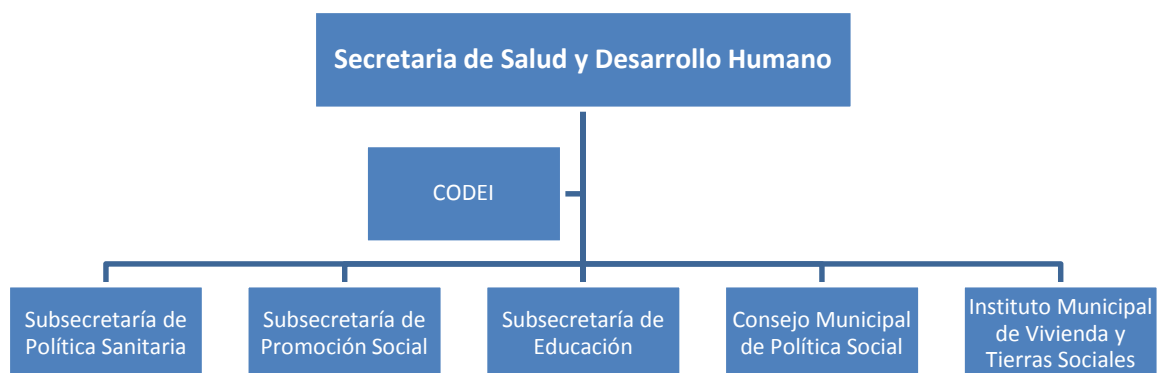
### Niveles Administrativos

La secretaría, subsecretarías y reparticiones se organizan por niveles administrativos, dotados de diferentes estructuras y funciones; a los que podemos diferenciar en:

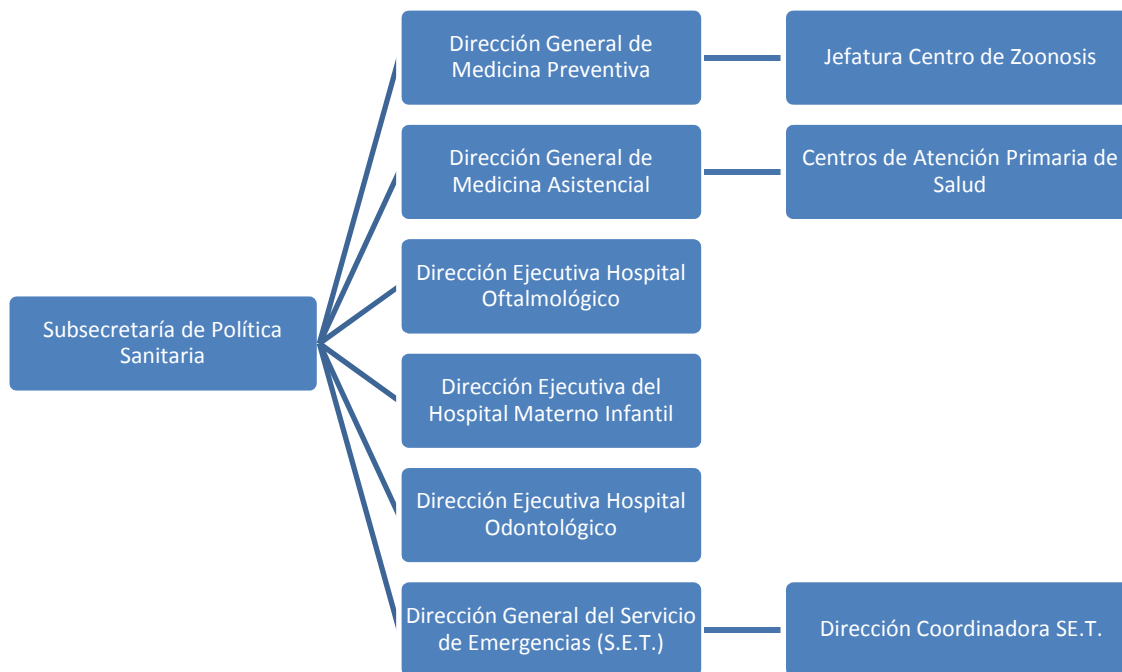
- Nivel Central: tiene carácter fundamentalmente político, normativo, contralor y de investigación; asigna y controla los presupuestos; además, formula y evalúa las políticas de salud, las estrategias, planes y programas, así como el marco legal y normativo.

Para ello se encuentra estructurada de la siguiente manera:

- ✓ Organigrama de la Secretaría de Salud y Desarrollo Humano (44)



✓ Áreas de la Subsecretaría de Política Sanitaria



Para ver el organigrama completo de la secretaría ver el Anexo I.

- Nivel Periférico: si bien toda la categoría tiene un mismo objetivo, pueden diferenciarse claramente dos tipos de funciones. Una de ellas, es desempeñada por el director a cargo, el cual es responsable de las funciones asignadas, cuyas actividades son: coordinar, supervisar y asesorar. La otra, es concretada por el resto del personal, los cuales ejecutan la programación de las acciones a nivel de las áreas de salud y de los diferentes CAFyS.

El partido se encuentra dividido en "áreas de salud", las cuales la mayoría son coincidentes con la división política - administrativa del distrito. Las áreas tienen un rango de 15.000 a 45.000 habitantes, para cuya definición se toman en cuenta criterios de orden geográfico, de población, accesibilidad, y los antecedentes de la prestación del servicio. Intentando para ello estar lo más próxima posible al vecino; procurando en la medida de lo posible que las personas no tengan que movilizarse más allá de 1.000 metros, impidiendo que se requiera de un medio de transporte para arribar al sistema de salud.

Esta división garantiza que cada unidad programática sea atendida de acuerdo con las prioridades, incluyendo a la totalidad de la población, y facilitando la corrección y los ajustes en la programación local.

### Niveles de Atención



Los diversos establecimientos se integran en una red, difiriendo sustancialmente en sus complejidades y funciones, los cuales intentan estar interrelacionados y coordinados entre sí con el propósito de aumentar la eficiencia y efectividad.

Se estructuran en tres niveles:

- Primer nivel: constituido por los CAFyS y las diferentes postas sanitarias.
- Segundo nivel: apoya al primer nivel con grado variable de complejidad y especialidades. Los establecimientos de salud de éste nivel, son los hospitales generales con especialidades básicas médico - quirúrgicas.
- Tercer nivel: corresponde a la prestación de servicios de la más alta especialización y complejidad, para atender determinados problemas de salud. Los establecimientos de éste nivel, son hospitales centrales y muy especializados.

### Establecimientos Asistenciales

Es fundamental enfatizar, que el sistema público de salud del distrito está conformado por diversos establecimientos asistenciales de variada envergadura y diferentes niveles de complejidad, como así también, dependientes de distintos estamentos. En ese sentido, es oportuno realizar la mención de la participación del “**Hospital Provincial de Pacheco**” como un efector público más, interactuando con el resto de la estructura sanitaria municipal.

Este nosocomio tiene una participación variable en la oferta de salud, pues, pese a ser un organismo polivalente y con un perfil para resolver situaciones de mayor complejidad; no presenta en muchas ocasiones el ensamble necesario con el resto del sistema; tanto, en cuestiones simples como tampoco las complicadas.

Esta deficiente articulación con el exterior, puede tener su origen en algunos casos en una limitada apuesta a gestiones de referencia y contrarreferencia, pero también a la escasez de recursos materiales, tanto en aparatología como en insumos.

El resto de la estructura pública de salud, está conformada por efectores de dependencia local, constituido por tres hospitales, dieciocho CAFyS, y dos centros de apoyo especializado (45). En el resto del presente trabajo, se profundizará el análisis de los citados establecimientos.

Para los objetivos del presente trabajo, se tendrá como prioridad el análisis jurisdiccional de la APS, aceptando para ello, que la misma se realiza en todos los niveles de atención tanto periféricos como centrales.

Entonces, si bien la unidad de análisis es el sistema en su conjunto, se focalizará la mirada desde los diferentes CAFyS, asumiendo que los mismos son el escenario más específico, y a la vez más afianzado en el seno de la comunidad, para aplicar desde allí las diferentes estrategias.

## La APS y su Relación con el Segundo y Tercer Nivel de Salud

### Relación entre Niveles del Sistema de Salud

Se señaló precedentemente, que el sistema se encuentra estructurado en dos niveles administrativos y tres niveles de atención, los cuales deben estar interrelacionados para aumentar su eficiencia y calidad. Al segundo nivel de atención le corresponde atender los problemas más complejos, estando dotado de un grupo variable de especialistas y de técnicos, de equipos y de tecnología para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades. El tercer nivel hospitalario, de máxima complejidad, está dotado de recursos muy especializados.

Se reconoce que un buen sistema de salud de alto nivel de competencia y resolución, debe disponer de muy buenos especialistas en los diversos campos, para atender las necesidades específicas en el segundo y en el tercer nivel de atención, así como de excelentes médicos generales, para la atención integral de la salud en el primer nivel.

### El Sistema de Referencia y Contrarreferencia

Un buen sistema de referencia y contrarreferencia desde los usuarios del primer nivel de atención al segundo y tercero, ha sido por muchos años, uno de los anhelos de los administradores de los servicios de salud, así como, de los médicos responsables de enviar y recibir pacientes entre dichos niveles.

Es posible verificar que, la concreción de las referencias desde el primer nivel de atención hacia el segundo y tercero, efectivamente se hacen, pero los receptores se quejan de que son incompletas, mal canalizadas o innecesarias; los exámenes de laboratorio que se adjuntan a la referencia no son creíbles, y con frecuencia se repiten en el centro de mayor complejidad, lo cual acarrea desperdicios de recursos para el sistema de salud, y la pérdida de tiempo para el usuario.

En no pocas oportunidades, la contrarreferencia no se hace efectiva, o, el paciente es retenido en su consulta en el hospital con otros especialistas del segundo nivel, aun cuando el problema del paciente pudiera tener seguimiento en el primer nivel a un menor costo.

En este sentido, es importante remarcar que el Servicio de Emergencias Municipal “SET”, cumple una muy importante tarea como facilitador o ejecutor de traslados, pues, no solo concreta la movilidad del paciente cuando es necesaria; sino que facilita también, muchos de sus elementos para la logística y comunicación.

### Los Usuarios del Servicio de Salud

Cualquier persona de cualquier clase social, puede ser usuario del servicio público de salud, encontrando por ello una amplia variación en el lenguaje, la expresividad, la cultura e inteligencia; lo cual en algunos casos, dificulta la comunicación entre los usuarios y el equipo de salud. Deben considerarse las diferentes edades, religiones, etnias; como así también, la

presencia de personas poco comunicativas o con discapacidades importantes, manifestando cada uno de ellas, necesidades muy diversas y propias de cada sector.

El médico y el equipo de salud, cotidianamente deben ofrecer recomendaciones prácticas e información, sobre los problemas de salud identificados en cada ciudadano, así como reflexiones sobre los aspectos de prevención y autocuidado. Los consejos deben ser beneficiosos y de utilidad para el usuario, teniendo que considerarse primariamente esta variedad en los receptores, y en las condiciones del proceso salud – enfermedad.

La pobreza, el desempleo, el retraso mental, un escaso nivel de alfabetismo, el acceso limitado a los servicios básicos y las personas que viven en condiciones precarias, son entre otros, factores que están condicionando un riesgo elevado de enfermedad física y de patología psicosocial. A la vez, estas personas difícilmente aplican los mensajes educativos, completan los tratamientos indicados, o acuden puntualmente a las citas. Estos usuarios/ as se constituyen en un verdadero reto para el servicio de salud.

La población antes mencionada, presenta mayoritariamente un alto porcentaje de trabajo informal y precario, con un nivel de ingreso por debajo de la línea de la pobreza, viviendo con necesidades básicas insatisfechas (NBI), con carencia de los servicios básicos tales como la falta agua potable y cloacas; predominando además, las calles de tierra y los zanjones abiertos; logrando mitigar en parte algunos de los efectos del mismo, a partir de la obtención de la asignación universal por hijo y la creación de cooperativas.

Debido a las características etarias de la población que acude a las instituciones, con elevadas proporciones de pacientes ancianos, niños y embarazadas; se plantean mayores exigencias hacia infraestructura, debiendo concretarse adaptaciones particulares.

Del total de la población, más de la mitad no tiene cobertura de salud, mientras que la minoría restante refiere alguna. De éste último porcentaje, las mayores proporciones corresponden a PAMI y a obras sociales sindicales, mientras que una minoría muy escasa es de medicina privada.

### **Medición de la Satisfacción de los Usuarios**

Las llamadas encuestas de satisfacción, son estudios de la percepción sobre el servicio de salud. Estas encuestas, se efectivizan mediante entrevistas con los usuarios internos y externos del sistema, para corregir errores de procesos del CAFyS a partir de la realización de informes de satisfacción anónimo, como también, la recepción de quejas y sugerencias a través del servicio de la página web del municipio, o de diversos dispositivos en los establecimientos (libros y buzones).

Los ítems que en general se indagan son el trato recibido desde el personal, los tiempos de espera, el ambiente físico de los establecimientos, y de los servicios de apoyo tales como laboratorio, farmacia, etc. Afortunadamente se recibe mucho reconocimiento positivo por el trato otorgado desde el personal; pero a la vez, existen algunos reclamos por los tiempos de espera.

Cuando se pide a los pacientes que elaboren una evaluación de la percepción de los servicios recibidos, e independientemente de algunas falencias, la gran mayoría lo ubica en un nivel muy alto de satisfacción.

La encuesta de satisfacción de los usuarios se constituye en un instrumento poderoso, no solo para conocer la percepción, sino para evaluar condiciones del servicio, para implementar medidas de corrección y evaluar su evolución en el tiempo; transformándose en un buen indicador de la calidad en los servicios otorgado por el personal de salud.

## Gestión de la Atención Primaria

Si bien las disposiciones esenciales y cardinales se determinan desde el nivel central, los directores de los CAFyS asumen, en su zona geográfica de influencia, un rol protagónico en la gerencia y administración de todas las actividades de salud del primer nivel.

Los coordinadores y directores de los equipos de salud, deben evolucionar a convertirse en verdaderos líderes, para ofrecer un mejor servicio a la comunidad a la que sirven, y a la vez, erigirse en el promotor y facilitador de todo su equipo para el trabajo eficiente y de calidad.

El sistema de salud debe, hacer un esfuerzo particular para la formación y capacitación de sus directores, fundamentalmente en la mejora de sus capacidades para una comunicación efectiva.

La gestión de pacientes propiamente dicha, toma trascendencia no solo por su impacto en la calidad del servicio, sino porque también, puede actuar como una barrera de accesibilidad. Se puede comenzar analizando, los modos en que se adjudican los turnos, los tiempos de demora en los diversos pasos dentro del establecimiento hasta que el paciente se retira con su problema resuelto; debiendo en estos diversos micro procesos institucionales, hacerse un análisis metódico.

Es necesario entonces, la pertinencia apropiada para cada una de las instancias que el usuario debe superar; puesto que la falta de ella podría conducir a resultados indeseables, alcanzando en los peores casos la deserción del paciente.

Desde ya que la perfección es una utopía, porque si bien se puede hacer alguna programación para la provisión de recursos, existen muchas variaciones circunstanciales de demanda espontánea o sobretornos, que exigen de una manera espasmódica al sistema confiriendo algún tipo de desacople en los tiempos, generando la consecuente demora.

Pretender contar con personal ocioso para éstos momentos, conduciría aun aumento de costos que resulta imposible de soportar, debiendo para ello aplicarse un triage de selección de pacientes a los fines de optimizar la oferta; y de ser necesario a consecuencia de ello, generar una comunicación efectiva a la población involucrada.

Si bien se concretan talleres, los mismos se circunscriben a actividades de capacitación y campañas de información, sin implementar intercambio de experiencias.

Las actividades extramuros que se realizan, son campañas de información e implementación de iniciativas comunitarias. Los temas sobre los que se desarrollan acciones son: lactancia materna, salud sexual y reproductiva, violencia familiar, y tuberculosis.

### **Sistema de Información en Salud**

Varios intentos y proyectos se han llevado a cabo para automatizar la informatización de los servicios de salud del distrito, algunos quedando confinados al nivel central; mientras que otros, al hospital y algunos pocos centros periféricos.

En éste sentido se podrían establecer algunas dimensiones y/o fases en el manejo de la información. Una primera, vinculada primariamente con la gestión de turnos a partir de un sistema llamado "TTT" (turnos telefónicos); y una segunda, relacionada con el registro clínico propiamente dicho, como así también de la consecuente información administrativa gerencial que se origina desde ese momento.

El TTT es efectivizado por una empresa privada, diferente a la encargada de manejar la segunda etapa, originando desde ello algunos desacoples en el manejo de la información.

Algunos de los problemas desde estos pasos y procesos, suelen generarse en la obtención de algunos datos filiatorios de los pacientes, si bien el otorgamiento de los turnos para las diversas situaciones es bastante apropiado. Este problema surge en ciertos casos, por la deficiente recolección de algunos detalles; y en otros, por no poseer una base de padrones actualizados de los respectivos financiadores.

En la segunda etapa, el principal y gran problema, es que no se cuenta con computadoras y servicio de internet habilitado y funcionando en cada uno de los puntos donde se atienden a los usuarios, generando ello, parches en la información. Si bien en la actualidad, se han adquirido los suministros de computadoras y otros accesorios para completar todo lo necesario, queda el desafío de su apropiada integración y correcto funcionamiento.

Con respecto a la información administrativa, y a consecuencia de lo descrito, se suelen generar algunos inconvenientes en la facturación, pudiendo dar lugar algunos débitos y retrasos en los cobros.

### **Evaluar el Funcionamiento**

Históricamente, el municipio ha hecho grandes esfuerzos por disponer de indicadores confiables para evaluar las condiciones de la estructura, los servicios, los procesos y los resultados de salud de la población. Sin embargo gran parte de esa información se presentaba aislada, se procesaba en centros de cómputos centralizados en la secretaría, y con frecuencia se devolvía a los niveles operativos en forma demasiado tardía o no llegaba, y excepcionalmente, se utilizaba para procesos de planificación.

Otra de las características de los procesos evolutivos, fue su orientación a evaluar programas (ej. Salud Materno-infantil o programa de inmunizaciones), y por consiguiente, se carecía de evaluaciones que tomaran en cuenta el conjunto de los servicios de salud así como la calidad de los mismos.

Desde hace pocos años, se han introducido nuevos instrumentos de evaluación, que se han perfeccionado progresivamente en su aplicación, por la experiencia y el conocimiento que ha adquirido el personal. Estos nuevos instrumentos, están a disposición de los trabajadores del área y se comparten con el personal de los CAFyS. La información, es utilizada en la elaboración de los Planes de Acciones Anuales y en el Programa Operativo Anual (POA); siendo el principal insumo en la negociación de los compromisos de gestión de cada área de salud.

A comienzo del año 2013, se diseñó un Cuadro de Mando Integral orientativo (CMI), con el objetivo de presentar en una serie de indicadores integrados por la estrategia de APS, como un instrumento para el diagnóstico de situaciones, para la ayuda en la toma de decisiones y el seguimiento de la evolución; cuyos verdaderos alcances de su aplicación están todavía por comprobarse.

## **Financiamiento y Costos**

### **El Financiamiento de los Servicios de Salud**

Al sistema público municipal de salud, acuden pacientes que no poseen ninguna cobertura de salud, como aquellos que sí; y dentro de éste último grupo se sitúan una gran diversidad de financiadores, tanto de la seguridad social como privados.

Si bien los pacientes que no poseen cobertura, aportan al sistema público desde su pago de impuestos y tasas, dichos fondos pueden tener básicamente dos grandes canales de origen; uno desde las propias arcas del municipio con fondos del presupuesto general de la intendencia. Y otro provincial, desde el Reparto de la Masa Coparticipable con un Método de Determinación de Transferencia perverso; pues, prioriza el asistencialismo en establecimientos de mayor complejidad, en vez, de las estrategias de APS en el seno de la comunidad y en los CAFyS.

Además hay que agregar los fondos originados desde los diferentes programas nacionales y/o provinciales específicos, brindando recursos de toda índole para llevar a cabo una estrategia de política pública. Estos recursos pueden ser humanos (médicos comunitarios, por ejemplo), físicos (insumos y equipamiento) o monetarios (detalles de planes y programas en el Anexo II).

En cuanto a los pacientes con algún tipo de cobertura previa, y una vez finalizada la asistencia, se procede a completar un formulario que se envía al correspondiente financiador para su posterior cobro, y cuyo contralor es la Superintendencia de Seguros de Salud.

En el distrito en estudio, no está permitido en cualquiera de sus efectores sanitarios, requerir el pago de bolsillo a los pacientes por cualquier motivo.

Para el cuidado de salud de la población, la secretaría se encuentra adherida a programas que se acompañan mayoritariamente de los medicamentos necesarios, siendo provistos en forma totalmente gratuita. Los cuidados profesionales se complementan con medicamentos esenciales (Listado de la Organización Mundial de la Salud), provistos por el Programa Remediar y el Programa Acción para la Salud de la propia localidad. Mientras que, la mayoría de los estudios básicos complementarios se realizan en los Centros de Salud o en el Hospital Materno - Infantil. (46)

Independientemente de cualquiera de los planes a los que el municipio se encuentra ligado, existe una intención primaria, en cuanto a que cada paciente que asiste a un establecimiento sanitario, al momento del regreso a su domicilio, tiene que poseer la medicación necesaria para continuar su tratamiento.

### **Costos**

Es fácil advertir que los presupuestos siempre son escasos, los costos de los servicios crecen progresivamente, y la demanda de la población es cada vez mayor. Con frecuencia, por la insuficiencia de recursos hay que decidir las prioridades, teniendo que regular la producción de muchas actividades importantes. Una consecuencia común a esta situación, es que el personal debe dedicar la mayoría de su tiempo y esfuerzo a la atención de la enfermedad. (47)

Este es un peligro evidente, porque una falta de planificación de los recursos y una demanda absorbente por la atención de la enfermedad, significan volver al pasado; ignorando y desestimando la importancia de la prevención y la promoción en salud. (47)

La existencia de un buen sistema de costos depende en cada componente programático, de la presencia de una unidad de contabilidad, con un buen sistema de información como mecanismo de recopilación, análisis y transmisión de los datos. Un sistema de costos oportuno, claro, sistematizado y fiable, es una herramienta poderosa para la gestión de un CAFyS o un hospital.

Tener objetivos claros sobre la base del compromiso de gestión, incluye asentar los objetivos y las metas del año correspondiente, las principales actividades a realizar, los parámetros de evaluación y el monto global financiero anual. Como parte de lo antedicho se encuentra el presupuesto anual, siendo confeccionado en los meses de septiembre / octubre para la ejecución al año siguiente.

Por lo general, en cada período se agregan nuevas actividades y se eliminan otras; dependiendo de criterios técnicos, de los resultados globales de las evaluaciones, y del cumplimiento sostenido de algunos de los compromisos.

### **Formación y Capacitación del Personal en la APS**

El CODEI (Comité de Orientación en Docencia e Investigación), es la entidad que organiza los dispositivos para sostener y acrecentar la capacitación docente y la producción científica en el ámbito del Municipio; ya sea en temas vinculados a salud, educación o desarrollo humano.

Lo anterior implica:

- El intercambio y circulación de conocimientos y habilidades en el trabajo colaborativo con la población, para mejorar el bienestar del conjunto.
- La articulación de la producción grupal, el trabajo en equipo, y la inserción en la comunidad.
- Poder sostener y promover el lazo social en su multiplicidad y complejidad.
- Mantener una actividad docente y científica con la suficiente firmeza que, permita participar a los implicados en los debates científicos y sus prácticas contemporáneas, dentro del contexto cultural y social. (48)

### Residencias

Sistema de residencias co-coordinadas con el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. (49)

| Residencias       |              |
|-------------------|--------------|
| Tocoginecología   | Pediatría    |
| Medicina Familiar | Neonatología |
| Trabajo Social    |              |

### Formación y Convenios del CODEI

El CODEI ha firmado convenios con prestigiosas instituciones para la formación y actualización. (50)

| Entidades  | Actividades  |
|--|--|
| Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires | Cooperación Residencias, Internado Anual Rotatorio, Alumnos de Cátedra de Pediatría, Licenciatura Enfermería, Obstetricia. |
| Universidad Maimónides Facultad de Medicina            | Cooperación docente con Carrera Médico Especialista en Pediatría.  |
| Fundalam (Fundación para la Lactancia Materna)         | Cooperación docente.   |
| Universidad Austral                                    | Cooperación docente con residencia Tocoginecología y enfermería.   |
| ESCUELA ENFERMERIA MUNICIPAL                           | Tecnatura en Enfermería (3 años de duración).<br>Licenciatura (dos años de duración).                                      |

Capacitaciones dirigidas al personal de salud. (50)

| Eventos   |   |
|---|---|
| TANGO 2013. Capacitación en los ejes crianza, salud del adulto, responsabilidad y derechos sexuales y salud de la | Coordinación de Grupos y Análisis Institucional |



|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| mujer, dirigida al equipo de salud. | “Lo Grupal”                                  |
| Curso de Emergencia y Rescate       | 2º Jornadas de Atención Primaria de la Salud |
| 3º Jornadas de Enfermería           |  |

## Intersectorialidad

Una situación muy particular se presenta en el seno de los diferentes CAFyS, vinculado fundamentalmente con la interacción de los “Agentes Territoriales”. Estos actores sociales, tienen su origen en los punteros políticos y/o referentes barriales, en personas con una fuerte influencia y presencia en el seno de la comunidad; que con el transcurso del tiempo, y por iniciativa de las autoridades municipales, se les ha otorgado una jerarquía de intermediarios o puente entre la propia comunidad y la administración local, adquiriendo si se quiere, algún grado de pertenencia con la administración gubernamental.

Pero lo verdaderamente interesante es que, tienen asignado días y horarios de consultas en los centros de salud; donde, la población puede llegar y charlar con ellos planteando problemas y situaciones muy diversas, que si bien en muchos casos no están relacionadas directamente con problemas de salud, sí lo están con los determinantes sociales que afectan a la misma.

También, se puede observar una fuerte presencia de las manzaneras en algunos efectores periféricos, vinculado con la recepción de algunos problemas, fundamentalmente relacionados con mejoras habitacionales y con el inicio de trámite paracarnet de discapacidad.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se procedió al análisis del sistema de salud de un territorio municipal, para evaluar el alcance de la cobertura de servicios de salud según el concepto de CUS, y en función de ello determinar como se encuentra su sistema de APS en los CAFyS.

Sobre la base de las dimensiones de la CUS tales como: gobernanza, acceso, servicios de calidad y protección financiera; se determinaron los ejes que constituyen cada una de ellas. Luego, se definieron las variables (con la característica, cualidad o propiedad de un hecho o fenómeno susceptible de ser medido o evaluado), y recién por último, se concretaron los indicadores.

### Ejes y Dimensiones

En el siguiente cuadro se describen las tres principales dimensiones de la CUS, y algunas de los principales ejes y variables a considerar.

| <b>GOBERNANZA</b> | <b>Dimensiones</b> | <b>Ejes</b> | <b>Variables</b> |
|-------------------|--------------------|-------------|------------------|
|                   |                    |             | Demografía       |

|  |                            |                                      |  |
|--|----------------------------|--------------------------------------|--|
|  | <b>Acceso/ Población</b>   |                                      | Discapacitados   |
|  |                            | PatologíasPrevalentes                | Niños<br>Embarazada<br>Adultos<br>Ancianos<br>Enfermedades no transmisibles<br>Enfermedades transmisibles<br>Crónicas<br>Traumatismos<br>Adicciones<br>Violencia de género     |
|  |                            | CaracterísticasSociales              | Educación<br>Trabajo<br>Nivel de Ingreso<br>Pobreza<br>Indigencia  |
|  | <b>Servicios / Calidad</b> | ServiciosBásicos                     | Vivienda<br>Agua potable<br>Cloacas<br>Recolección de basura<br>Hacinamiento<br>Gas natural<br>Luz<br>Zanjones abiertos<br>Basurales próximos                                  |
|  |                            | Modelo de Atención                   | Turnos<br>Consultas<br>Prácticas<br>Referencia / contrarreferencia<br>Gestión de pacientes<br>Actividades extramuros<br>Talleres intramuros<br>Cobertura<br>Planes y Programas |
|  |                            | RecursosHumanos                      | Cantidad<br>Calidad<br>Distribución  |
|  |                            | Infraestructura y recursosmateriales | Hospital<br>CAFyS<br>Ubicación geográfica<br>Informática<br>Aparatología<br>Insumos<br>Vacunatorios<br>Farmacias   |
|  |                            | Calidad                              | Encuesta de hogares<br>Resultados Sanitarios<br>Resultados de gestión interna<br>Percepción comunitaria<br>Satisfacción del usuario  |
|  |                            | Financiamiento interno               | Financiación directa del municipio   |

|  |   |                   |  |
|--|---|-------------------|--|
|  |   |                   | Anexos II<br>Coparticipación<br>Facturación/ Débitos |
|  | <b>Protección<br/>Financiera a la<br/>población</b> | Gasto de bolsillo | GastoCatastrófico<br>Gastoempobrecedor               |
|  |   | Mancomunamiento   | Obra Social<br>Prepaga                               |

Un trato especial merece la gobernanza, pues, presenta características e incumbencias en todas las dimensiones; penetrando en diferentes ejes de manera variable, transmitiendo una gran influencia en todas ellas en su conjunto, pero específicamente y unívocamente en ninguna, entonces es por ello que se decide abordarla desde una apartado individual.

|                   | <b>Eje</b>           | <b>Dimensión</b>   |
|-------------------|----------------------|--|
| <b>GOBERNANZA</b> | Marco legal          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contemplado el Derecho a la Salud en la ordenanzas municipales.</li> <li>• Ratificación / transposición de Tratados y Normativas relacionada con el Derecho a la Salud.</li> <li>• Normas específicas sobre CUS o Salud Pública entre gobierno nacional, provincial y local; para refuerzo de las políticas de salud y su acceso al territorio y poblaciones.</li> </ul>  |
|                   | Planes y Estrategias | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclusión de la CUS en la Estrategia Municipal / Plan de reforma en salud.</li> <li>• Plan específico dirigido a la CUS (acceso, servicios y protección financiera).</li> <li>• Planificación estratégica y diseños sostenibles de políticas Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), ej. incremento de acceso más equitativo a servicios, HIV/AIDS, Tuberculosis, salud materno - infantil, mejora de la disponibilidad y calidad; y priorización de nuevos objetivos en salud como enfermedades no transmisibles o accidentes de tráfico.</li> </ul> |
|                   | Intersectorialidad   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acciones/Instrumentos para el fomento de la intersectorialidad (ej. Incorporación de programas y planes de atención primaria junto con programas sociales).</li> <li>• Grado de participación / compromiso en foros nacionales, provinciales y reuniones relacionadas con los elementos de la CUS.</li> </ul>   |
|                   | Transparencia        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión integrada de la información sobre indicadores en salud, y accesibilidad / disponibilidad de resultados para la ciudadanía.</li> <li>• Mecanismos y proceso de medición, análisis y evaluación y diseminación de resultados.</li> </ul>  |
|                   | Rendición de cuentas | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado de priorización de políticas en salud en planes generales de gobierno.</li> <li>• Capacidad para la creación e implementación de</li> </ul>   |

|  |                               |  |
|--|-------------------------------|--|
|  |                               | <p>mecanismos innovadores de financiación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración de documentos sobre aspectos clave en salud, diseminación de los mismos (documentos presupuestarios, resúmenes de ejecución anual, indicadores en salud).</li> <li>• Existencia de instrumentos de rendición de cuentas de avances en cobertura en salud (ej. en el consejo deliberante y ante foros sociales participativos).</li> <li>• Mecanismos para la protección del derecho a la salud (judicial y administrativo).</li> </ul> |
|  | Participación/ Diálogo Social | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mecanismos de participación de sectores y sociedad civil en la definición, seguimiento de los planes en salud o estrategias de financiación.</li> <li>• Acuerdos o consensos con fuerzas políticas en relación a los vectores de la CUS, y sobre disponibilidad y uso de servicios.</li> <li>• Impulso de alianzas con otros actores políticos.</li> </ul>  |
|  | Regulación                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existencia de desarrollos regulatorios específicos que hagan operativos los elementos de la CUS (acceso, servicios, protección financiera)</li> <li>• Marcos regulatorios en el ámbito de medicamentos, incorporación de tecnologías, funcionamiento con el sector privado, RRHH, conjunto de prestaciones, RISS, APS o gestión clínica.</li> </ul>   |
|  | Concertación y Liderazgo      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimula Coaliciones y alianzas.</li> <li>• Existencia de Misión y Visión de la Secretaría de Salud.</li> </ul>   |

Se confeccionó una lista de posibles indicadores agrupados según las dimensiones, en los que se estableció una categorización para la selección de los mismos, utilizando criterios de calidad según la presencia o ausencia de atributos.

Para la aplicación de los mismos, se tomó como unidad de estudio un municipio del conurbano bonaerense, puntualmente, el sistema público municipal de salud. Pues, si bien en muchos casos interactúa con efectores públicos provinciales y privados, éstos últimos aportan fundamentalmente cuidados del segundo y tercer nivel de atención, teniendo una injerencia mínima en los resultados sanitarios, asumiendo el gobierno local el protagonismo de la APS.

Pero la definición de éste distrito no se basa sólo en lo antedicho, sino que es una gestión que está introduciendo cambios importantes en su sistema de salud con una fuerte impronta en APS, contrariamente a lo que indicaría la lógica provincial coparticipable; siendo uno de los referentes en éste sentido.

Para la obtención de los datos de salud se recurrieron a diferentes fuentes, tanto locales como provinciales o nacionales. En la información referente a la población y entorno, la base

de la referencia fueron las fuentes externas a la comuna; mientras las concernientes al propio sistema de salud, el origen fue interno desde las propias autoridades.

### **Definición de Indicadores**

Los indicadores son modos de expresar una o más variables combinadas que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos (especialmente sucesos biodemográficos); para así, poder respaldar acciones políticas, evaluar logros y metas.

Ellos son necesarios para poder objetivar una situación determinada, y a la vez, poder evaluar su comportamiento en el tiempo mediante comparación con otras situaciones que utilizan la misma forma de apreciar la realidad.

Los indicadores de salud, son instrumentos de evaluación que pueden determinar directa o indirectamente modificaciones, dando una idea del estado de situación de una condición. Si se está evaluando un programa para mejorar las condiciones de salud de la población infantil, se pueden determinar los cambios observados utilizando varios indicadores que revelen indirectamente esta modificación.

Algunos indicadores pueden ser sensibles a más de una situación o fenómeno. Por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil, es indicador del estado de salud de la población objeto, pero también evalúa el bienestar global de una población.

Sin embargo, puede no ser específico respecto de ninguna medida sanitaria determinada, porque la reducción de la tasa puede ser consecuencia de numerosos factores relacionados con el desarrollo social y económico.

Los indicadores de salud y los relacionados con ella, con frecuencia utilizados en diversas combinaciones, se emplean en particular para evaluar la eficacia y sus efectos.

En la práctica los indicadores disponibles no son tan perfectos, y constituyen una aproximación de una situación real.

### **Atributos de un buen indicador**

Un buen indicador debe abarcar, como sea posible, el mayor número de las siguientes características:

- ✓ Disponibilidad: los datos básicos para la construcción del indicador deben ser de fácil obtención sin restricciones de ningún tipo.
- ✓ Relevancia para el sistema: debe aplicarse sobre una situación que es considerada prioritaria dentro de las políticas de salud, pues, su presencia o ausencia es considerada fundamental.
- ✓ Simplicidad: el indicador debe ser de fácil elaboración.
- ✓ Validez: la validez de los indicadores significa que éstos deben tener la capacidad de medir realmente el fenómeno que se quiere medir y no otros. Mide realmente lo que se supone debe medir.

- ✓ Especificidad: si un indicador no mide realmente lo que se desea medir, su valor es limitado, pues no permite la verdadera evaluación de la situación al reflejar características que pertenecen a otro fenómeno paralelo. Reflejar sólo cambios ocurridos en una determinada situación.
- ✓ Confiabilidad: los datos utilizados para la construcción del indicador deben ser fidedignos y con fuentes de información satisfactorias. Mediciones repetidas por distintos observadores deben dar como resultado valores similares del mismo indicador.
- ✓ Sensibilidad: el indicador debe ser capaz de poder identificar las distintas situaciones de salud aún en áreas con distintas particularidades, independientemente de la magnitud que ellas tengan en la comunidad. Ser capaz de captar los cambios.
- ✓ Alcance: el indicador debe sintetizar el mayor número posible de condiciones o de distintos factores que afectan la situación descrita por dicho indicador. En lo posible el indicador debe ser globalizador. (30) (31)

Al medir el nivel de salud, se intenta estimar como se manifiesta el proceso salud enfermedad en una población. A pesar del desarrollo y los avances experimentados en la investigación sobre indicadores positivos de salud, en la actualidad, la información que está disponible recurre al uso de indicadores negativos de la misma, basados en la pérdida de ésta. Pese a las limitaciones propias de trabajar con una parte del fenómeno salud enfermedad (daños), estos son las señales de mayor utilidad para el análisis de salud en la localidad.

Para seleccionar los indicadores más adecuados para este análisis, se procedió primariamente a confeccionar una extensa lista de los mismos, a los que posteriormente, se les aplicó una categorización según una escala de valor de calidad.

Para cada indicador, se clasificaron sus atributos con una escala de 0 a 1, donde "0" es ausencia y "1" es presencia de dicha propiedad. Posteriormente, se sumaron los valores de todos los atributos de un mismo indicador, y en función de ello, cada uno tuvo la posibilidad de reunir un valor entre 0 y 8.

Para la inclusión o exclusión de los mismos se utilizó la categorización anterior, donde cero es el caso extremo en que una variable no cumple con ninguna de sus propiedades; y ocho, que cumple con todas.

Según éste valor final, se estableció un orden de jerarquía de mayor a menor, siendo incluidas las mediciones de mayor puntaje que superen el valor de 5. Pero necesariamente, tuvieron que poseer el valor de 1 (uno) en dos de los atributos considerados esenciales; como son la disponibilidad y la relevancia para el sistema, sin los cuales quedaron excluidos. A modo de ejemplo se desarrolla una pequeña tabla analítica con algunos ejemplos.

| Indicador | Disponibilidad | Relevancia para el | Simplicidad | Validez | Especificidad | Confiabilidad | Sensibilidad | Alcance | Total |
|-----------|----------------|--------------------|-------------|---------|---------------|---------------|--------------|---------|-------|
|-----------|----------------|--------------------|-------------|---------|---------------|---------------|--------------|---------|-------|

|   |   | sistema |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---------|---|---|---|---|---|---|---|
| Relación entre personal de planta permanente vs. el personal total  | 1 | 1       | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 6 |
| Relación entre la cantidad de horas otorgadas para capacitación (cursos, jornadas y congresos) vs. cantidad de horas consideradas óptimas para dicha actividad. | 1 | 1       | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 6 |
| Proporción de médicos especialistas en medicina general / familiar versus la totalidad de médicos.  | 1 | 1       | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 |
| Proporción de CAFyS que cuentan con el equipo básico en los horarios de atención.   | 1 | 1       | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 7 |
| Proporción de CAFyS en los que falta algún miembro del equipo básico.   | 1 | 1       | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 6 |

Donde la fundamentación de su relevancia para el sistema fue:

Aparece cada vez más bibliografía demostrando que existe una relación directa entre el nivel de producción del personal y el tipo de relación contractual con el “empleador”. En los países en desarrollo, como es el caso de Argentina con gran inestabilidad laboral y económica, es fundamental una vinculación de trabajo formal con el “Estado”, otorgando mayores beneficios al trabajador y evitando de ésta manera una vínculo laboral precario.

Esta situación resulta determinante en la mayoría de los casos, para la búsqueda de otra fuente de ingresos complementaria con le objeto de cubrir las necesidades presentes, pero también futuras producto de alguna latente e imprevista desvinculación laboral, conduciendo todo ello a un deterioro del rendimiento y del empoderamiento del empleado, sin poder la parte patronal obtener mayores beneficios.

Cualquier organismo que no presenta programas e incentivos para la capacitación de sus trabajadores, posiblemente esté condenado al fracaso, pues, es el ingrediente esencial para lograr la innovación necesaria para la mejora del trabajo en un entorno siempre cambiante. El cálculo propone estimar la inversión de tiempo que realizan los empleados en mejorar sus habilidades a partir de la capacitación, considerando cursos de entrenamiento en actividades específicas; logrando a partir de ello mejores resultados no solo con el paciente, sino en la optimización de todo el sistema, aportando ideas renovadoras para una mayor efectividad y eficiencia.

Cuando se piensan o planifican políticas en salud, aunque no se explicita, siempre subyace el concepto que se requerirá personal apropiado, tanto en cantidad como calidad. Al hacer referencia a APS la calidad del RRHH se enfoca a profesionales que se prepararon para ello; que poseen una visión comunitaria de la problemática, capacitados para interactuar con diferentes actores sociales, como así también, en el trabajo en equipo y en actividades interdisciplinarias.

Presentando todas estas cualidades se encuentra el médico comunitario o de familia, revistiendo entonces vital importancia que un importante número sea incorporado al staff profesional, debiendo definirse para ello una proporción óptima de los mismos.



## Valoración de la calidad de un indicador

Entonces se expondrán los indicadores según un valor de calidad, fundamentado en su relevancia para el sistema y en la posesión de algunos atributos.

| Eje   | Indicadores  | Valor |
|---|--|-------|
| <b>Modelo de Atención</b>                                     | Cantidad de pacientes que solicitaron turnos para consultas por Turno Telefónico Tigre (TTT) vs el total de turnos adjudicados.  | 6     |
|   | Relación de pacientes que solicitaron turnos y no concretaron la consulta y/o práctica (turnos cancelados o sin asistencia).   | 6     |
|   | Tiempo (promedio) de días transcurridos entre la solicitud y la concreción del mismo.  | 7     |
|   | Proporción entre la tasa actual vs. óptima de consultamédicacada 1000 habitantes.  | 7     |
|   | Cantidad de pacientes atendidos en 1 (una) hora vs. óptimo de atención horaria según la especialidad.  | 6     |
|   | Cantidad (o relación) de horas de atención de cada consultorio odontológico vs. horas de atención CAFyS.   | 7     |
|   | Relación entre la cantidad de pacientes derivados vs. el total de pacientes atendidos.   | 6     |
|   | Relación entre lo concretado vs. lo planificado en talleres intramuros.  | 6     |
|   | Relación entre lo concretado vs. lo planificado en actividades extramuro.  | 6     |
| <b>Recursos Humanos</b>                                       | Proporción de CAFyS que cuentan con el equipo básico en los horarios de atención.  | 7     |
|   | Proporción de médicos especialistas en medicina general / familiar versus la totalidad de médicos.   | 7     |
|   | Relación entre personal de planta permanente vs. el personal total (que incluyendo además al personal no permanente; tanto a los de planta temporario, destajista, becarios).  | 6     |
|   | Relación entre la cantidad de horas otorgadas para capacitación (cursos, jornadas y congresos) vs. cantidad de horas consideradas óptimas para dicha actividad.  | 6     |
|   | Proporción de CAFyS en los que falta algún miembro del equipo básico.  | 6     |
| <b>Infraestructura y Recursos Materiales</b>                  | Proporción de CAFyS que poseen adaptaciones según la Ley Nº 24.314 (para discapacitados) en las áreas de circulación del público.  | 6     |
|   | Proporción de consultorios que poseen computadora para registro clínico.   | 7     |
|   | Proporción de computadoras que tienen internet.  | 6     |
| <b>Calidad</b>  | Porcentajes de embarazadas bajo programa.  | 6     |
|   | Porcentaje de embarazadas que realizaron 5 ó más controles.  | 6     |
|   | Porcentaje de puérperas que asistieron al control.   | 7     |
|   | Porcentaje de niños con lactancia exclusiva hasta el 6º mes.   | 7     |
|   | Porcentaje de niños bajo programa.   | 6     |
|   | Porcentaje de niños con libreta con calendario de vacunación completo.   | 7     |
|   | Relación población potencialmente nominable vs. población nominalizada (en Plan Nacer).  | 6     |
|   | Porcentaje de pacientes con DBT.   | 6     |
|   | Porcentaje de DBT medicados.   | 6     |
|   | Relación de pacientes bajo programa vs. pacientes que retira la medicación (acatamiento en PRODIABA).  | 7     |
|   | Padrón de discapacitados.  | 7     |
|   | Porcentaje de PAP realizados en mujeres de 35 a 64 años.   | 7     |
|   | Padrón de mujeres bajo programa en anticoncepción.   | 7     |
| Porcentaje de pacientes mayores de 50 años con control anual. | 7  |       |
| <b>Financiamiento interno</b>                                 | Proporción de aportes municipales vs. otros orígenes (Anexos II, coparticipación, programas y planes tanto nacionales como provinciales).  | 6     |
|   | Proporción de pacientes atendidos vs. generación de formularios de cobros.   | 7     |
|   | Total de gasto devengado por número de consultas médicas.  | 6     |
| <b>Gasto de bolsillo</b>                                      | Porcentaje de población que se atiende en el sistema público y que sufre gasto de bolsillo.  | 7     |
|   | Porcentaje de población que se atiende en el sistema público y que sufre gasto superior al 40% de su ingreso mensual a causa de ello.  | 6     |
|   | Porcentaje de población que se atiende en el sistema público y que sufre gastos entre el 15 y 40% de su ingreso mensual a causa de ello.   | 7     |
| <b>Mancomunamiento</b>  | Porcentaje de población que se atiende en el sistema público y que posee alguna cobertura de salud sindical.   | 7     |
|   | Porcentaje de población que se atiende en el sistema público y que posee alguna cobertura de salud privada.  | 7     |
| <b>Marco legal</b>  | Existen normas municipales que consideren garantías a algún aspecto de la salud.   | 6     |
|   | Existen leyes que carecen de reglamentación en el ámbito sanitario, o en otros ámbitos, que influyan en el sector salud.   | 6     |
| <b>Planes y Estrategias</b>                                   | La Autoridad Sanitaria, elabora y actualiza con periodicidad la Política de Salud para el distrito.  | 7     |
|   | La Secretaría de Salud define los actores y sus responsabilidades específicas para alcanzar los Objetivos Municipales de Salud.  | 7     |
| <b>Intersectorialidad</b>                                     | La Autoridad Sanitaria, convoca con periodicidad a representantes de organizaciones comunitarias, al sector privado y a otros sectores del Estado, con el fin de planificar acciones, dirigidas al logro de las metas en materia de promoción de la salud. | 6     |
| <b>Transparencia</b>  | Los diversos sectores involucrados, perciben que la autoridad sanitaria ejerce su función fiscalizadora  | 6     |

|                                      |  |   |
|--------------------------------------|--|---|
|                                      | con alto nivel de transparencia.   |   |
| <b>Participación/ Diálogo Social</b> | La Autoridad Sanitaria, estimula y fomenta la participación de la sociedad civil en la identificación de problemas, y la planificación e implementación de acciones en el campo de la salud. | 6 |
|                                      | Disposición de la Autoridad Sanitaria para solicitar aportes, de la sociedad civil y/o comunidad para la definición de los Objetivos de Salud. Formalización de la participación.            | 6 |
| <b>Regulación</b>                    | La Autoridad Sanitaria, ejerce la función regulatoria eficientemente en función de Recursos Humanos disponibles suficientes.   | 7 |
|                                      | Existen normas para la evaluación de las tecnologías en salud.   | 7 |
| <b>Concertación y Liderazgo</b>      | La Autoridad Sanitaria, construye coaliciones y alianzas en el proceso de conducción de la política de salud.  | 7 |
|                                      | La Autoridad Sanitaria cuenta con una definición formal de su visión y misión.   | 6 |

Para mayor detalle y comprender como se arriba a ésta unidad, ver ANEXO III. Determinación del valor de calidad de los indicadores

## **RESULTADOS**

Es importante aclarar de antemano que los datos aquí consignados son el producto de la recolección del autor sobre los registros de datos de la repartición en estudio, en algunos caso se encontró el dato de manera directa, pero en otros hubo que aplicar diferentes tipos de fórmulas para arribar a un resultado deseado. Por éste motivo, es que puede existir algún desvío registral desde el origen de la información.

Para un mejor ordenamiento y una más apropiada exposición, se adjudicó alguna nomenclatura identificadora generada por éste mismo autor.

### **A. Acceso/ Población**

Toda la descripción de la población y su acceso han sido desarrollados y detallados en el apartado de caracterización del sistema de salud del distrito, por consiguiente no se consignarán en esta sección.

### **B. Servicios/ Calidad**

| <b>Eje</b>                                  | <b>Indicadores</b>  | <b>Valor</b> |
|---|---|--------------|
| <b>B<sub>1</sub><br/>Modelo de Atención</b> | <b>B<sub>1-1</sub></b> .Cantidad de pacientes que solicitaron turnos para consultas por TTT vs el total de turnos adjudicados.  | 60%          |
|   | <b>B<sub>1-2</sub></b> .Relación de pacientes que solicitaron turnos y no concretaron la consulta y/o práctica (turnos cancelados o sin asistencia).  | 28%          |
|   | <b>B<sub>1-3</sub></b> .Tiempo (promedio) de días transcurridos entre la solicitud la consulta y la concreción dela misma.  | 18           |
|   | <b>B<sub>1-4</sub></b> .Proporción entre la tasa actual vs. óptima de consulta médica por habitante en un año.  | 52%          |
|   | <b>B<sub>1-5</sub></b> .Proporción de pacientes atendidos vs. lo óptimo de atención horaria para pediatría.   | 65%          |
|   | <b>B<sub>1-6</sub></b> .Proporción general de horas de atención de cada consultorio odontológico con respecto a las horas de atención del CAFyS.  | 62%          |
|   | <b>B<sub>1-7</sub></b> .Relación entre la cantidad de pacientes derivados vs. el total de pacientes atendidos.  | 23%          |
|   | <b>B<sub>1-8</sub></b> .Relación entre lo concretado vs. lo planificado en talleres intramuros.   | 32%          |
|   | <b>B<sub>1-9</sub></b> .Relación entre lo concretado vs. lo planificado en actividades extramuros.  | 22%          |
| <b>B<sub>2</sub><br/>Recursos Humanos</b>   | <b>B<sub>2-1</sub></b> .Cantidad de CAFyS en los que falta médico general / familiar.   | 31%          |
|   | <b>B<sub>2-2</sub></b> .Proporción de médicos especialistas en medicina general / familiar versus la totalidad de médicos.  | 18%          |
|   | <b>B<sub>2-3</sub></b> .Promedio general de falta de horas por cubrir por el médico general / familia en los CAFyS.   | 63.5         |
|   | <b>B<sub>2-4</sub></b> .Relación entre personal de planta permanente vs. el personal total (incluyendo además al personal no permanente; tanto a los de planta temporario, destajista, becarios). | 16.2%        |
|   | <b>B<sub>2-5</sub></b> .Relación entre la cantidad de horas otorgadas para capacitación (cursos, jornadas y congresos) vs. cantidad de horas consideradas óptimas para dicha actividad.           | 76%          |

|   |  |      |
|---|--|------|
| <b>B<sub>3</sub></b><br>Infraestructura y Recursos Materiales | <b>B<sub>3-1</sub></b> . Proporción de CAFyS que poseen adaptaciones según la Ley N° 24.314 (para discapacitados) en las áreas de circulación del público. | 89%  |
|   | <b>B<sub>3-2</sub></b> . Proporción de consultorios que poseen computadora para registro clínico.  | 55%  |
|   | <b>B<sub>3-3</sub></b> . Proporción de computadoras que tienen internet.   | 34%  |
| <b>B<sub>4</sub></b><br>Calidad                               | <b>B<sub>4-1</sub></b> . Plan Nacer. Relación población potencialmente nominable vs. población nominalizada.   | 62%  |
|   | <b>B<sub>4-2</sub></b> . PRODIABA. Relación de pacientes bajo programa vs. pacientes que retira la medicación.   | 60%  |
|   | <b>B<sub>4-3</sub></b> . Porcentajes de embarazadas bajo programa.   | 95%  |
|   | <b>B<sub>4-4</sub></b> . Porcentaje de embarazadas bajo programa que realizaron 5 ó más controles.   | 90%  |
|   | <b>B<sub>4-5</sub></b> . Porcentaje de púerperas que asistieron al control.  | 50%  |
|   | <b>B<sub>4-6</sub></b> . Planificación del riesgo en RN, pediatría, discapacitados, crónicos y población adulta.   | 55%  |
| <b>B<sub>5</sub></b><br>Financiamiento Interno                | <b>B<sub>5-1</sub></b> . Proporción de aportes municipales vs. otros orígenes.   | 44 % |
|   | <b>B<sub>5-2</sub></b> . Proporción de pacientes atendidos vs. generación de formularios de cobros.  | 90%  |
|   | <b>B<sub>5-3</sub></b> . Variación real del gasto de la consulta.  | -17% |

### C. Protección Financiera

|   |   |     |
|---|---|-----|
| <b>C<sub>1</sub></b><br>Gasto de Bolsillo | <b>C<sub>1-1</sub></b> . Porcentaje de población que se atiende en el sistema público y que sufre gasto de bolsillo.  | 0 % |
|   | <b>C<sub>1-2</sub></b> . Porcentaje de población que se atiende en el sistema público y que sufre gasto superior al 40% de su ingreso mensual a causa de ello.    | 0 % |
|   | <b>C<sub>1-3</sub></b> . Porcentaje de población que se atiende en el sistema público y que sufre gastos entre el 15 y 40% de su ingreso mensual a causa de ello. | 0 % |
| <b>C<sub>2</sub></b><br>Mancomunamiento   | <b>C<sub>2-1</sub></b> . Porcentaje de población que se atiende en el sistema público y que posee alguna cobertura de salud sindical.                             | 40% |
|   | <b>C<sub>2-2</sub></b> . Porcentaje de población que se atiende en el sistema público y que posee alguna cobertura de salud privada.                              | 3%  |

### D. Gobernanza

|   |   |      |
|---|---|------|
| <b>D<sub>1</sub></b><br>Marco legal                   | <b>D<sub>1-1</sub></b> . Existen normas municipales que consideren garantías a algún aspecto de la salud.   | 0%   |
|   | <b>D<sub>1-2</sub></b> . Existen leyes que carecen de reglamentación en el ámbito sanitario, o en otros ámbitos, que influyan en el sector salud.   | 100% |
| <b>D<sub>2</sub></b><br>Planes y Estrategias          | <b>D<sub>2-1</sub></b> . La Autoridad Sanitaria, elabora y actualiza con periodicidad la Política de Salud para el distrito.  | 100% |
|   | <b>D<sub>2-2</sub></b> . La Secretaría de Salud, define los actores y sus responsabilidades específicas para alcanzar los Objetivos Municipales de Salud.   | 100% |
| <b>D<sub>3</sub></b><br>Intersectorialidad            | <b>D<sub>3-1</sub></b> . La Autoridad Sanitaria, convoca con periodicidad a representantes de organizaciones comunitarias, al sector privado y a otros sectores del Estado, con el fin de planificar acciones, dirigidas al logro de las metas en materia de promoción de la salud. | 0%   |
| <b>D<sub>4</sub></b><br>Transparencia                 | <b>D<sub>4-1</sub></b> . Los diversos sectores involucrados, perciben que la autoridad sanitaria ejerce su función fiscalizadora con alto nivel de transparencia.   | 100% |
| <b>D<sub>5</sub></b><br>Participación/ Diálogo Social | <b>D<sub>5-1</sub></b> . La Autoridad Sanitaria, estimula y fomenta la participación de la sociedad civil en la identificación de problemas, y la planificación e implementación de acciones en el campo de la salud.   | 0%   |
|   | <b>D<sub>5-2</sub></b> . La Autoridad Sanitaria, concreta aportes desde la sociedad civil y/o comunidad, para la definición de los Objetivos de Salud.  | 100% |
| <b>D<sub>6</sub></b><br>Regulación                    | <b>D<sub>6-1</sub></b> . La Autoridad Sanitaria, ejerce la función regulatoria eficientemente en función de Recursos Humanos disponibles suficientes.   | 0%   |
|   | <b>D<sub>6-2</sub></b> . Existen normas para la evaluación de las tecnologías en salud.   | 0%   |
| <b>D<sub>7</sub></b><br>Concertación y Liderazgo      | <b>D<sub>7-1</sub></b> . La Autoridad Sanitaria, construye coaliciones y alianzas en el proceso de conducción de la política de salud.  | 100% |
|   | <b>D<sub>7-2</sub></b> . La Autoridad Sanitaria, cuenta con una definición formal de su visión y misión.  | 100% |

Para conocer la fórmula de aplicación de cada indicador ver el Anexo IV. Metodológico.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La Asamblea Mundial de la Salud en 2005 asegura que, todos tenemos derecho a acceder a los servicios sanitarios y, que nadie debe sufrir dificultades financieras por hacerlo, en ese sentido parecería que el municipio ha “avanzado mucho”, pero que todavía le queda un gran camino por recorrer.

Cuando la gente usa los servicios, a menudo incurre en gastos catastróficos al pagar por la asistencia prestada, mientras que el otro castigo financiero impuesto a los enfermos, es la pérdida de ingresos; comportándose ambos como productores de inequidad, pues, los pobres son los que más los sufren.

En algunas ocasiones, los familiares pueden ofrecer algún tipo de ayuda económica, a otros miembros de la familia cuando estos están enfermos. La financiación sanitaria, es una parte importante de la ampliación de los esfuerzos para asegurar la protección social en la salud.

El apoyo económico nacional o provincial es de suma importancia para la sostenibilidad hacia la cobertura universal; para que esto suceda, es importante conocer el riesgo probable. Por lo tanto el primer paso, es asegurar que estos fondos y la financiación, aumenten continuamente durante los años siguientes permitiendo un avance progresivo.

A medida que el sistema mejora, aumentan inevitablemente las demandas de más servicios, de una mayor calidad en los mismos, y de niveles más altos de protección contra los riesgos financieros.

Sin embargo, los ingresos no son el único factor que influye en la cobertura de los servicios; en muchos casos los extranjeros, las minorías étnicas, y las personas con escaso nivel de educación utilizan menos los servicios que otros grupos de población, a pesar de que sus necesidades puedan ser mayores.

## Modelo de Atención

Con el objetivo de mejorar la accesibilidad, el distrito estudiado ha implementado acciones energéticas, en función de atacar todas y cada una de las barreras que la población encuentra en su búsqueda por la salud.

A propósito de ello es que se incorporó el Turno Telefónico (TTT), y desde él, se intentan solucionar muchos de los inconvenientes que se producen en la demanda de la atención médica, fundamentalmente en lo concerniente a la solicitud y gestión de turnos.

El análisis, se focaliza en el avance que presenta este sistema de generación y adjudicación de turnos, con respecto a la tradicional modalidad de solicitud presencial en los diferentes efectores sanitarios. Tendiendo con ello a agilizar ese trámite, a la vez, que se pretende que desaparezcan esas largas colas de espera en la puerta o recepción de los diferentes establecimientos, situación más que problemática para las personas en la mayoría de los casos.

Entonces, cuando se aprecia el posicionamiento de dichos arreglos organizacionales, se puede constatar en sus cifras un avance significativo de los mismos, pero a la vez, dejan abierta la posibilidad para mejorarlos aún más en un futuro. Una de las principales ventajas que corren a favor de posteriores mejoras, es que se posee todo el apoyo de las autoridades locales en seguir por ese rumbo; pero por otro lado, se ha generado un aumento de la toma de conciencia por parte de la población beneficiaria, con respecto a las ventajas que ofrece.

En muchos casos, ante la solicitud de un turno con algún profesional en el centro de referencia, y la imposibilidad de concretarlo en un plazo breve, se ofrece una alternativa en otro establecimiento próximo con la mayor prontitud posible, permitiendo solucionar el inconveniente en mucho menor tiempo.

A pesar que la gestión de turnos mejoró sustancialmente a partir del TTT, la realidad muestra que el tiempo que transcurre entre la solicitud de la consulta programada y la concreción de la misma, es prolongado y con tendencia a extenderse aún más en algunas especialidades.

Por esta causa, algunos pacientes dejan de asistir al encuentro médico, recurriendo los mismos a otros establecimientos para encontrar una solución más inmediata; o bien, desestiman la posibilidad de concretar la consulta, sin ser atendidos para la solución de su inconveniente. Es en esta relevancia, desde donde se analizan los parámetros de días transcurridos y deserción, ya que está ampliamente demostrado en la literatura, que a más prolongada espera hasta la concreción de la consulta, mayores son las posibilidades de inasistencias.

Entonces con el TTT, se cuenta con la posibilidad de reasignar el encuentro en otro centro, otorgando la posibilidad adicional de concretar el acto médico en un período de espera mucho más breve, con las consecuentes disminuciones de las deserciones. Pero también obliga a pensar, que con esto no se solucionan todos los problemas de fallos a las consultas, pues en muchos casos, ellos están relacionados con otros factores externos al TTT, teniendo

el sistema sanitario que advertir en esos casos, las verdaderas causas que originan el problema analizado.

Las cifras, podrían sugerir en un principio una subutilización del sistema por parte de la sociedad, pero también, que desde las autoridades sanitarias no se han establecido las pericias más apropiadas al respecto.

En ese sentido, deberían concretarse estrategias de comunicación para que la población haga un mejor uso del mismo; pudiendo ello incluir estrategias para una mayor concurrencia a los organismos sanitarios, tanto para situaciones médicas de urgencia como programadas, pero también, para otras actividades fuera de la consulta como la promoción y prevención de la salud.

Cuando se aprecian las características de la consultas, se puede constatar que existen valores un poco bajos para los establecidos como objetivos, tanto en la cantidad anual por habitante, como también, en el número promedio de producción horaria.

Esto contrasta con la escasa cantidad de usuarios que permanecen en la sala de espera, además del reducido tiempo de permanencia de los mismos; induciendo a pensar tal vez, que la cantidad de pacientes que desertan a la consulta programada es elevada, y que el número de sobretornos agregados no equiparan tal situación.

Independientemente del flujo de pacientes en el organismo, y del acople circunstancial de los mismos, se deben intentar determinar las causas probables de las extensiones de las consultas que llevan a ese magro rendimiento. Pudiéndose plantear como algún posible motivo la restringida capacidad de resolución de problemas de los pacientes por parte de los profesionales, como así también, la complejidad de los mismos.

El primero de éstos, se introduce de lleno en la formación académica y en la motivación individual; mientras que el segundo aspecto, puede inducir a pensar que en la consulta se abordan problemas de educación poblacional, situación que debería que ser resuelta en su gran mayoría en otros ámbitos. Pues, los profesionales tienen que dedicar un tiempo extra al programado en la atención, para aplicarlo a actividades informativas y educativas, dilatando los tiempos de cada acto médico, e impactando directamente en los niveles de producción.

Todo ello, tiene concordancia con la generación de actividades o talleres intra y extramuros, ya que es el espacio en donde mejor se puede trabajar en la prevención y promoción de la salud; pero, al existir alguna escasez de los mismos, transfiere a la consulta médica el único espacio para su concreción. Por esta deficiencia, en ocasiones se torna imposible establecer la detección de situaciones o patologías no manifiestas, y que requerirían algún tipo de atención o cuidado por parte del personal sanitario.

Si bien se puede apreciar una mayor preocupación e interés en poder concretar actividades de esta naturaleza, al punto tal, que se ha confeccionado un grilla con diversas actividades para ese fin, la realidad demuestra que no es mucho lo que se ha podido avanzar en ello. Cuando se profundiza sobre los motivos de dicha situación, surge como argumento, el

hecho de que el personal en su conjunto esta sobrepasado con tareas asistenciales, y que no queda demasiado tiempo para estas otras funciones.

También, se manifiesta el escaso número de trabajadoras sociales con respecto a la población referenciada, con foco mayoritariamente en actividades de asistencia social; además, de algún deficiente cantidad de profesionales en especialidades médicas muy vinculadas con dichas tareas. Igualmente podría deberse, a que no todos los trabajadores tienen como práctica instaurada o habitual, la realización de actividades de este tipo, planteando alguna modificación en la cultura organizacional.

La cantidad de pacientes derivados expresa el grado de resolutivez del primer nivel de atención, refiriendo alguna noción de su efectividad, como así también de la eficiencia de recursos; pero adicionalmente, es una manera de generar mayor adhesión de los usuarios, mitigando riesgos de que desestime esa instancia y deserte de su asistencia.

Hablando más concretamente de poder resolutivo del primer nivel, puede parecer adecuado situarlo en el marco más amplio del conjunto del sistema y, por lo tanto, centrar el análisis en la longitudinalidad e integración de los procesos asistenciales, más que en la delimitación transversal y estructural de las competencias de cada nivel.

La capacidad de resolución es una banda de amplitud variable según los casos, cuya interacción entre el primer nivel de atención y el hospitalario, está cruzada por los problemas de salud y procesos asistenciales, los cuales en su mayoría tienen partes situadas en uno y otro lado. El poder resolutivo de cada nivel del sistema, penetra más o menos profundamente en este margen de acuerdo con la propia naturaleza del problema, del entorno organizativo, y de recursos.

Se debe entender el poder resolutivo del primer nivel de atención, en el marco más amplio del conjunto del sistema sanitario, dentro del cual tiene que garantizarse la continuidad del proceso de atención a las personas; para prevenir, diagnosticar o tratar un problema de salud.

Hay que situarse en un entorno de servicios de financiación pública, cuyo eje es el derecho generalizado de los ciudadanos a acceder a los servicios sanitarios, y a la promoción y protección de su salud. Desde esta perspectiva, se debe entender el poder de resolución como la capacidad que tiene el sistema sanitario, a través de sus organizaciones y profesionales, para brindar soluciones (resultados) adecuadas a las dificultades de salud de los ciudadanos.

Lógicamente, la resolución global del sistema mejora en función de las contribuciones de cada uno de los efectores de primer contacto o efectores en el seno de la comunidad, a partir del desarrollo y optimización de las capacidades propias, siempre que estén orientadas al resultado final de salud esperada. Los atributos específicos de la atención primaria, están estrechamente vinculados a su posición de primer contacto con los pacientes, y a las características específicas de la formación de los profesionales que son responsables.

Desde un punto de vista de los resultados finales de salud de los pacientes, se entiende que la APS es resolutoria, si es accesible y desarrolla su responsabilidad de atención integral a través de la gestión del conjunto del proceso asistencial, con independencia del nivel que se requiera para la atención. Al mismo tiempo, el liderazgo clínico dentro de las organizaciones de atención primaria tiene que posibilitar la respuesta del equipo, para aquellos problemas de salud que tienen que ser abordados específicamente desde el primer nivel de atención.

Se han incorporado cambios de la atención primaria propiciando la mejora de las infraestructuras, la ampliación de los horarios de consulta directa, con incrementos significativos de la accesibilidad y la continuidad asistencial, además de la racionalización de la prescripción farmacéutica. También, se ha puesto en evidencia la necesidad de potenciar los vínculos de coordinación/ integración, de muchas actuaciones de los principales niveles organizativos del sistema sanitario.

Desde una perspectiva global, no parece imprudente afirmar que la atención primaria ha mejorado la calidad de la asistencia que recibe el ciudadano, y que el médico de cabecera (de familia) es capaz de responsabilizarse de todas las fases de la historia natural de la mayor parte de los problemas de salud, con o sin el apoyo más o menos puntual de la atención especializada. Por lo tanto, desde este punto de vista general, podría decirse que el poder resolutorio de la nueva atención primaria, es claramente superior al de la antigua asistencia médica ambulatoria.

Se puede corroborar que han cambiado de forma significativa las circunstancias sociodemográficas, el nivel de expectativas, y el nivel de exigencia de la población en la utilización de los servicios y en rápidas respuesta de las demandas diagnósticas y terapéuticas, la oferta tecnológica y de servicios, y las disponibilidades de financiación sanitaria.

Estos y otros hechos están obligando a reconsiderar los elementos definitorios de la APS. Debiendo iniciarse un proceso de reflexión sobre su poder resolutorio en el momento actual, con el objetivo de identificar cuáles son los problemas que tienen que solucionarse, y los cambios y mejoras que sea necesario introducir si se quiere optimizarla. Muchas de las propuestas no pueden contemplarse exclusivamente desde la perspectiva de la APS, al menos tal como se lo entiende hoy, sino, que afectan al conjunto del sistema.

Así todo, se pueden identificar algunos factores limitantes del poder resolutorio de la APS, tales como:

- Distribución interna desequilibrada del presupuesto. No está totalmente resuelta la contradicción existente entre, la opinión sustentada sobradamente de que una APS de calidad aporta al sistema importantes elementos de eficiencia y, por otra parte, el predominio presupuestario de la atención especializada con respecto a la anterior.
- Relaciones laborales poco favorecedoras. La coexistencia de unos niveles salariales considerados escasos, junto a sobrecargas de trabajo importante, favorece la conflictividad en las relaciones laborales.



- Retraso en la finalización del proceso de implantación de equipos de atención primaria. Se han prorrogado sucesivamente los plazos, a causa de las dificultades y resistencias a las cuales se ha enfrentado la implantación del nuevo modelo. Estas dificultades y la dilatación en el tiempo del proceso, han hecho que algunos aspectos conceptualmente relevantes no se hayan desarrollado al nivel deseable.
- Protagonismo insuficiente de la evaluación. La escasez de recursos destinados a las actividades de evaluación, la consecuente falta de utilización de metodologías cualitativas, y el impacto insuficiente de los resultados de la evaluación en la organización sanitaria entran en contradicción. Por una parte, con el convencimiento general sobre la importancia de la evaluación de los servicios, y por otra, con el hecho de haber optado por un modelo más flexible desde el punto de vista normativo (en lo que hace referencia a la estructura y al proceso asistencial); pero también, en que el control de los servicios se centra teóricamente, en la obtención de unos determinados resultados de salud y de satisfacción de los ciudadanos.
- Falta de reconocimiento efectivo del papel imprescindible de la coordinación. La aceptación general, de la importancia que tiene la coordinación entre niveles asistenciales para la prestación eficiente de unos servicios de calidad, no se traduce en la inclusión de cambios con carácter prioritario en los contratos de servicios (de forma simétrica y complementaria tanto en los contratos de atención primaria como en los de atención especializada). Tampoco, la organización y distribución de la jornada laboral de los profesionales recoge en consecuencia, el reconocimiento suficiente del tiempo necesario para las actividades que se relacionan (ej. actividades extramuros).
- Incompatibilidades de los sistemas de información. Los diferentes niveles y ámbitos de la organización sanitaria ya disponen, o están en camino de disponer, de unos sistemas de información potentes e internamente coherentes, pero en algunos casos, son muy específicos con los requerimientos propios del sector, sin que se contemplen las necesidades de comunicación y de intercambio de datos.

Si bien el aspecto central del análisis es la resolutiveidad, sus valores pueden ser modificados por los mecanismos de referencia y contrarreferencia, ya que los mismo se encuentran relacionados y/o condicionados por ellos. Puede ser oportuno tal vez, hacer una breve referencia de los mismos, pues, son un elemento clave para el aspecto en cuestión, pero también contribuyen a la integralidad de todo el sistema.

Cuando se intentan establecer los organismos de segundo nivel de referencia de pacientes, los principales nosocomios son el Hospital Municipal de Tigre y el Hospital Provincial de General Pacheco "Magdalena V. de Martínez". Es de destacar los problemas generales de derivación de usuarios hacia el establecimiento provincial, determinado fundamentalmente por la saturación del mismo, y por consiguiente, la poca disponibilidad de los distintos servicio, entre los que se destaca la internación. Pero también hay que resaltar, que en no pocas oportunidades la actitud y voluntad del personal de dicho lugar, no es lo más

apropiada, generando en algunos casos inconvenientes al paciente, pudiendo dar lugar al deterioro de su estado de salud.

Si se profundiza el análisis de la contrarreferencia, también aparecen problemas, pero en éste caso relacionado con el manejo de información, tanto al paciente como para el profesional contrarreferenciado. Surgiendo los mayores inconvenientes en la escases de un resumen de historia clínica apropiado, con los correspondientes datos relevantes de su evolución, como tampoco sin un tratamiento debidamente explicado y registrado, desconociendo en algunos casos, el correcto manejo del enfermo y su patología. Un problema que si bien no afecta directamente la salud de enfermo pero que involucra a otros aspectos del sistema, es que muchas de las indicaciones suelen venir sin sello, y por qué no, sin firma.

Entre los dispositivos y elementos para una comunicación apropiada se presentan: líneas telefónicas, radios especiales, ambulancias, personal para traslado; como así también, notas y resúmenes de historias clínicas enviados por el paciente.

## Recursos Humanos

Hay coincidencia en afirmar la escasez de ciertos profesionales que, dados los nuevos perfiles epidemiológicos, son necesarios para dar respuestas a los problemas de salud que se presentan. Existiendo consenso respecto que, la cantidad actual es insuficiente para atender las demandas crecientes de la población, condicionando la producción de servicios y limitando el mejoramiento de algunos indicadores.

Para analizar el personal que se desempeña en las diferentes unidades de la estructura sanitaria municipal, se puede considerar una primera división analítica vinculada con las características cuantitativas, y una segunda, relacionada con algunas nociones cualitativas. También se introdujo la consideración de las características contractuales, como uno de los factores determinantes en la movilidad o rotación del RRHH, afectando directa o indirectamente las características cuantitativas como cualitativas de los mismo.

Tras la definición, por parte de las autoridades de los componentes del equipo básico, se estableció cual de sus integrantes ocuparía el centro del mismo cumpliendo la función de liderazgo, y teniendo en consideración para ello sus características de formación; como así también, su capacidad apropiada de interacción con el sistema sanitario y el resto de la comunidad.

Sin dudas que al focalizar la mayoría de los indicadores en el análisis del médico general o de familia, indirectamente se deja de manifiesto la trascendencia que dicho profesional ofrece al sistema como eje del equipo básico de salud.

Si bien las mediciones parecen muy simples, no por eso son menos importantes, pues, tener una noción de la cantidad de centros en los que falta dicho galeno, otorga una noción aproximada de cuanto se están logrando algunos objetivos mínimos respecto a la presencia de RRHH apropiados. Pero también es trascendente, tomar una noción de la proporción de

dichos profesionales con el resto de la comunidad médica; en ese sentido, cada localidad debe establecer cual es la relación más adecuada al respecto.

Uno de los elementos de mayor impacto en la determinación de la cantidad de MG/F oportunos para cada centro de APS, es la cantidad de población referenciada, utilizando este dato como un factor de corrección interna para determinar el número de especialistas necesarios. Su carencia en algunos establecimientos, significa que pueden existir algunos problemas intrínsecos y/o extrínsecos para la apropiada captación y permanencia de los mismos.

Se considera oportuno aclarar, que para obtener un empoderamiento apropiado es indispensable considerar un abordaje multifactorial, al igual que las diversas interrelaciones que existen entre los mismos. Estas condiciones que modifican el resultado final y el empoderamiento del personal, en algunos casos se exteriorizan opuestamente al sentido deseado, generando un resultado final global no acertado; obligando a asumir esta multidimensionalidad del concepto como también la presencia de otros elementos en las diferentes decisiones.

A continuación se citan algunas situaciones encontradas que pueden ser causa de la falta de MG/F; las cuales se clasifican según el origen con respecto al sistema de salud municipal en:

#### Causas extrínsecas:

- Escaso número de especialistas presentes en el mercado. Tal vez, vinculado a una escasa coherencia entre lo que se declama desde las autoridades como prioritario, y lo que después se concreta, ya que se constata un insuficiente número de cupo para formación; pero también, puede estar expresando un escaso reconocimiento de la especialidad en sus condiciones laborales, fundamentalmente en la remuneración económica.
- Desinterés de los médicos egresados. Esta falta de interés es claramente perceptible, a pesar de las mejoras salariales ofrecidas para la APS municipal. Los médicos, no han descubierto la riqueza en aspectos antropológicos que se manifiestan en la APS, y valoran más los aspectos prácticos tales como: la ausencia de un definido sistema de perfeccionamiento profesional, la escasez de tecnologías de apoyo diagnóstico-terapéutico, la carencia de apoyo de médicos experimentados y la falta de incentivos.
- Influencia de la educación médica universitaria. La mayor parte de la carrera de pregrado, transcurre en el ámbito hospitalario y no en el ambulatorio. Además, tiene un marcado acento en la especialización, sea porque la mayoría de los docentes son especialistas, o porque los estudiantes se familiarizan con tecnologías complejas y pasan a depender de ellas, pues brindan apoyo diagnóstico o terapéutico definidos.
- Carencia de un perfil adecuado a las necesidades de la APS. Si bien las Universidades han implementado hace años una reforma importante de sus currículas de pregrado, tendiente a preparar un MG/ F que responda a las necesidades del modelo bio-psico-

social o premonitorio de riesgo, los actuales egresados aún acusan deficiencias, en cuanto a una atención óptima en la APS de acuerdo a las necesidades de la reforma en marcha.

#### Causas intrínsecas:

- Insatisfacción profesional. Dicha problemática, puede expresarse en elevados índices de rotación o ausentismo del personal dentro de una estructura organizativa, siendo un inconveniente que impacta fuertemente en los volúmenes de rendimiento, como así también en sus niveles de calidad, transmitiendo dichas consecuencias a toda la comunidad en su conjunto; pero en éste caso, la que recibe el mayor impacto es la población más vulnerable.

Cuando una persona toma la decisión de desvincularse de su trabajo, generalmente es porque subyace una desilusión con su fuente laboral. Dicha sensación se genera básicamente desde una “brecha”, determinada por la distancia que existe entre la realidad por un lado, y las expectativas por el otro; resultando la primera generalmente muy por debajo de la segunda.

Esta “brecha de desilusión” puede tener su génesis en diferentes situaciones, algunas de ellas pueden estar vinculadas con generar empoderamiento en el personal. Para estimular dicha situación, debe comenzarse por aclarar las cuestiones laborales a todos los actores, fundamentalmente explicitando las características de la institución con su misión, visión y objetivos estratégicos; pero al mismo tiempo, enfatizando que se espera de cada una de las personas dentro de la estructura. Entonces, podría decirse que en segundo lugar y vinculado con lo anterior, es imprescindible establecer una comunicación efectiva, disponiendo para ello canales continuos y directos de intercambio.

Un tercer punto es establecer un trato digno al personal, aceptando primariamente para ello, que cuando se contrata a alguien para desarrollar una actividad, en realidad se contrata a una persona, que más allá de su necesidades económicas, existen muchas otras necesidades secundarias, tanto o más importantes que la primera, que son determinantes al momento de permanecer en un lugar de trabajo; entonces, es indispensable para ello establecer una concepción más integral del recurso humano.

Un cuarto aspecto está vinculado a la forma de como se toman las decisiones, en la cual se observa una espiral positiva cuando se hace partícipe a todos en la toma de disposiciones, fundamentalmente en temas de la propia incumbencia de los involucrados.

- Inestabilidad laboral. Se ve expresada también en los niveles de rotación de profesionales, relacionada entre otros motivos al tipo de relación contractual con el Estado, ya que la mayor proporción de ellos tienen contratos de proveedores de servicios, que se renuevan anualmente, sin por ello poder acceder a los beneficios que una relación de dependencia otorga, donde el trabajo formal presenta sus

mayores beneficios, evitando de ésta manera una relación laboral precaria. Entendiendo ésta última, como la carencia de cobertura por parte de la patronal en aportes jubilatorios, enfermedad y vacaciones pagas, cobertura por el riesgo de accidente de trabajo, contratos temporarios de la relación contractual, etc.

Otro elemento categórico al momento de establecer vínculos duraderos con el personal, es determinado por la contratación del perfil profesional apropiado para cada puesto, y en función de ello, el más idóneo para tal fin. Muchas veces por no tener bien en claro las características de personal que se necesita, se comete algún tipo de desprolijidad al momento de vincular gente a la secretaría, generando ello desacoples entre la actividad a desarrollar y las capacidades de quien la ejecuta, conduciendo ello a inconvenientes de relevancia variable, que en no pocos casos generan la desvinculación prematura del personal.

- Escasa importancia a la atención basada en el modelo bio-psico-social. Por la fuerte apuesta a la APS de la secretaría de salud, se plantea un inconveniente puntual con varios de los integrantes de las diferentes estructuras, tanto jerárquicos como operativos, vinculado fundamentalmente con esa idiosincrasia tan propia de la salud en general y la medicina pública en particular, íntimamente ligada al pensamiento hospitalocéntrico y subespecializado, muy en las antípodas de la tendencia que se quiere generar en esta repartición. Además, en muchos estratos de la comunidad médica, se percibe al MG/ F como un especialista que tiene algunos conocimientos de muchas cosas, pero mucho conocimiento de pocas; generando la imagen de un galeno que recepciona paciente y luego los deriva para su posterior definición, forjando una mirada muy simplista y despectiva de la realidad, la cual va a requerir algún tiempo variable para revertirse.
- Restringidas condiciones laborales y de remuneración. La presencia de una escasa remuneración a nivel nacional, y particularmente en el ejido municipal, torna poco apetecible la selección de dicha disciplina. Cuando se aprecia la percepción monetaria de un especialista en ésta disciplina, y el requerimiento horario para concretar las actividades, existe una relación muy desalentadora desde el punto de vista económico. Y como si todo esto fuera poco, en la mayoría de las veces se efectiviza el bloqueo de matrícula, impidiendo realizar o complementar con otras tareas asistenciales. Si bien se asume que la vocación es la base para la profesión y especialidad, existe también la necesidad de obtener un sustento económico acorde a los tiempos que se viven, no siendo siempre cubierto por la actividad.
- Escasos incentivos de capacitaciones, cursos, comisiones de estudio y otras acciones de perfeccionamiento profesional. Es necesario dar al personal la posibilidad de capacitarse y mejorar en sus conocimientos y habilidades, para ello hay que establecer políticas y planes de capacitación, que brinden la posibilidad de adquirir nuevas herramientas para hacer frente a la labor cotidiana; pero al mismo tiempo, generar un espíritu de progreso y crecimiento.

## Infraestructura

Parte de la tarea central de la Sub Secretaría de Salud, está representada por la supresión de barreras culturales y físicas que se oponen a la integración de personas con movilidad y/o comunicación reducida.

Para que la eliminación de impedimentos sea efectiva, debe ser coordinada e interprofesional. La supresión de barreras físicas, supone operar sobre las valoraciones que la gente hace de las restricciones de movilidad. Téngase en cuenta, que el problema no son las restricciones en sí, sino, las valoraciones negativas que de ellas se hacen; generándose en consecuencia obstáculos físicos que segregan, separan y aíslan, desde lo arquitectónico, lo urbanístico, en el transporte y en las comunicaciones.

Es por ello, que las personas con discapacidad tienen limitaciones funcionales o restricciones en la participación, cuando el entorno social y físico no está preparado, para que puedan ejercer las relaciones sociales y las actividades de la vida diaria.

De tal suerte, las autoridades jurisdiccionales han intensificado y armonizado una serie de acciones, que suponen crear mayor conciencia de la importancia del reconocimiento del tema, concretando adaptaciones adecuadas a las auténticas necesidades de las personas con discapacidad; brindando asesoramiento calificado y orientando sobre el papel de la "accesibilidad universal", en una sociedad que se propone adherir a una auténtica calidad de vida.

Es evidentemente una tarea ardua y compleja, que no pasa exclusivamente por la imposición de la norma, sino, por generar una conciencia social que se exprese en todas las creaciones humanas, y que respete la diversidad y la dignidad del individuo.

Si este es el parámetro, queda todavía mucho por hacer. Si se observa el estado de situación desde años otrora, se acordará que se ha avanzado notablemente, a la vez que se tiene un conocimiento más acabado de los obstáculos que se enfrentan.

En los establecimientos sanitarios, implica la prioridad de la supresión de barreras físicas, para remodelar o sustituir en forma total o parcial los elementos constitutivos, con el fin de lograr un apropiado ingreso, circulación y permanencia de las personas.

En el presente análisis, se entiende por accesibilidad a la posibilidad de las personas con movilidad reducida, de gozar de las adecuadas condiciones de seguridad y autonomía, como elemento primordial para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, sin restricciones para su integración y equiparación de oportunidades.

En éste caso, se consideran solo algunos de los puntos explicitados en la ley de referencia, por considerarse los más trascendentes y prioritarios. De todas maneras, si bien pueden confirmarse adaptaciones en los diferentes establecimientos, en algunas oportunidades no se han realizado todas las necesarias, y en más de una oportunidad, el personal del nosocomio tiene que pedir ayuda para cargar hasta la puerta a los pacientes que presentan

trastornos en su movilidad, o bien, dependiendo del tipo de discapacidad, asistirlos en diferentes tareas.

El otro gran tema de análisis de éste apartado, es la presencia de algunos elementos de informática, fundamentalmente computadoras, como también, el acceso a internet. Estos elementos han tenido un crecimiento exponencial en los últimos años, adquiriendo un carácter gravitante en la atención médica en muchos lugares; formulando diversos sistemas de generación, validación, de seguridad y de integración de los datos relacionados con la salud.

Hay áreas donde el uso de los sistemas de información, ha ayudado a crear más eficiencia y eficacia operativa; no sólo reduciendo los costos de la atención médica, sino también, mejorando la calidad de la atención a los usuarios. Además, tiene un impacto en la programación, facturación, investigación clínica y el intercambio de información médica.

El procesamiento de la información, es un aspecto importante en las actividades de los profesionales de la salud, pudiendo mejorar la toma de decisiones clínicas, la gestión administrativa, y la educación del paciente; sin soslayar que, el objetivo principal de la informatización es mejorar la asistencia médica.

Para lograr lo antedicho, es fundamental la creación de sistemas informáticos con orientación inicialmente clínica, e integrados entre sí; debiendo existir una visión común y una base de datos centralizada, completándose por los diferentes efectores de la atención médica.

Para la creación y uso adecuado de estos sistemas informáticos clínicos integrados, es importante primariamente contar con los suministros de computadoras en cada punto de encuentro con los pacientes, como así también, su conexión a la red para el transporte de información; y posteriormente capacitar, al personal actuante en el área de la informática médica.

Desde la convicción de las autoridades sectoriales, se ha iniciado un proceso de transformación de la gestión de pacientes, focalizado en ofrecer soporte diferente al manejo de datos. Si bien se han implementado acciones en éste sentido, todavía queda mucho por concretar, no solo desde la provisión de los insumos materiales; sino, en modificar toda una idiosincrasia del empleado público, muchas veces reticente a los cambios, encontrando en ello, una de las mayores dificultades a superar para un apropiado funcionamiento.

## Calidad

Es impensable abordar la temática de calidad, sin involucrar acciones de planificación; pues, se transforma en un elemento indispensable para lograrla, quedando prácticamente imposible su concreción como producto del azar; requiriendo de un cálculo actualizado de una realidad cambiante, por lo que su carácter dinámico es imprescindible.

Esta situación, se introduce de lleno en el primer gran obstáculo de la planificación vinculado con el conocimiento de una situación, y a partir de ella, la toma de consciencia de problemas que deben ser corregidos. Para luego se elaboran estrategias y, a continuación, ejecutar acciones correctivas o paliativas, debiendo ser evaluadas nuevamente en un tiempo variable incluyendo para ello actividades de medición de resultado.

La planificación sería, según Alan Dever, "un proceso orientado a la acción por medio del cual una institución se adapta a los cambios, tanto en su estructura interna como en su ambiente exterior". (51)

Planificar consiste en identificar problemas (actuales y futuros), fijar prioridades de intervención para implementar soluciones, determinar si éstas están dentro de la capacidad de acción de quien planifica, identificar los factores que determinan el estado de cosas consideradas insatisfactorias, establecer los cursos de acción posibles, determinar responsabilidades de la ejecución de las soluciones propuestas, y definir los procedimientos de evaluación (anteriores y posteriores), que permitan monitorear si el curso de acción seguido es el adecuado para el fin perseguido y si los resultados están dentro de lo esperado. (51)

Es mucho lo que se ha escrito en la literatura sobre planificación del riesgo en salud, pero una vez que se llega al momento de implementarlo, comienzan a surgir los distintos inconvenientes, fundamentalmente en el sector público. Entonces, para una mejor comprensión de ésta realidad, es conveniente diferenciar los pasos que afectan una actividad de éstas características, permitiendo ello distinguir algunos de los mayores problemas a los que debe enfrentarse.

La complejidad del campo de la salud, al encontrarse determinado por factores culturales, sociales, políticos, económicos, etc., hace necesario abordar los problemas en forma integral, tanto para resolverlos como para prevenirlos; teniendo en cuenta aspectos relacionados con el ambiente, las costumbres, la calidad de vida, los modos de producción, la inserción social, etc.

Cada cultura produce su propia representación acerca de la salud; existiendo procesos colectivos e individuales que dan cuenta de qué es "ser sanos" o "estar sanos". Estas diversas concepciones del proceso salud-enfermedad-atención, resultan en prácticas muy diferentes en los modos de cuidar y recuperar la salud para diferentes comunidades, familias o personas. (51)

Cuando un equipo de salud, se propone realizar acciones sosteniendo y potenciando las "causas de la salud" de la población del área programática, se está proponiendo trabajar en promoción y, si adicionalmente ese equipo conoce los problemas prevalentes de salud de aquellas personas; el campo se amplía pudiendo proponerse cómo "priorizar la prevención y promoción", cambiando el paradigma del modelo de práctica predominante asistencial, para trabajar desde la salud y no sólo ante la enfermedad.



Algunas políticas de salud pueden ejecutarse mediante una serie de planes y programas, y estos, implementarse de maneras alternativas de acuerdo a las circunstancias. En este contexto las políticas de salud tienen dos objetivos fundamentales:

- Garantizar el derecho a la salud.
- Evitar las inequidades en salud, entendiendo por ellas a aquellas diferencias injustas y evitables.

Dado que las necesidades y demandas sociales son muy amplias y los recursos son escasos, algunos problemas deberán ser atendidos en forma preferencial, y otros relegados o postergados. A tal efecto, deben preverse criterios y métodos de discusión técnico-política, a fin de obtener el consenso necesario para definir las prioridades. (51)

La valoración de la importancia de un problema, en términos de percepciones y expectativas, puede realizarse mediante técnicas de priorización. Una vez priorizado el problema, hay que analizar sus causas para definir dónde hay que intervenir. La identificación de las causas del problema y sus relaciones, constituyen una base indispensable para el diseño de las acciones.

En un intento por determinar el grado de efectividad de las diferentes estrategias, en respuesta a la problemática considerada más relevantes para la ciudadanía de la localidad; se han considerado diferentes niveles de medición. Algunos, se limitan al simple conocimiento de determinadas circunstancias consideradas claves, pero otros, evalúan situaciones más avanzadas, e involucran algunos pasos de ejecución más avanzados.

Este nivel de diferenciación de las acciones, es la consecuencia del deteriorado nivel de avance que se aprecia en algunos casos, producto del rudimentario registro y sistema de evaluación que se encuentra en la administración pública general, y de la municipal en particular. Posiblemente, vinculada a toda una cultura de los organismos gubernamentales, pero también, por la existencia de intereses contrapuesto, ya que esta "ignorancia" puede tener algún beneficio para algunos sectores.

Del solo hecho que se puede establecer esta división, expresa de por sí avances, pues tal como se encuentran las cosas, necesitan de diferentes tratos, pudiendo constatar diversos grados de progreso.

Como se confirma en los resultados obtenidos, hay algunos puntos en los que no existe una base de conocimiento referencial precisa, y como consecuencia de ello se torna imposible poder hablar de calidad, sin la perspectiva si quiera, de poder establecer un diagnóstico situacional en los asuntos de interés.

## **Financiamiento Interno**

Cuando se profundiza en lo conceptual, se arriba en primera instancia a una imposibilidad de diferenciar la generación de recursos con orígenes muy heterogéneos, permitiendo

esclarecer las diversas fuentes de financiamiento del sistema de salud; introduciendo a partir de ello el concepto de sustentabilidad.

Los subsistemas de salud, ya sea que se traten de regímenes públicos o privados, tienen el desafío de ser sustentables en el largo plazo, lo que se logra incorporando innovaciones permanentes y pertinentes, para hacer frente a las cambiantes necesidades poblacionales.

Los factores que afectan a la sustentabilidad, se pueden dividir entre los que están del lado de la demanda de servicios sanitarios (que suelen responder a causas más estructurales); y por el otro, los factores que condicionan la oferta de insumos y servicios de salud (tanto los proveedores como las autoridades del sistema de salud).

En la presente exploración, se presentan las principales características del financiamiento interno de la Secretaría de Política Sanitaria y Desarrollo Humano del Municipio, bajo la premisa básica y fundamental de que una mejora en los procedimientos burocráticos internos, traerá como consecuencia un aumento en el financiamiento proveniente de las diversas fuentes .

La atención de un paciente atendido en un centro de salud u hospital municipal, puede estar financiada por recursos

Internos:

⇒ Tesoro Municipal.

Externos:

⇒ Obras Sociales y Privados.

⇒ Programas y/o Planes de distintos estamentos gubernamentales.

⇒ Por los fondos provenientes de la coparticipación desde la Provincia de Buenos Aires.

Darí­a la sensación que mientras mayor sea el aporte interno, mayor será el riesgo de fluctuaciones monetarias, ya que el aporte municipal puede verse afectado por diferentes motivos, desde algunos generales a la repartición vinculados fundamentalmente al deterioro de su recaudación, hasta otros específicos a salud, por algún aumento de asignaciones a otras áreas o secretarías. Mientras que el origen externo parece más condicionado a determinados objetivos o nivel de producción sanitario, eliminando algún tipo de arbitrariedad circunstancial.

De todas maneras, los ingresos provenientes de la coparticipación presentan una fórmula de asignación de recursos un tanto particular, generando algún tipo de desproporción en la percepción de los fondos coparticipables de la Provincia de Buenos Aires, no siendo un tema que pase desapercibido para ninguna autoridad política. Lo que se trata de justificar o refutar según sea el caso, es de lo “justo” y “eficiente” que resulta ser el mecanismo que favorece a dicha redistribución.

Dado que este mecanismo de asignación, resulta ineficiente para el sector sanitario a largo plazo, debido principalmente a que fomenta la atención de complejidad en detrimento de la atención primaria y la prevención; es menester la inclusión de nuevos indicadores sanitarios

de eficiencia, y sus repercusiones en la equidad de los servicios públicos. Se supone que, de esta manera, se dejade ver a la salud como un mero negocio, para considerarse un recurso necesario de mejora de la calidad de vida de las personas.

Nótese que esto no implica necesariamente que se dejen de inaugurar hospitales, o se cierren los existentes, sino más bien, darle más importancia a los Centros de Atención Primaria de Salud. Sin embargo, deben categorizarse, a fin de una diferenciación en el peso relativo en la participación de ingresos.

De todas maneras e independientemente del sistema de cooperticipación de recuros, todos los municipios tienen la posibilidad de recaudar más dinero para la salud a nivel local, siempre que los gobiernos y las personas se comprometan a hacerlo. Existen formas generales de conseguirlo, fundamentalmente incrementando la ayuda al proceso.

- Aumentar la eficiencia en la recaudación de ingresos. La evasión y la recaudación ineficiente de impuestos supone un grave problema; las dificultades reales de la recaudación de impuestos, especialmente en algún sector, están bien documentada. Mejorar la eficiencia de la recaudación de ingresos, aumenta los fondos que se puedan utilizar para prestar servicios, o comprarlos en nombre de la población.
- Restablecer las prioridades de los presupuestos del Estado. Algunas veces, los gobiernos dan una importancia relativamente baja a la salud cuando asignan sus presupuestos.
- Financiación innovadora. Todas las tasas tienen un cierto efecto distorsionador sobre la economía, y se encuentran con la oposición de quienes tienen intereses creados; debiendo los gobiernos aplicar las que mejores se adaptan a sus realidades, y que ofrecen además posibilidades de recibir apoyo político. Por otro lado, las tasas sobre los productos que son perjudiciales para la salud, tienen el doble beneficio de mejorar la salud de la población mediante la disminución del consumo, al tiempo que recaudan más fondos.

La relación de las consultas médicas con el número de internaciones, es un buen indicador de la eficiencia del sistema de salud, denotando más eficiencia en la medida en que las consultas superen con creces al número de egresos (considerando este último como estimador verosímil de la cantidad de internaciones), y suponiendo que las políticas de APS están rindiendo frutos (existiendo relativamente pocas internaciones).

Sería conveniente la incorporación de este dato en la fórmula de la coparticipación, a fin de priorizar la eficiencia y no tanto la complejidad.

Al focalizar la mirada en la cantidad de formularios de cobro generados, con respecto a los pacientes atendidos, se busca determinar la efectividad de los mecanismos internos administrativos para tal fin, y establecer si existe alguna brecha entre la asistencia y su cobro. En éste caso, se constata una muy alta proporción de concreción de dichas actividades, mostrando proporciones casi óptimas.

Cuando se calcula el total de gastos devengados por la cantidad de consultas médicas, otorga información de diferentes parámetros. Por un lado el gasto total en salud, que de por sí suele variar en el transcurso del tiempo aumentando año a año, básicamente por dos razones; la primera por indexación del presupuesto producto del efecto inflacionario, y la segunda, por un incremento de todo el gasto a consecuencia de una mayor exigencia de la población.

El otro componente involucrado es la cantidad de consultas, las que al elevarse en producción con un gasto estable, impactan inversamente en el valor final de la misma, confiriendo una idea de menor costo de producción, y un supuesto de mayor eficiencia.

Ésta cifra posee trascendencia analítica cuando se compara en el transcurso del tiempo, de manera que se pueda observar la evolución tanto del resultado final, como también cada uno de los componentes; y según dichos guarismos, confeccionar algún tipo de corrección si fuese necesario.

## Gasto de Bolsillo

A medida que el sistema mejora, aumentan inevitablemente las demandas de más servicios, de una mayor calidad en los mismos, y/o de niveles más altos de protección contra los riesgos financieros. Los municipios, buscan continuamente fondos para satisfacer las demandas y las expectativas crecientes de sus poblaciones, para pagar las tecnologías, y las opciones en rápida expansión con el fin de mejorar la salud.

Eliminar las barreras económicas implícitas de los sistemas de pago directo, ayuda a los más desfavorecidos a conseguir asistencia, pero no la garantiza. Observaciones recientes, muestran que los costos del transporte y los ingresos bajos, pueden ser aun más prohibitivos que los cargos impuestos por el servicio. Además, si los servicios no están aprovechables o no están disponibles en las cercanías, las personas no pueden usarlos ni aun siendo gratuitos.

De todas maneras, el principio que sustenta este título, como así también los beneficios de su concreción, han sido ampliamente analizados y desarrollados en el marco teórico del presente escrito.

En cuanto a eliminar cualquier modalidad de pago en el punto de expendio del servicio, lo que se puede agregar en función de los resultados, es que afortunadamente las propuestas de los decisores políticos se ve plasmado en la realidad; no mostrando ninguna brecha respecto de los objetivos propuestos.

En el caso de requerir medicamentos luego que los pacientes son atendidos en los establecimientos, cuentan con la posibilidad a partir de diferentes mecanismos de obtener un tratamiento inicial de los mismos, fundamentalmente en la población más carenciada. Incluso en casos especiales, de ser necesario, se suministra algún tipo de ayuda adicional.

Si bien se evidencian esfuerzos especiales en la jurisdicción analizada para el logro de los resultados exhibidos, también se comprueban cifras bastantes similares en otros partidos del territorio provincial, posiblemente vinculado con algún tipo de decisión a nivel de gobernación para eliminar este gran inconveniente.

## Mancomunamiento

La única manera de disminuir la dependencia de los pagos directos, es que los gobiernos fomenten el prepago con mancomunación de los riesgos. Cuando las poblaciones tienen acceso a los mecanismos de prepago y mancomunación, el objetivo de la cobertura sanitaria universal se vuelve más realista. Estos mecanismos se basan en los pagos realizados antes de sufrir una enfermedad, mancomunados de alguna manera, y se emplean para financiar los servicios sanitarios: tratamiento y rehabilitación de las personas enfermas y discapacitadas, y prevención y promoción para todos.

Al hacer referencia al mancomunamiento, obliga inexorablemente considerar las diferentes modalidades a nivel nacional, pues, no existe mecanismo local alguno. Se hará una breve reseña, de las diversas modalidades de agrupamiento de fondos y distribución del gasto a nivel nacional.

El área de salud en la Argentina está conformado por tres subsectores: público, de seguridad social y privado, los que a su vez se hallan mutuamente interrelacionados; los cuales están compuestos por: los hospitales públicos de los diferentes niveles de gobierno, las obras sociales nacionales, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), las obras sociales provinciales, otras obras sociales (Fuerzas Armadas) e instituciones del sector privado (empresas de medicina prepaga, clínicas privadas, etc.). (52)

La cobertura en salud está financiada principalmente con los aportes y contribuciones de empleados y empleadores, aunque también el Estado aporta recursos de rentas generales y una parte es solventada con el pago de los usuarios. Respecto a las obras sociales nacionales, el financiamiento proviene de los aportes del empleado (3% del salario), las contribuciones del empleador (6% del salario) e ingresos por ventas de servicios como coseguros, mientras que los monotributistas aportan una suma fija. Asimismo, los hospitales públicos se financian con recursos de rentas generales y brindan cobertura fundamentalmente a la población que no está asegurada. (52)

El acceso a las prestaciones del INSSJP y a las obras sociales (nacionales y provinciales) es de carácter contributivo y obligatorio. El INSSJP provee servicios de salud a los beneficiarios de jubilaciones y pensiones, mientras que las obras sociales nacionales y provinciales lo hacen al sector activo y a su grupo familiar.

La diferencia que existe entre las obras sociales provinciales y las nacionales es que las primeras son instituciones públicas que aseguran solamente a los trabajadores del sector público provincial, mientras que las obras sociales nacionales son instituciones del sector privado que brindan cobertura a los trabajadores activos en general.

El sistema de obras sociales nacionales funciona como un mercado regulado por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) que permite la libre opción en su cobertura social tanto a activos como pasivos (Decreto No 292/1995). (52)

Los datos del censo 2001 revelan que aproximadamente 19 millones de personas residentes en la Argentina (el 52% de la población en ese momento) estaban afiliadas a algún seguro de salud, aunque ese porcentaje resulta extremadamente bajo en términos históricos a raíz de la profunda crisis económica y social que atravesaba la Argentina por ese entonces. Diversas estimaciones más recientes dan cuenta de un aumento en la cobertura a alrededor del 69% de la población (FIEL, 2008). (52)

El siguiente cuadro, se detalla a quiénes brindan cobertura los distintos subsistemas de salud, y cuáles son sus principales fuentes de financiamiento:

### **Estructura del Sistema de Salud Argentino (52)**

| SUBSISTEMA           | COBERTURA   | FINANCIAMIENTO  |
|----------------------|---|---|
| <b>PÚBLICO</b>       | Universal. Aunque atiende en su mayor parte a los sectores de baja renta.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingresos provenientes de impuestos o recursos Fiscales.</li> <li>• Se ejecutan a través de los gobiernos en los tres niveles jurisdiccionales (nación, provincias, y municipios).</li> <li>• Recuperos (en menor medida).</li> </ul> |
| <b>SEGURO SOCIAL</b> | Sectores medios y altos integrados al mercado formal de trabajo.  | Los ingresos provenientes de aportes y contribuciones con base en salarios son transferidos a las obras sociales; tanto sean ellas nacionales, provinciales, municipales u otras pertenecientes a universidades o cuerpos legislativos.                                       |
| <b>PRIVADO</b>       | Los grupos de mayores ingresos se proveen de servicios a través de la compra directa y voluntaria de los mismos en el mercado o de la contratación de seguros privados. | Gastos privados o gasto de las familias, que está constituido en pagos directos y en cuotas de seguros voluntarios.   |

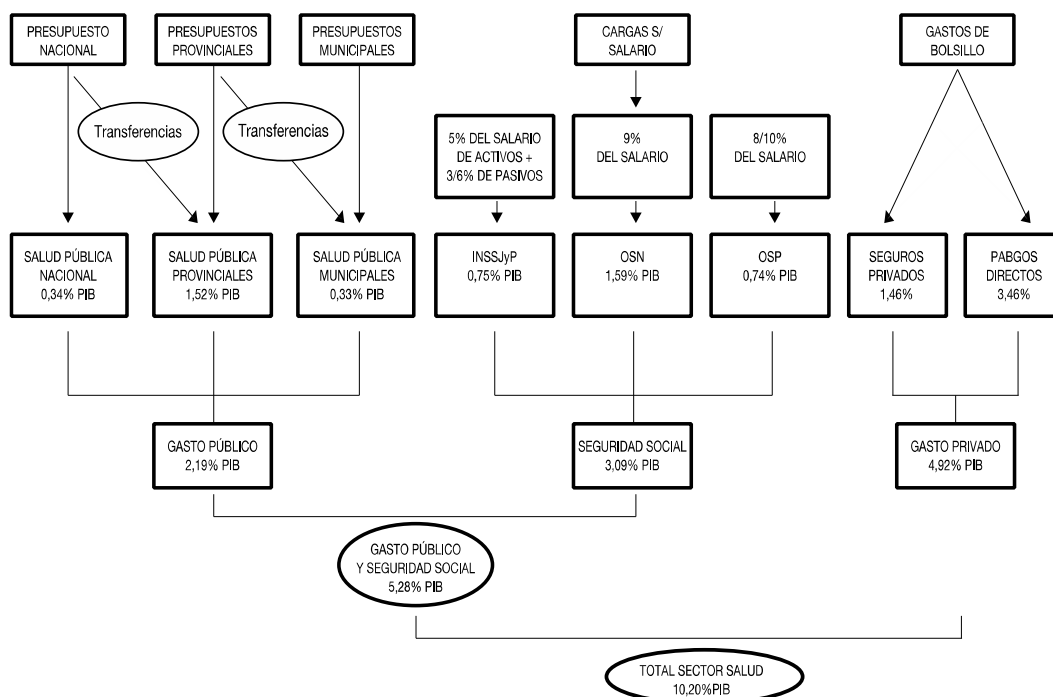
*Fuente: Elaboración propia sobre la base de Tobar et al. (2000)*

Si bien no se encuentran disponibles mediciones oficiales, según estimaciones de CEPAL se calcula que el gasto total en salud en la Argentina es un 10% del PIB, proporción que se asemeja a la de países desarrollados y está por encima de la mayoría de los países latinoamericanos. (52)

Del total, el gasto público financiaría cerca de un 22%, la seguridad social un 30%, y el resto (aproximadamente el 48%) estaría constituido aproximadamente por gasto privado

canalizado a través de la medicina prepaga (14%) y gastos de bolsillo de individuos (34%). (52)

**Estructura del Gasto en Salud en Argentina. Año 2008. (52)**



Fuente: Cetrángolo (2010).

## Gobernanza

La gobernanza es considerada como una dimensión más, pues, se encuentra manifestada en todas y cada una de las esferas de la comunidad general, y del sistema sanitario en particular. Entonces, puede tener una penetrancia variable en cada una de las otras dimensiones de la CUS, pero sin manifestarse puntual y únicamente en ninguna de ellas, sino que se distribuye de manera variable por todo el conjunto.

Es oportuno primariamente, intentar establecer una conceptualización, puesto que pueden considerarse una cantidad variable de interpretaciones según el abordaje que se aplique; para luego, intentar extraer alguna conclusión desde los indicadores seleccionados y sus respectivos resultados.

La gobernanza es una competencia del Estado y es ejercida en el sector salud por la autoridad sanitaria (AS), quien desempeña el rol rector en el sistema. En la medida en que la rectoría del sistema, se ha definido como una cuidadosa y responsable administración del bienestar de la población, se acerca al concepto de una buena gobernanza. (53)

Lograr una buena gobernanza implica mejorar el desempeño del sistema de salud, esto se logra a través del ejercicio eficiente y efectivo del rol rector por parte de la AS desde el despliegue de cada una de sus dimensiones; dirigiendo o conduciendo a las personas, a los procesos y recursos, para lograr su objetivo de mejorar la salud de la población. (53)

Algunos de ellos son: el desarrollo de políticas y capacidades institucionales para la planificación y gestión en materia de salud, el fortalecimiento institucional de reglamentación y fiscalización en materia de salud pública, y la participación de los ciudadanos en salud; así, como un adecuado manejo de las relaciones intersectoriales e interjurisdiccionales. (53)

El concepto de gobernanza viene desde la administración pública, definiéndose la buena gobernanza como el trabajo conjunto entre los entes administrativos y todos los actores de interés relevantes, para implementar reformas que mejoren las condiciones de vida de las personas (Brand, 2007). La misma consiste en una lista de criterios: (i) el Estado de derecho—seguridad de los ciudadanos, respeto de la ley e independencia de los magistrados; (ii) la buena administración: gestión pública eficaz y equitativa; (iii) la responsabilidad y la imputabilidad—rendición de cuentas por parte de los dirigentes políticos frente a la población y; (iv) la transparencia: información disponible y fácilmente accesible. (53)

Desde un marco analítico, hace referencia a los procesos de acción colectiva que organizan la interacción entre los actores, la dinámica de los procesos y las reglas de juego con las cuales una sociedad toma sus decisiones, y determina su conducta” (grupo de trabajo de Montevideo, 2004). (53)

La gobernanza como proceso es definida como el arte de gobernar, articulando la gestión de los asuntos públicos en diversos niveles territoriales, regulando las relaciones dentro de la sociedad y coordinando la intervención de múltiples interlocutores. La gobernanza no es por tanto un conjunto de reglas ni una actividad, sino un proceso. (53)



La gobernanza desde el desempeño del sistema de salud, representa un elemento clave para asegurar que las funciones y los objetivos del sistema sean claros, que los roles y responsabilidades de los actores estén definidos, y que los mecanismos e incentivos se pongan en juego para promover un mejoramiento continuo en el desempeño del sistema, a través de una eficaz administración o gestión basada en la comunidad. (53)

A pesar de la que la gobernanza es una función estatal, la participación en la misma se lleva a cabo por una gran cantidad de actores del sistema de salud, entre ellos la comunidad, la sociedad civil, el sector privado en salud, y los funcionarios de salud pública ya sea en el nivel nacional, departamental o municipal. (53)

En el escenario globalizado, la gobernanza se ve afectada además por las relaciones suprapartidarias del gobierno y del comercio. Comprende los mecanismos, procesos e instituciones, a través de los cuales los ciudadanos y diversos grupos articulan sus intereses, ejercen sus derechos legales, se hacen conscientes de sus obligaciones y median sus diferencias. (53)

Sin dudas que para analizar la gobernanza, resulta mucho más simple cuando se lo hace desde la perspectiva nacional, puesto que los municipios, se encuentran condicionados profundamente a las diferentes decisiones que se establecen tanto a nivel de país, como también en la esfera provincial; ya que desde la federalización de la salud en la década de los noventa, los diferentes estados provinciales adquirieron autonomía al respecto.

En consecuencia de todo ello, las administraciones municipales se encuentran en no pocas oportunidades, determinadas por decisiones que son de un estamento superior, no siendo totalmente responsables de algunas cuestiones que suceden en su interior.

## **CONCLUSIONES**

El sistema de salud analizado debe responder a los desafíos de un mundo en transformación, y a las crecientes expectativas de mejores resultados.

La naturaleza de los problemas sanitarios está cambiando en un sentido poco previsible y a un ritmo totalmente inesperado. El envejecimiento, y el hecho de que, cada vez haya más personas con síntomas complejos y varias enfermedades, plantea a los servicios de salud el reto de llevar una gestión integrada e integral de los casos.

Las crisis económicas y políticas exponen a los mecanismos estatales e institucionales, al reto de garantizar el acceso a los servicios de salud, como así también, la prestación y financiación de éstos. Además, los límites entre agentes públicos y privados no están claros, y la negociación de las prestaciones y los derechos está cada vez más politizada.

Si se pretende abordar el CUS como un objetivo abarcador para lograr la protección social en salud, deben primariamente definirse de manera explícita, los derechos, en términos de servicios o prestaciones de cuidado de la salud; y en función de ello, garantizarlos a partir de diversas intervenciones en salud.

El Estado, debe asumir medidas para avanzar hacia la realización del derecho a la salud de conformidad con el principio de realización progresiva; esto significa, adoptar medidas concretas y específicas hasta el máximo de los recursos que se disponen. Las mismas, incluyen aquellas proporcionadas por el propio gobierno local, y las procedentes de la asistencia y la cooperación interjurisdiccional. En este contexto, es importante establecer una distinción entre la incapacidad de un Estado de cumplir sus obligaciones contraídas en virtud del derecho a la salud, y la renuencia a efectuarlas.

La cobertura universal de salud cuesta dinero, pero no necesariamente es cara. La buena salud, se puede lograr a bajo costos cada vez que la autoridad sanitaria asigna recursos hacia cuidados más costo-efectivos. El municipio puede ser más exitoso, si reconoce que la acción política es necesaria para dirigir el crecimiento futuro del gasto en salud a través de mecanismos de financiamiento combinados, que permiten la promoción de cuidados de salud eficiente y equitativamente.

Se debe tener una fuerte defensa de los intereses generales, asumiendo de ésta manera, la rectoría de estos servicios y prácticas, que encuadrados en la lógica de la oferta y la demanda, no deben menoscabar en nada el derecho a la salud de todo ciudadano. De todas maneras, el juego de interacciones legales genera en algunos casos, lagunas jurídicas que suelen solucionarse mayoritariamente por medio de diferentes demandas extrajudiciales, no existiendo hasta el momento en el municipio, el antecedente de amparos judiciales.

Como puede evidenciarse de los resultados de adhesión a algunos programas y planes específicos, cierto porcentaje de la población se encuentra excluida en forma parcial o total del acceso a los bienes y servicios de salud. La importancia de medir la exclusión en salud se sustenta en varios argumentos, pero el más trascendente de ellos es que se presenta como la negación misma del derecho a la salud, surgiendo el imperativo de actuar sobre ella por razones de carácter ético y legal.

El desafío fundamental que enfrenta el sistema sanitario, es poder garantizar a todos los ciudadanos la protección social universal en materia de salud, eliminando o reduciendo al máximo las desigualdades evitables en la cobertura, el acceso y la utilización de los servicios; y asegurando que cada uno reciba atención según sus necesidades, contribuyendo al financiamiento del sistema según sus posibilidades, concretando de esa manera solidaridad en el financiamiento y seguridad financiera del hogar.

Debido al limitado desempeño del sistema de salud, la exigencia de abordar el problema de la fragmentación se hace cada vez más imperiosa, manifestándose de múltiples formas, y reflejándose en los distintos niveles del sistema; planteando la necesidad de avanzar hacia la integralidad del mismo. Pudiendo generar por sí misma, o conjuntamente con otros factores, dificultades en el acceso a los servicios, la entrega de servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento innecesario de los costos de producción, y la baja satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos.

Si bien predomina un sistema fragmentado, caracterizado por la falta de coordinación interinstitucional y de integración operacional, se evidencia una clara inequidad e insuficiencia del financiamiento. Así, como un gerenciamiento frágil con elevados costos de transacción debido al clientelismo, excesivos gastos administrativos, ausencia de planificación y programación integradas, rudimentarias capacidades de elaboración de contratos y mecanismos de pago.

La evidencia demuestra que, existe una deuda pendiente en la planificación del riesgo, para lo cual es necesario conocer primariamente la situación de la población considerada objetivo, y luego sobre esa base, aplicar las diferentes estrategias.

En la actualidad, las redes de servicios son mucho más amplias, pero hay grandes grupos de población que han permanecido postergados. Los notables progresos registrados han sido muy desiguales; existiendo una convergencia hacia una mejora de la salud en muchos sectores, pero al mismo tiempo, numerosos porciones están quedando cada vez más rezagados o perdiendo terreno.

En algunos lugares, por diferentes razones la infraestructura ha quedado diferida si bien se han iniciado modificaciones en los diferentes establecimientos, resta todavía un gran camino por recorrer, planteando importantes desafíos futuros. Y en otros, la atención de carácter asistencial ofrece servicios, pero no necesariamente los que hacen falta. El déficit de oferta de atención sigue siendo una realidad en algunos lugares, por lo que la ampliación de las redes de servicios es un objetivo prioritario.

Si bien el modelo de atención se encuentra en pleno proceso de transformación, es evidente que resta mucho camino por recorrer, fundamentalmente en acciones de promoción y prevención de la salud, donde gran cantidad de las mismas debieran ser concretadas fuera del consultorio médico, tanto en las actividades extramuros como los talleres intramuros, permitiendo conocer a través de ellos las verdaderas necesidades no manifiesta de los pacientes.

Como bien se sabe, existen una serie de factores que actúan directa e indirectamente sobre los individuos, algunos vinculados a determinantes biológicos, sociales, medio ambientales y económicas; además, de aquellos relacionados con la propia prestación de servicios médicos.

En ese sentido, el derecho a la salud no sólo abarca la atención oportuna, sino también las modificaciones hacia condiciones sanitarias apropiadas, tales como el acceso al agua limpia potable, el suministro de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda digna,

entornos sanos en el trabajo y el medio ambiente; acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, etc.

Pero también, gran parte de la solución del cambio de modelo se encuentra en captar el recurso humano apropiado, no solo en cantidad, sino también en calidad; en ese sentido, una de las apuestas más importantes es lograr fidelizar una mayor cantidad de médicos G/ F.

La financiación sanitaria es una parte importante de la ampliación de los esfuerzos para asegurar la protección social en la salud. En su camino hacia la cobertura universal, la autoridad sanitaria se ha encontrado con tres problemas fundamentales relacionados entre sí.

El primero de ellos es la disponibilidad de recursos; pues, el municipio no es capaz de garantizar a todas las personas, el acceso inmediato a todas las tecnologías o intervenciones que puedan mejorar la salud o prolongar la vida.

La otra barrera para la cobertura universal, es la dependencia excesiva de los pagos directos en el momento en que la gente necesita asistencia, impidiendo que muchas de personas reciban asistencia médica cuando la necesitan. Para aquellos que realmente buscan tratamiento, esto puede dar lugar a una situación económica grave, llegando incluso a empobrecerlos. Sin dudas que en ésta jurisdicción, la eliminación de los gastos de bolsillo es el punto más fuerte y destacado de avance hacia la CUS, demostrando un cumplimiento casi absoluto de los objetivos planteados.

Si bien se pueden constatar muy satisfactorios resultados con la autogestión del la secretaría de salud, es pertinente introducir algunos ajustes a fin de optimizar no solamente un mayor recupero económico desde las diversas Obras Sociales, sino, de garantizar en la mayor medida de lo posible, la sustentabilidad del Sistema Municipal de Salud.

Recaudar el dinero suficiente para la salud es imprescindible, pero contar con ese dinero no garantiza la cobertura universal; tampoco lo concreta la eliminación de las barreras económicas para el acceso. Todo ello plantea un requisito final, el cual es asegurar que los recursos se usen de manera eficiente y equitativa, representando esto el tercer obstáculo hacia la cobertura universal.

Se malgastan gran parte de los recursos destinados a la salud, reducir este desperdicio, mejora en gran medida la capacidad del sistema sanitario para prestar servicios de calidad y mejorar la salud. Se han tomado medidas para disminuir la ineficiencia, pudiendo constatarse que en algunos casos, se debía más al gasto insuficiente que al derroche.

Llegados a este punto, el camino hacia la cobertura universal se vuelve relativamente simple, al menos sobre el papel. Las autoridades deben recaudar los fondos suficientes, disminuir la dependencia de los pagos directos para financiar los servicios, y mejorar la eficiencia y la equidad.

De todas maneras daría la sensación, que el municipio todavía está un poco lejos de poder cumplir el perfil funcional de la rectoría sectorial. Hasta la fecha, su rol ha sido casi en exclusividad, la gestión directa de la provisión de servicios; siendo necesario adoptar y aplicar estrategias de salud pública, en las que se tengan en cuenta las preocupaciones en materia de salud de toda la población, la cual, debe elaborarse y examinarse periódicamente a través de un proceso participativo y transparente.

En el contexto actual, se torna imperioso un proceso de diálogo social en el que se discuta explícitamente el tema de la protección social en salud. Esta transformación, corresponde ser organizada de forma participativa, debiendo incluir un diagnóstico completo de la situación, y una evaluación técnico-política de las opciones más convenientes para la sociedad; en la que se determine si se han agotado o no las posibilidades de los subsistemas tradicionales. El proceso debe culminar con un programa de implementación de las propuestas, en el que tengan cabida las distintas modalidades más adecuadas para cada caso, de forma que se logre la máxima protección social en salud.

En la mayoría de los casos, la premura de muchas responsabilidades de ejecución directa en la prestación de atención, altera la jerarquía de los problemas, supeditando lo importante a lo urgente, paralizando a la repartición en su papel fundamental y, en ocasiones, desacreditándola como ineficaz.



Por otra parte, la viabilidad del desarrollo de la capacidad rectora en salud, está condicionada por la debilidad institucional que padece el sector público en general y el de la salud en particular. Su problemática institucional, no radica centralmente en los atributos o defectos de su conformación, ni en la necesidad de reubicar un organismo o modificar sus funciones, en el tamaño de su burocracia, o en la calidad de sus sistemas operativos.

El inconveniente capital es que, dentro del conjunto de las estructuras públicas, el sector de la salud es débil, por la distancia que tiene respecto de los centros de poder político donde se toman las decisiones de fondo; sobre temas cruciales como son la definición de prioridades de inversión, y las asignaciones presupuestarias para los sectores sociales. Se trata de un sector con financiamiento permanentemente cuestionado, que además, está sujeto a ser de los primeros sectores a sufrir recortes presupuestarios, como resultado de las presiones derivadas de las políticas de ajuste de la economía municipal.

Un nuevo perfil de la secretaría de salud se está intentando construir, por una parte, desde el contexto determinado por los procesos de modernización del Estado; pero por otra, a partir de los cambios generados por su propia dinámica y quehacer en los modelos de organización, gestión, y atención de salud.

Para ello, debe modificarse los modelos exclusivamente centrados en la prestación de servicios asistenciales, por otros orientados al aseguramiento universal y al reconocimiento de los derechos ciudadanos; y de esta manera, contribuir al logro de condiciones de vida saludables, conforme a valores y principios de solidaridad y universalidad.

## RECOMENDACIONES

-  Reevaluar el sistema de salud del municipio periódicamente utilizando la metodología desarrollada, y de esta manera establecer un monitoreo continuo del avance hacia la CUS.
-  Validar ésta metodología aplicándola a otras unidades municipales.

- ✚ Evaluar la utilización de esta herramienta a instancias provinciales y nacionales.
- ✚ Sería interesante, agregarle a este marco de análisis cuestiones de gestión, presupuesto, compras, manejo de información, análisis estadístico, captura de datos.
- ✚ Desde el punto de vista de la generación del nuevo conocimiento, la generación de un estudio desde la perspectiva del paciente; pues en éste caso, se ha realizado desde el sistema en su conjunto.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1) Organización Mundial de la Salud. Derecho a la Salud. Nota descriptiva N°323. Noviembre de 2012. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>(visto el 01/08/2013).
- 2) El desarrollo del Derecho a la Salud por parte de la Sala Constitucional y su Influencia en el Sistema Público de Salud en Costa Rica; Vargas López, Karen. Trabajo final de



- investigación aplicada sometido a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Salud Pública para optar al grado y título de Maestría Profesional en Salud Pública con énfasis en Gerencia de la Salud. 2010. Costa Rica.
- 3) Organización Mundial de la Salud, Office de las Naciones Unidas Alto Comisionado para los Derechos Humanos. Derecho a la Salud. Folleto informativo N° 31. 2008. Suiza.
  - 4) Organización Mundial de la Salud. Derechos Humanos. Fuente: Sistema de las Naciones Unidas y derechos humanos: directrices e información para el Sistema de Coordinadores Residentes, marzo de 2000. [http://www.who.int/topics/human\\_rights/es/](http://www.who.int/topics/human_rights/es/)(visto el 01/08/2013).
  - 5) Derecho a la salud, un derecho humano. Marco normativo. [http://www.ms.gba.gov.ar/EducacionSalud/derecho\\_a\\_la\\_salud/derecho\\_a\\_la\\_salud.pdf](http://www.ms.gba.gov.ar/EducacionSalud/derecho_a_la_salud/derecho_a_la_salud.pdf)(visto el 01/08/2013).
  - 6) Oficina Internacional del Trabajo; Piso de Protección Social para una globalización equitativa e inclusiva. Informe del Grupo consultivo sobre el Piso de Protección Social. 2011. Ginebra.
  - 7) Organización Internacional del Trabajo. Promover el empleo, proteger a las personas. Protección Social. <http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/decent-work-agenda/social-protection/lang--es/index.htm>(visto el 01/08/2013).
  - 8) Hernán Rosenberg y Bernt Andersson; Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe. Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J PublicHealth 8 (1/2), 2000.
  - 9) OPS/OMS. Ampliación de la protección social en material de salud: la iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo. Documento presentado durante la 26.a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54. a Sesión del Comité Regional. Washington, D. C., USA, 23-27 de septiembre de 2002. <http://www.paho.org/english/gov/csp/csp26-12-e.pdf>(visto el 01/08/2013).
  - 10) OPS-OMS/ASDI. Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe. Serie No. 1. Extensión de la Protección Social en Salud (Edición revisada – 2004) Washington D. C.
  - 11) OIT, Departamento de Seguridad Social; Protección social de la salud: Una estrategia de la OIT para el acceso universal a la asistencia médica. Documento de consulta. Temas de protección social. Documento de discusión 19. Oficina Internacional del Trabajo, 2007. Ginebra.
  - 12) Carmen Artigas; Una mirada a la protección social desde los derechos humanos y otros contextos internacionales. 2005. Chile.
  - 13) OPS-OMS/ASDI Estudios de caracterización de la exclusión en salud, 2001- 2004 en <http://www.lachsr.org/extension/esp/index.html>(visto el 01/08/2013).

- 14) Sojo, Ana; Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas. *Ciência&SaúdeColetiva*, 16(6):2673-2685, 2011. Chile.
- 15) SimoneCecchini y Rodrigo Martínez; Protección social inclusiva en América Latina: Una mirada integral, un enfoque de derechos. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 2011. Chile.
- 16) Organización Mundial de la Salud; La Financiación de los Sistemas de Salud: El camino hacia la cobertura universal. Resumen: Informe sobre la salud en el mundo. 2010. Suiza.
- 17) Torres, Rubén y Siede, Julio; Atención Primaria de la Salud. Artículo inédito. Universidad Isalud. 2010. Argentina.
- 18) Organización Mundial de la Salud; DECLARACION DE ALMA-ATA. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. 1978. URSS. Web [http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm) (visto el 09/07/2013)
- 19) Mahler H.T.; The Future of Primary Health Care and Some of its Challenges to World Health Organization. Encuentro Internacional Organizado por la Organización Panamericana de la Salud: Conferencia Inaugural. 2007. Buenos Aires 30/15.
- 20) Organización Mundial de la Salud; Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.1986. Canadá.
- 21) Organización Mundial de la Salud; Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. 2008. Suiza.
- 22) Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud; La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. 2007. USA.
- 23) Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud; Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. 2008. USA.
- 24) Judith Rodin, David de Ferranti; Universal health coverage: the third global health transition?. *Lancet* 2012; 380: 861-62. USA.
- 25) David B Evans, Robert Marten, Carissa Etienne; Universal health coverage is a development issue. *Lancet* 2012; 380: 864-65. Switzerland and USA.
- 26) Rodrigo Moreno-Serra, Peter C Smith; Does progress towards universal health coverage improve population health?. *Lancet* 2012; 380: 917–23. UK.
- 27) William D Savedoff , David de Ferranti, Amy L Smith, Victoria Fan; Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. *Lancet* 2012; 380: 924–32. USA.
- 28) Julio Frenk, David de Ferranti; Universal health coverage: good health, good economics. *Lancet* 2012; 380: 862-64. USA.
- 29) Gina Lagomarsino, Alice Garabrant, AtikahAdyas, Richard Muga, Nathaniel Otoo; Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. *Lancet* 2012; 380: 933–43. USA.

- 30) OMS" Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2.000". 1981. Ginebra.
- 31) Universidad de Chile; Atributos de un buen indicador. Características de un buen indicador. 2007. Chile.<http://escuela.med.puc.cl/Recursos/recepidem/insIntrod9d.htm> (visto el 16/08/2013)
- 32) Wikipedia; Partido de Tigre. [http://es.wikipedia.org/wiki/Partido\\_de\\_Tigre](http://es.wikipedia.org/wiki/Partido_de_Tigre)
- 33) INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Provincia de Buenos Aires, partido Tigre. Población total por sexo e índice de masculinidad, según edad en años simples y grupos quinquenales de edad. 2010. Argentina.
- 34) INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Resultados definitivos. Variables seleccionadas de los cuestionarios básicos y ampliados. <http://www.censo2010.indec.gov.ar> consultado 23/08/2013.
- 35) INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Provincia de Buenos Aires, partido Tigre. Hogares por tipo de vivienda, según combustible utilizado principalmente para cocinar. Año 2010. Argentina.
- 36) INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Provincia de Buenos Aires, partido Tigre. Hogares por material predominante de los pisos de la vivienda, según material predominante de la cubierta exterior del techo y presencia de cielorraso. Año 2010. Argentina.
- 37) INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Provincia de Buenos Aires, partido Tigre. Hogares por tipo de desagüe del inodoro, según provisión y procedencia del agua. Año 2010. Argentina.
- 38) INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Total del país. Población de 10 años y más por condición de alfabetismo y sexo, según provincia. Año 2010. Argentina.
- 39) INDEC, Encuesta de Permanente de Hogares Continua. Tasas de empleo y desempleo por regiones. Segundo trimestre de 2013. Argentina.
- 40) OPS/ OMS. Salud en las Américas 2.007 Volumen II-Países. Publicación científica y ficha técnica N\* 622. País Argentina. 2007. Washington.
- 41) Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Subsecretaria de Planificación - Dirección de Información Sistematizada. Hechos vitales y sus respectivas tasas según región sanitaria 2010. 2011. Argentina.
- 42) Instituto Nacional del Cáncer. Cáncer de mama. [http://www.msal.gov.ar/inc/ciudadanos\\_cancer\\_mama\\_que\\_es.php](http://www.msal.gov.ar/inc/ciudadanos_cancer_mama_que_es.php) Acceso: 07/03/12.
- 43) Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-uterino en base a datos proporcionados por la DEIS. Buenos Aires. Tasa de mortalidad por cáncer de cuello de útero estandarizada por edad por departamentos (por 100.000 mujeres)2007-2009. <http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/datos-epidemiologicos.html>. Acceso 26/08/2.013.

- 44) Municipalidad de Tigre. Secretaría de Política Sanitaria y Desarrollo Humano. <http://www.tigre.gov.ar/index.php?/Inst.-Pol.-Sanitaria-Des.-Humano/secretaria-de-politicas-sanitaria-y-desarrollo-humano.html>
- 45) Municipalidad de Tigre. Centros de Salud. <http://www.tigre.gov.ar/index.php?/Politica-Sanitaria/centros-de-salud.html>.
- 46) Municipalidad de Tigre. Secretaría de Política Sanitaria y Desarrollo Humano. Trámites - Salud 1. <http://www.tigre.gov.ar/index.php?/Guia-de-Tramites/tramites-salud-1.html>
- 47) Vargas González, Williams. Atención Primaria de Salud en Acción: su contexto histórico, naturaleza y organización en Costa Rica. 2006. Costa Rica.
- 48) Municipalidad de Tigre. Secretaría de Política Sanitaria y Desarrollo Humano. Comité de Docencia e Investigación CODEI. <http://www.tigre.gov.ar/index.php?/CODEI/comite-de-docencia-e-investigacion-codei.html>
- 49) Municipalidad de Tigre. Secretaría de Política Sanitaria y Desarrollo Humano. Residencias. <http://www.tigre.gov.ar/index.php?/CODEI/residencias.html>
- 50) Municipalidad de Tigre. Secretaría de Política Sanitaria y Desarrollo Humano. Formación y convenios del CODEI. <http://www.tigre.gov.ar/index.php?/CODEI/formacion-y-convenios-del-codei.html>
- 51) Ministerio de Salud de la República Argentina. Programa de Médicos Comunitarios. Herramientas para la Planificación y Programación Local. 2010. Buenos Aires.
- 52) Vanesa D'Elia, Sergio Rottenschweiler, Alejandro Calabria, Analía Calero / Julio Gaiada; Fuentes de Financiamiento de los Sistemas de Seguridad Social en Países de América del Sur. Serie de Estudios Especiales. Gerencia Estudios de la Seguridad Social. Anses. 2010. Argentina.
- 53) Mónica Castilla; Rectoría, Gobernanza y Salud Pública. Curso Virtual Funciones Esenciales de Salud Pública, Módulo 2. Universidad de La Sabana. 2008. Colombia.

## **ANEXOS**

### **Anexo I. Organigrama Completo de la Secretaría de Salud y Desarrollo Humano.**

#### **Áreas de las Secretarías**

##### **Subsecretaría de Política Sanitaria (33)**

- Dirección General de Medicina Preventiva  
Jefatura Centro de Zoonosis
- Dirección General de Medicina Asistencial  
Centros de Atención Primaria de Salud
- Dirección Ejecutiva Hospital Oftalmológico
- Dirección Ejecutiva del Hospital Materno Infantil
- Dirección Ejecutiva Hospital Odontológico
- Dirección General del Servicio de Emergencias S.E.T.  
Dirección Coordinadora SE.T.

#### Subsecretaría de Educación (33)

- Dirección General de Educación
- Dirección General de Infraestructura Escolar  
Dirección Coordinadora de Infraestructura Escolar
- Centro Universitario Tigre

#### Subsecretaría de Promoción Social (33)

- Dirección General de Promoción y Fortalecimiento Familiar  
Dirección Coordinadora de Políticas de Infancia, Adolescencia y Familia  
Dirección Coordinadora de Políticas de Género y Violencia Familiar
- Dirección General de Asistencia Social  
Dirección Coordinadora de Agentes Territoriales  
Dirección Coordinadora de Asistencia Social
- Dirección General de Personas con Discapacidad  
Dirección Coordinadora de Políticas para la Discapacidad

#### Consejo Municipal de Política Social (33)

- Dirección Coordinadora de CMPS
- Dirección Coordinadora de Administración  
Coordinación Oficina de Facturación, Recupero, Costos y Est.
- Dirección General de RSE

#### Instituto Municipal de la Vivienda y Tierras Sociales (I.M.V.yT.S.) (33)

- Dirección General de Vivienda y Hábitat Social  
Dirección Coordinadora de Viviendas

### **Anexo II. Programas a los que el Municipio se Encuentra Adherido.**

| Nombre                                 | Detalle   |
|--|---|
| PMC (Programa de Médicos Comunitarios) | Es un Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Otorga a todos los profesionales becas de apoyo económico y/o becas de formación financiadas por el Ministerio de Salud de la Nación. |

|   |  |
|---|--|
| Programa de prevención de adicciones                            | Promueve la prevención del consumo de drogas y garantiza la accesibilidad a los servicios de asistencia para el tratamiento de la problemática adictiva.   |
| Programa de apoyo a la nutrición infantil                       | Identificación de la población materno infantil que se encuentra en situación de riesgo nutricional, alimentaria y social, para su atención integral.  |
| Programa de inspección respiratoria aguda baja (IRAB)           | Busca disminuir la morbi-mortalidad por infecciones respiratorias agudas baja en niños, detectando las familias en riesgo, y capacitando al personal de salud.   |
| Programa de inmunizaciones                                      | Realización de diversas campañas de Vacunación para lograr la disminución de las enfermedades inmunoprevenibles.   |
| Programa de vigilancia epidemiológica                           | Ejecución de medidas de intervención eficaces y oportunas para el tratamiento de diversas patologías.  |
| Programa de salud sexual y procreación responsable              | Promoción de actividades sobre Salud Sexual y Procreación responsable con el objetivo de detectar rápidamente y prevenir infecciones y enfermedades. Distribución gratuita de métodos anticonceptivos. |
| Programa de asistencia al deporte infantil                      | Visitas periódicas a Clubes de Fútbol para evaluar el estado nutricional y físico de los niños y adolescentes que concurren a dichos establecimientos.   |
| PROSANE (Programa de sanidad escolar)                           | Realización de acciones de prevención, promoción y atención de salud, para todos los niños de los 1º y de los 6º grados, de todas las escuelas del Municipio.  |
| PROGEMA (Programa de detección precoz de cáncer genito mamario) | Ejecuta acciones de prevención para disminuir las muertes y/o enfermedades ocasionadas por el cáncer de útero y de mama.   |
| Programa de control de embarazo                                 | Desarrollo de acciones médicas y asistenciales para vigilar la evolución del embarazo, disminuyendo los posibles riesgos que ocurran durante este período.   |
| <b>Programas para Pacientes con Enfermedades Crónicas</b>       |  |
| PROBAS (Programa Bonaerense de prevención del asma infantil)    | Programa destinado a la prevención del Asma Infantil, dirigido a todos los chicos desde el nacimiento hasta los 18 años que padecen la enfermedad y que no cuentan con cobertura de obra social.       |
| PRODIABA (Programa para pacientes diabéticos)                   | El programa busca mejorar la calidad y esperanza de vida de las personas diabéticas, garantizándoles la medicación necesaria y dictando talleres de auto-cuidado.                                      |
| PROEPI (Programa para pacientes con epilepsia)                  | Programa que brinda medicación a personas que sufren de Epilepsia.   |

## ANEXO III. Determinación del valor de calidad de los indicadores

### Modelo de Atención

| Indicador | Disponibilidad | Relevancia para el | Simplicidad | Validez | Especificidad | Confiabilidad | Sensibilidad | Alcance | Total |
|-----------|----------------|--------------------|-------------|---------|---------------|---------------|--------------|---------|-------|
|-----------|----------------|--------------------|-------------|---------|---------------|---------------|--------------|---------|-------|

|   |   | sistema |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---------|---|---|---|---|---|---|---|
| Cantidad de pacientes que solicitaron turnos para consultas por Turno Telefónico Tigre (TTT) vs el total de turnos adjudicados. | 1 | 1       | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 6 |
| Relación de pacientes que solicitaron turnos y no concretaron la consulta y/o práctica (turnos cancelados o sin asistencia).    | 1 | 1       | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 6 |
| Tiempo (promedio) de días transcurridos entre la solicitud y la concreción del mismo.   | 1 | 1       | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 7 |
| Proporción entre la tasa actual vs. óptima de consulta médica cada 1.000 habitantes.  | 1 | 1       | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 7 |
| Cantidad de pacientes atendidos en 1 (una) hora vs. óptimo de atención horaria según la especialidad.                           | 1 | 1       | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 6 |
| Proporción de horas de atención de cada consultorio odontológico vs. horas de atención CAFyS.                                   | 1 | 1       | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 |
| Relación entre la cantidad de pacientes derivados vs. el total de pacientes atendidos.  | 1 | 1       | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 6 |
| Relación entre lo concretado vs. lo planificado en talleres intramuros.   | 1 | 1       | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 6 |
| Relación entre lo concretado vs. lo planificado en actividades extramuro.   | 1 | 1       | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 6 |

#### Breve fundamentación de trascendencia para el sistema:

Bajo la visión de la OMS (2000) ciertos objetivos deseados, como la accesibilidad son en realidad un medio para alcanzar un fin, son metas instrumentales. Cuanto más accesible sea un sistema, más debería utilizarlo la gente para mejorar su salud. Algunas evidencias indican que los sistemas de salud no están funcionando como deberían.

Nada de salud se puede lograr en la ciudadanía, si primariamente no se impacta en la población objetivo, determinado fundamentalmente por la accesibilidad; entonces si existe un primer y gran objetivo en las políticas públicas, es el acceso de la comunidad a las diversas propuestas de gobierno. Toda medida que se realice para acortar esa brecha de distancia entre el "Estado" y la comunidad tiende a mejorar los resultados en las diferentes decisiones.

De forma más precisa al hablar de acceso a los servicios de salud, se hace referencia al proceso mediante el cual las personas que necesitan o buscan atención, logran obtenerla. Algunos autores, proponen que se reserve el término acceso para denotar la capacidad de un usuario para buscar y obtener atención, se refiere a una característica de la población de transformarse en beneficiarios potenciales o reales de los servicios.

En particular, se adopta el término de accesibilidad como un concepto más general, que incluye el acceso como uno de los componentes; pero también, hace referencia al grado de ajuste entre las características de la población y las de los recursos de atención de la salud. Además, se plantean diferentes dominios para el estudio de la accesibilidad, desde un dominio estrecho que solamente involucra la búsqueda de la atención y el inicio de ella (el acceso a la demanda efectiva), a uno intermedio que además de la anterior también considera la continuación de la atención.

Los programas de salud intentan de alguna forma, igualar el acceso a los sistemas de atención médica para los distintos grupos de población. Para algunos autores, el acceso puede perfeccionarse por medio de mejoras en las características de la población, o también, porque se optimiza el desempeño del sistema. Para otros, el acceso puede ser evaluado a través de indicadores de resultado, por el paso del individuo en el sistema.

La intención al proponer los indicadores arriba mencionados, es describir conceptualmente el proceso de búsqueda y obtención de la atención (acceso a la demanda efectiva), a la vez de tomar noción de la realidad de la misma, como también su evolución temporal. Teniendo en cuenta para ello que, antes de usar los servicios de salud se debe sentir la necesidad de atención, los servicios deben estar disponibles con una distancia razonable, ser aceptados, y tener la habilidad para obtener el servicio.

Si bien existen canales formales para coordinarse entre los diversos niveles de atención, estos pueden mostrarse escasos e ineficientes; o bien omitirse para aprovechar la comunicación, el análisis de situaciones problema, y la generación de situaciones consensuadas de cambio para la mejora del funcionamiento global de la red.

Sin embargo, más allá del nivel de gobierno que provea el bien o servicio de salud, es esencial la coordinación entre niveles para garantizar el impacto, la eficacia y la eficiencia de sus políticas públicas.

El análisis de la capacidad resolutive de los establecimientos de APS, desde una perspectiva cualitativa, podría demostrar también, resultados limitados, reducidos y empobrecidos en sus contenidos; brindando una atención restringida, de regular calidad, con un fuerte énfasis asistencial y curativo. Esto es explicado en parte por la lógica del modelo de financiamiento, la cual promueve la contabilización de actividades para obtener recursos; otro de los motivos es la orientación centrada en la producción, con mínimas referencias a productividad adecuada, sin orientación a resultados locales concretos. Todo ello determina la no entrega de elementos para desarrollar una capacidad resolutive de calidad, ni para comprobar si se están corrigiendo las brechas de inequidad, en la atención del sistema público de salud.

Se decide incorporar la producción del consultorio, por considerarse al mismo como la unidad edilicia de producción, y a partir del mismo, tomar conocimiento si se obtiene un nivel óptimo de producción, o si por el contrario se suboptimiza el mismo; permitiendo conocer su tasa de uso, y a partir de ello, establecer algunas correcciones si fuese necesario. En éste caso en particular, se decide considerar para el análisis al consultorio odontológico porque: no existen problemas para incorporar recurso humano (no siendo ésta arista un problema para la apertura de nuevas unidades), forman parte del equipo básico de salud de los CAFyS (encontrándose en casi la totalidad de ellos), el equipamiento necesario para montarlo es muy específico y de alto costo (exigiendo de una manera particular la disponibilidad de los recursos económicos), y por último, tiene la particularidad de que existe un hospital público específico dentro del distrito.



## Recursos Humanos

Fue descrito a modo de ejemplo en el cuerpo del trabajo.

## Infraestructura y Recursos Materiales

| Indicador   | Disponibilidad | Relevancia para el sistema | Simplicidad | Validez | Especificidad | Confiabilidad | Sensibilidad | Alcance | Total |
|---|----------------|----------------------------|-------------|---------|---------------|---------------|--------------|---------|-------|
| Proporción de CAFyS que poseen adaptaciones según la Ley Nº 24.314 (para discapacitados) en las áreas de circulación del público. | 1              | 1                          | 1           | 1       | 1             | 1             | 0            | 1       | 6     |
| Proporción de consultorios que poseen computadora para registro clínico.  | 1              | 1                          | 1           | 1       | 1             | 1             | 0            | 1       | 7     |
| Proporción de computadoras que tienen internet.   | 1              | 1                          | 0           | 1       | 1             | 0             | 1            | 1       | 6     |

Breve fundamentación de trascendencia para el sistema:

Es fundamentalmente adaptar la infraestructura a las necesidades de la población, realizando para ello las correcciones pertinentes. En éste caso se consideran los accesos a discapacitados, ya que ellos, representan de por sí uno de los grupos de mayor vulnerabilidad sanitaria; e independientemente de lo anterior, es planteado desde autoridades y organismos nacionales e internacionales, como una exigencia indispensable para la integración comunitaria.

Intentar pensar hoy, en un sistema sanitario sin una interconexión continua y ágil a partir de un soporte informático, es desaprovechar la gran posibilidad que confiere la tecnología para la integración de la información, y desde allí, el desarrollo de un sinnúmero de beneficios por todos conocidos. En el caso de la repartición en estudio, se está implementando en éste momento una compra importante de computadoras para los diferentes centros, entonces éste indicador, permite tomar noción como se van cumpliendo los diversos plazos y objetivos. También, se observa un problema puntual con la red de Internet, que se supone debiera integrar todo el sistema, pero lamentablemente en la práctica presenta algunos inconvenientes de suministro, considerando entonces prudente incluir este otro aspecto.

## Calidad

| Indicador  | Disponibilidad | Relevancia para el sistema | Simplicidad | Validez | Especificidad | Confiabilidad | Sensibilidad | Alcance | Total |
|--|----------------|----------------------------|-------------|---------|---------------|---------------|--------------|---------|-------|
| Porcentajes de embarazadas bajo programa.                              | 1              | 1                          | 0           | 1       | 1             | 1             | 0            | 1       | 6     |
| Porcentaje de embarazadas que realizaron 5 ó más controles.            | 1              | 1                          | 0           | 1       | 1             | 0             | 0            | 1       | 6     |
| Porcentaje de púerperas que asistieron al control.                     | 1              | 1                          | 1           | 1       | 1             | 1             | 0            | 1       | 7     |
| Porcentaje de niños con lactancia exclusiva hasta el 6º mes.           | 1              | 1                          | 1           | 1       | 0             | 1             | 1            | 1       | 7     |
| Porcentaje de niños bajo programa.                                     | 1              | 1                          | 0           | 1       | 1             | 0             | 1            | 1       | 6     |
| Porcentaje de niños con libreta con calendario de vacunación completo. | 1              | 1                          | 0           | 1       | 1             | 1             | 1            | 1       | 7     |
| Relación población potencialmente                                      | 1              | 1                          | 0           | 1       | 0             | 1             | 1            | 1       | 6     |

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nominable vs. población nominalizada (en Plan Nacer).   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Porcentaje de pacientes con DBT.  | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 6 |
| Porcentaje de DBT medicados.  | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 6 |
| Relación de pacientes bajo programa vs. pacientes que retira la medicación (acatamiento en PRODIABA). | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 |
| Padrón de discapacitados.   | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 7 |
| Porcentaje de PAP realizados en mujeres de 35 a 64 años.  | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 7 |
| Padrón de mujeres bajo programa en anticoncepción.  | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 7 |
| Porcentaje de pacientes mayores de 50 años con control anual.   | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 |

#### Breve fundamentación de trascendencia para el sistema:

El modelo de atención propuesto, promueve la reordenación de las acciones hacia un enfoque educativo, preventivo y promocional, promulgando el aporte de recursos a la APS; fortaleciéndola, aumentando la disminuida oferta de acciones preventivo-promocionales, modificando el objeto de los cuidados de salud desde el síntoma y/o enfermedad hacia el individuo y su contexto psicosocial.

Podría tal vez considerarse, que esto no ha sucedido aún en la proporción deseada, debido a que la demanda asistencial, todavía sigue copando la mayor parte de los limitados recursos entregados a los establecimientos de atención primaria, lo que evidentemente repercute en la calidad y en la real capacidad resolutoria de la atención de la salud.

La trascendencia mundial de la salud materno-infantil es por demás reconocida, pero en la localidad analizada representa uno de los mayores desafíos a mejorar, ya que las cifras de morbilidad se encuentran por arriba de la media general.

En cuanto a la inclusión del Plan Nacer como uno de los indicadores claves para la medición de desempeño de la salud en el municipio, su justificación y relevancia se encuentra argumentada por una doble vía, en primer lugar porque aborda tanto la mujer embarazada como los niños en sus primeros años; pero también porque provee de recursos económicos propios para toda la repartición.

Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen la primer causa de morbilidad mundial, encontrándose entre ellas a la diabetes (DBT); debiendo el "Estado" garantizar la cobertura médico-sanitaria a personas de bajos ingresos, sin cobertura de salud y/o con limitaciones de acceso geográficas. Dado que en los países de medianos y bajos ingresos, entre el 50% y el 90% de la población debe pagar por los medicamentos, la provisión gratuita de tratamientos farmacológicos para este tipo de enfermedades, constituye un aspecto clave de las políticas públicas.

La relevancia de la DBT se debe también, a su alta y creciente prevalencia y al elevado número de muertes prematuras que provoca. Imponiendo una elevada carga socioeconómica al sistema de salud, pues, a los importantes costos directos del tratamiento, se agregan elevadas erogaciones indirectas por la pérdida de capacidad para trabajar; y gastos intangibles asociados al dolor, estrés y discriminación laboral.

A su vez, los costos de cualquier prestación médica son mayores en pacientes diabéticos respecto de los no diabéticos, produciendo una exigencia al sistema en todos los niveles de los efectores sanitarios.

Cobra importancia evaluar estas políticas desde un enfoque de necesidad-demanda-oferta, dado que no siempre las necesidades estimadas de una población, coinciden con la demanda real de los fármacos bajo estudio. La demanda, estará estrictamente relacionada con los patrones de comportamiento del consumo de los bienes y servicios bajo análisis. Existen distintos factores por los que la demanda puede no coincidir con la necesidad, en particular, en la presencia de morbilidad no declarada o de enfermedad silenciosa.

### Financiamiento Interno

| Indicador   | Disponibilidad | Relevancia para el sistema | Simplicidad | Validez | Especificidad | Confiabilidad | Sensibilidad | Alcance | Total |
|---|----------------|----------------------------|-------------|---------|---------------|---------------|--------------|---------|-------|
| Proporción de aportes municipales vs. otros orígenes (Anexos II, coparticipación, programas y planes tanto nacionales como provinciales). | 1              | 1                          | 1           | 1       | 1             | 1             | 0            | 1       | 6     |
| Proporción de pacientes atendidos vs. generación de formularios de cobros.  | 1              | 1                          | 0           | 1       | 1             | 1             | 1            | 1       | 7     |
| Total de gasto devengado por número de consultas médicas.   | 1              | 1                          | 0           | 1       | 1             | 0             | 1            | 1       | 6     |

Breve fundamentación de trascendencia para el sistema:

Mantener un equilibrio financiero, es fundamental para la sustentabilidad y sostenibilidad de cualquier proyecto que se pretenda llevar a cabo, por eso, es necesario contar con una fuente dinámica y precisa de indicadores que muestren los posibles síntomas de desequilibrios prominentes.

La ecuación patrimonial básica indica, que una organización no puede gastar más de lo que recauda. Sin embargo, en términos agregados, existen áreas de gestión estatales que siempre son deficitarios debido a que la política social de redistribución del ingreso guía sus acciones, más, que el mantenimiento del equilibrio fiscal. Esto es factible, siempre y cuando el déficit sea compensado con el superávit proveniente de otras áreas de la gestión.

Para el análisis del equilibrio financiero se pueden analizar diferentes aspectos, en éste caso, lo que interesa monitorear en un principio es la facturación de lo producido; para luego, tomar una noción de los gastos.

### Gasto de Bolsillo y Mancomunamiento

| Indicador   | Disponibilidad | Relevancia para el sistema | Simplicidad | Validez | Especificidad | Confiabilidad | Sensibilidad | Alcance | Total |
|---|----------------|----------------------------|-------------|---------|---------------|---------------|--------------|---------|-------|
| Porcentaje de población que se atiende en el sistema público y que sufre gasto de bolsillo. | 1              | 1                          | 1           | 1       | 1             | 0             | 1            | 1       | 7     |
| Porcentaje de población que se  | 1              | 1                          | 0           | 1       | 1             | 0             | 1            | 1       | 6     |

|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| atiende en el sistema público y que sufre gasto superior al 40% de su ingreso mensual a causa de ello.                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Porcentaje de población que se atiende en el sistema público y que sufre gastos entre el 15 y 40% de su ingreso mensual a causa de ello. | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 |
| Porcentaje de población que se atiende en el sistema público y que posee alguna cobertura de salud sindical.                             | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 7 |
| Porcentaje de población que se atiende en el sistema público y que posee alguna cobertura de salud privada.                              | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 7 |

Breve fundamentación de trascendencia para el sistema:

La argumentación de su trascendencia ya ha sido explicitada en el resto del documento, y hace a uno de los pilares de análisis del presente.

### Gobernanza

| Indicador  | Disponibilidad | Relevancia para el sistema | Simplicidad | Validez | Especificidad | Confiabilidad | Sensibilidad | Alcance | Total |
|--|----------------|----------------------------|-------------|---------|---------------|---------------|--------------|---------|-------|
| El marco regulatorio es completo, pertinente y actualizado en el sector de servicios de salud.   | 1              | 1                          | 0           | 1       | 1             | 1             | 0            | 1       | 6     |
| Existen leyes que carecen de reglamentación en el ámbito sanitario, o en otros ámbitos, que influyan en el sector salud.   | 1              | 1                          | 0           | 1       | 1             | 0             | 0            | 1       | 6     |
| La Autoridad Sanitaria, elabora y actualiza con periodicidad la Política de Salud para el distrito.  | 1              | 1                          | 1           | 1       | 1             | 1             | 0            | 1       | 7     |
| La Secretaría de Salud define los actores y sus responsabilidades específicas para alcanzar los Objetivos Municipales de Salud.  | 1              | 1                          | 1           | 1       | 0             | 1             | 1            | 1       | 7     |
| La Autoridad Sanitaria, convoca con periodicidad a representantes de organizaciones comunitarias, al sector privado y a otros sectores del Estado, con el fin de planificar acciones, dirigidas al logro de las metas en materia de promoción de la salud. | 1              | 1                          | 0           | 1       | 1             | 0             | 1            | 1       | 6     |
| El Funcionario Sanitario, estimula y fomenta el desarrollo la participación de la sociedad civil, en la identificación de problemas, planificación e implementación de acciones en el campo de la salud.   | 1              | 1                          | 0           | 1       | 1             | 1             | 1            | 1       | 7     |
| Los diversos sectores involucrados, perciben que la autoridad sanitaria ejerce su función fiscalizadora con alto nivel de transparencia.   | 1              | 1                          | 0           | 1       | 0             | 1             | 1            | 1       | 6     |
| La Autoridad Sanitaria, estimula y fomenta la participación de la sociedad civil en la identificación de problemas, y la planificación e implementación de acciones en el campo de la salud. Formalización de la participación.                            | 1              | 1                          | 1           | 1       | 1             | 0             | 1            | 0       | 6     |
| Disposición de la Autoridad Sanitaria para solicitar aportes, de la sociedad civil y/o comunidad para la definición  | 1              | 1                          | 1           | 1       | 1             | 0             | 1            | 0       | 6     |

|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| de los Objetivos de Salud.   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| La Autoridad Sanitaria, ejerce la función regulatoria eficientemente en función de Recursos Humanos disponibles suficientes. | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 |
| Existen normas para la evaluación de las tecnologías en salud.   | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 7 |
| La Autoridad Sanitaria, construye coaliciones y alianzas en el proceso de conducción de la política de salud.                | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 7 |

Breve fundamentación de trascendencia para el sistema:

El concepto de gobernanza viene desde la administración pública, definiéndose la buena gobernanza como el trabajo conjunto entre los entes administrativos y todos los actores de interés relevantes (ciudadanos, ONG's, industria, etc.) para implementar reformas que mejoren las condiciones de vida de las personas.

La gobernanza es una competencia del Estado, y es ejercida en el sector salud por la secretaría de salud, quien desempeña el rol rector en el sistema. En la medida, en que la rectoría del sistema se ha definido como una cuidadosa y responsable administración del bienestar de la población, se acerca al concepto de una buena gobernanza.

Lograr una buena gobernanza implica mejorar el desempeño del sistema de salud, esto se logra a través del ejercicio eficiente, efectivo y eficaz del rol rector por parte de la secretaría de salud por medio del despliegue de cada una de sus dimensiones (conducción sectorial, regulación, modulación, garantía del aseguramiento, armonización de la provisión y ejercicio de las funciones esenciales de salud pública).

Un ejercicio adecuado de funciones elementales, equivale a una "buena gobernanza" en salud pública, y requiere de competencias por parte de la secretaría, para el desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de salud pública, el fortalecimiento de la capacidad institucional de reglamentación y fiscalización en materia de salud pública, y la participación de los ciudadanos en salud, así como, un adecuado manejo de las relaciones intersectoriales e internacionales.

En el desempeño de la función de rectoría la secretaría de salud debe dirigir o conducir a las personas, a los procesos y a los recursos, para lograr su objetivo de mejorar la salud de las poblaciones.

## AnexoIV. Metodológico.

### B. Servicios/ Calidad

#### **B<sub>1</sub> = Modelo de Atención**

### **B<sub>1.1</sub>. Medio de Solicitud de Turnos**

$$B_{1.1} = \frac{\text{Turnos Otorgados} \times TTT}{\text{Total de Turnos}}$$

### **B<sub>1.2</sub>. Concreción**

$$B_{1.2} = 1 - \frac{\text{Turnos Cancelados} + \text{Inasistencias}}{\text{Turnos Otorgados}}$$

### **B<sub>1.3</sub>. Demora**

$$B_{1.3} = \frac{\text{Demora} \times \text{cantidad Días}}{\text{Total Turnos Asignados}}$$

Se consideran para la estimación del numerador, los días transcurridos entre la adjudicación del turno y la concreción de la consulta.

### **B<sub>1.4</sub>. Tasa de consulta médica por cada habitantes**

$$B_{1.4} = \frac{\text{Consultas médicas actuales} / \text{habitante} / \text{año}}{\text{Consultas médicas óptimas} / \text{habitante} / \text{año}}$$

El promedio de consultas médicas por habitante por año es de 4.1 consulta; mientras que el óptimo planificado es de 8. Para la estimación de las consultas actuales anuales por habitante ( $C_a$ ), se aplicó la siguiente fórmula:

$$C_a = \frac{\text{Consultas médicas totales anuales}}{\text{Población sin cobertura}}$$

Donde el denominador se determina por la cantidad total de habitantes del partido sin ninguna cobertura de salud.

### **B<sub>1.5</sub>. Eficiencia**

$$B_{1.5} = \frac{\text{Pacientes Atend} / 1 \text{ Hora}}{\text{Óptimo Atención} / 1 \text{ Hora}}$$

El promedio de consultas médicas programadas por hora, en pacientes pediátricos es de 2,6; mientras que el óptimo planificado es de 4. Se excluyen los pacientes en sus primeras consultas, pues, en este caso los turnos se programan 3 por hora.

### **B<sub>1.6</sub>. Tasa de ocupación consultorio odontológico**

$$B_{1.6} = \frac{HsUsoConsOdont}{HsdeAtenciónCAFyS}$$

Cabe aclarar que, se eligió la especialidad odontología por las siguientes razones:

- Es una de las especialidades presente en casi todos los CAFyS.
- Está comprendida en lo que se denominó el Equipo Básico de Salud.
- Es representativa de infraestructura y equipamiento porque es aquella que necesita una mayor complejidad y costo en su proceso de instalación

### **B<sub>1.7</sub>. Resolutividad/ Derivación**

$$B_{1.7} = \frac{PacientesDerivados}{TotalPacientes}$$

### **B<sub>1.8</sub>. Actividad Intramuro**

$$B_{1.8} = \frac{HsActividadIntraMuro}{HsPlanificadasÓptimas}$$

### **B<sub>1.9</sub>. Actividad Extramuro**

$$B_{1.9} = \frac{HsActividadExtraMuro}{HsPlanificadasÓptimas}$$

## **B<sub>2</sub>= Recursos Humanos**

### **B<sub>2.1</sub>. Equipo básico**

$$B_{2.1} = \frac{CAFySconfaltadeMédicosGenerales}{TotalCAFyS}$$

### **B<sub>2.2</sub>. Especialista en Atención Primaria**

$$B_{2.2} = \frac{MedGeneralistas}{TotalMédicos}$$

### **B<sub>2.3</sub>. Falta de horas por cubrir**

$$B_{2.3} = \frac{HorasactualesdeMédicoGeneralista}{HorasÓptimasdeMédicoGeneralista}$$

En base a la matriz de personal de cada CAFyS, y teniendo en cuenta la distribución de los días del calendario, se calculó la cantidad real actual de las horas de atención en cada uno de los centros y la especialidad básica, en este caso se consideró el MG/ MF. Para la identificación de los CAFyS se les adjudicó un valor numérico.

|                 | <b>Disponibilidad Actual</b> |
|-----------------|------------------------------|
|                 | <b>Medicina General</b>      |
| <b>CAFyS 1</b>  | 12                           |
| <b>CAFyS 2</b>  | 24                           |
| <b>CAFyS 3</b>  | 0                            |
| <b>CAFyS 4</b>  | 24                           |
| <b>CAFyS 5</b>  | 74.5                         |
| <b>CAFyS 6</b>  | 24                           |
| <b>CAFyS 7</b>  | 74                           |
| <b>CAFyS 8</b>  | 12                           |
| <b>CAFyS 8</b>  | 0                            |
| <b>CAFyS 9</b>  | 0                            |
| <b>CAFyS 10</b> | 72                           |
| <b>CAFyS 11</b> | 96                           |
| <b>CAFyS 12</b> | 81                           |
| <b>CAFyS 13</b> | 0                            |
| <b>CAFyS 14</b> | 0                            |
| <b>CAFyS 15</b> | 144                          |

Por otro lado, el cálculo de las necesidades actuales se estimó en base a una combinación de datos provenientes de la gestión del Director de Medicina Asistencial, quien ante la pregunta de cuál/es cree que es/son actualmente los CAFyS que se asemejan al ideal de centro que la gestión eficiente pretende imponer en el municipio, respondió: CAFyS 5, CAFyS 6 y CAFyS 15. Teniendo en cuenta este dato, y corrigiéndolo en base a la información proveniente de la bibliografía actual sobre el tema, se concluyó en que

$$E_i = \frac{CB + CDT + CT}{3} + \mu_i$$

Donde

$E_i$  = Necesidades de la especialidad  $i$  cada mil habitantes (Medicina Asistencial, Odontología, Psicología, Trabajo Social, Promotor de Salud, Profesor de Actividad Física y Enfermería).

$CB$  = Hs/Semana por cada mil habitantes de la especialidad  $i$  en el CAFyS 5.

$CDT$  = Hs/Semana por cada mil habitantes de la especialidad  $i$  en el CAFyS 6.

$CT$  = Hs/Semana por cada mil habitantes de la especialidad  $i$  en el CAFyS 15.

$\mu_i$  = Corrección basada en la bibliografía para la especialidad  $i$ .

| $i$              | $E_i$ | $CB$ | $CDT$ | $CT$ | $\mu_i$ |
|------------------|-------|------|-------|------|---------|
| Medicina General | 3.00  | 2.06 | 2.06  | 3.57 | 0.44    |

Con los datos anteriores y sumando la información poblacional, se obtiene la siguiente matriz de necesidades actuales de horas profesionales en cada CAFyS



|          | Necesidades |               |                  |
|----------|-------------|---------------|------------------|
|          | Habitantes  | Grupos de mil | Medicina General |
| CAFyS 1  | 35000       | 35            | 105              |
| CAFyS 2  | 15000       | 15            | 45               |
| CAFyS 3  | 15000       | 15            | 45               |
| CAFyS 4  | 5857        | 6             | 18               |
| CAFyS 5  | 36168       | 36            | 109              |
| CAFyS 6  | 34697       | 35            | 104              |
| CAFyS 7  | 25245       | 25            | 76               |
| CAFyS 8  | 24000       | 24            | 72               |
| CAFyS 8  | 16283       | 16            | 49               |
| CAFyS 9  | 25000       | 25            | 75               |
| CAFyS 10 | 19000       | 19            | 57               |
| CAFyS 11 | 17017       | 17            | 51               |
| CAFyS 12 | 24493       | 24            | 73               |
| CAFyS 13 | 14000       | 14            | 42               |
| CAFyS 14 | 21392       | 21            | 64               |
| CAFyS 15 | 40345       | 40            | 121              |

Si se aplica la sumatoria de todas las horas de falta de la especialidad médica en estudio, y se la divide por la cantidad de centros, nos da el valor final de cantidad promedio de horas faltantes por cubrir.

#### B<sub>2-4</sub>. Estabilidad Laboral

$$B_{2-4} = \frac{\text{Personal Permanente}}{\text{Total Personal}}$$

Se entiende que dentro del personal que NO es permanente, se encuentran comprendidos los becarios, los contratados y los de planta transitoria.

#### B<sub>2-5</sub>. Capacitación

$$B_{2-5} = \frac{\text{HsCapacitación}}{\text{HsÓptimasCapacitación}}$$

### B<sub>3</sub>= Infraestructura y Recursos Materiales

#### B<sub>3-1</sub>. Acceso para discapacitados

$$B_{3-1} = \sum \frac{E_j}{n}$$

$n$  = cantidad total de CAFyS

$E_j$  = es el índice de acceso a discapacidad del CAFyS<sub>j</sub>; determinado por la siguiente fórmula:

$$E_j = \frac{\sum_{i=1}^5 d_i}{5}$$

El cual se completa con los próximos datos.

|       | ¿Cumple con el mínimo exigido por la Ley N° 24.314?  | SÍ | NO |
|-------|--|----|----|
| $d_1$ | Estacionamiento reservado y señalizado               | 1  | 0  |
| $d_2$ | Rampa y escaleras con pasamanos                      | 1  | 0  |
| $d_3$ | Puertas con anchos para sillas de ruedas             | 1  | 0  |
| $d_4$ | Servicios sanitarios con inodoros y lavatorios aptos | 1  | 0  |
| $d_5$ | Vados y rebajes del cordón                           | 1  | 0  |

### **B<sub>3-2</sub>. Informatización**

$$B_{3-2} = \frac{\text{Consultorios Con PC y Red}}{\text{Total Consultorios}}$$

### **B<sub>3-3</sub>. Informatización**

$$B_{3-3} = \frac{\text{Computadoras Con Internet}}{\text{Total Computadoras}}$$

## **B<sub>4</sub> = Calidad**

### **B<sub>4-1</sub>. Plan Nacer. Nominalización.**

$$B_{4-1} = \frac{\text{Inscriptos Plan Nacer}}{\text{Población Objetivo P. Nacer}}$$

Para determinar la población objetivo se utiliza la siguiente estimación:

$$\text{Población Objetivo Plan Nacer} = (\text{Niños de 0 a 6 años} + EP) \cdot PSC$$

*EP* = promedio anual embarazadas y púerperas.

*PSC* = porcentaje de población sin cobertura.

### **B<sub>4-2</sub>. PRODIABA. Acatamiento.**

$$B_{4-2} = \frac{\text{Retiro Medicación}}{\text{Pacientes Bajo Programa}}$$

### **B<sub>4-3</sub>. Porcentaje de embarazada bajo programa**

$$B_{4-3} = \frac{\text{Embarazadas bajo programa}}{\text{Total embarazadas}}$$

**B<sub>4-4</sub>. Porcentaje de embarazada que realizaron controles**

$$B_{4-4} = \frac{\text{Embarazada con } \geq 5 \text{ controles}}{\text{Embarazadas bajo programa}}$$

**B<sub>4-5</sub>. Porcentaje de puérperas que asistieron a control**

$$B_{4-5} = \frac{\text{Puérperas con control}}{\text{Total puérperas}}$$

**B<sub>4-6</sub>. Planificación del Riesgo**

$$B_{4-6} = \frac{1}{9} \cdot (r_1 + r_2 + r_3 + r_4 + r_5 + r_6 + r_7 + r_8 + r_9) = \frac{1}{9} \cdot \sum_{k=1}^9 r_k$$

Donde  $r_k$  es una variable dicotómica, que toma valor 1 (uno) si la respuesta es  SÍ y valor 0 (cero) si la misma es  NO.

|  |    |    |
|--|----|----|
| $r_k = \text{¿Conoce...?}$   | SÍ | NO |
| ...de las embarazadas y puérperas...                                       |    |    |
| ...de los RN y población pediátrica...                                     |    |    |
| $r_1 = \text{¿...% anual con lactancia exclusiva de menos de 6 meses?}$    |    | 0  |
| $r_2 = \text{¿...% bajo Programa?}$  | 1  |    |
| $r_3 = \text{¿...% con calendario de vacunación completo?}$                | 1  |    |
| ...de los discapacitados o enfermos crónicos...                            |    |    |
| $r_4 = \text{¿...% de pacientes con DBT?}$                                 |    | 0  |
| $r_5 = \text{¿...% de pacientes con DBT medicados?}$                       | 1  |    |
| $r_6 = \text{¿...Padrón de discapacitados?}$                               | 1  |    |
| ...de la población adulta...   |    |    |
| $r_7 = \text{¿...% de PAP realizados en mujeres de 35-64 años del total?}$ | 1  |    |
| $r_8 = \text{¿...Padrón de mujeres bajo Programa de Anticonceptivos?}$     |    | 0  |
| $r_9 = \text{¿...% población >50 años con control anual?}$                 |    | 0  |

**B<sub>5</sub>. Financiamiento Interno**

### B<sub>5-1</sub>. Origen de los recursos

$$B_{5-1} = \frac{\gamma_1 \cdot M_t + \gamma_2 \cdot A_t + \gamma_3 \cdot C_t + \gamma_4 \cdot PP_t}{GTS_t}$$

Donde:

$$\gamma_1 + \gamma_2 + \gamma_3 + \gamma_4 = 1$$

$\gamma_1; \gamma_2; \gamma_3; \gamma_4$  Ponderación que se le otorga a la participación en el gasto total en salud (GTS) a los fondos de origen Municipal (M), Anexos II(A), Coparticipación(C), y Programas y Planes (PP) tanto nacionales como provinciales respectivamente, en el momento  $t$ . Para la estimación del aporte de los fondos municipales se precisó el gasto total en salud del presupuesto 2012; con el gasto desde los fondos municipales para ese mismo período.

Cada ponderación dependerá de las decisiones de política actuales, lo que hará tender a uno, si los resultados implican el cumplimiento de los objetivos.

### B<sub>5-2</sub>. Nivel de facturación

$$B_{5-2} = \frac{\text{Totalfacturado}}{\text{Totalfacturable}}$$

Para definir la Proporción de pacientes atendidos con la generación de formularios de cobro del año 2012, se consideraron consultas generadas solo en los CAFyS y en los efectores del primer nivel de atención, incluyendo a las consultas médicas, paramédicas y odontológicas; no considerando todo lo perteneciente a prácticas en cualquier efector, como tampoco a las consultas hospitalarias, tanto con financiamiento estatal como privado.

### B<sub>5-3</sub>. Eficiencia en el Gasto

#### Variación Real del Gasto de la Consulta

$$B_{5-3} = \frac{\text{CostoConsulta}_t}{\text{CostoConsulta}_{t-1}} - IPC_t$$

Nótese que para determinar el indicador de la “Eficiencia del Gasto”, es necesario establecer en un primer paso, el Costo de la Consulta, tanto en el momento actual como en el período anterior. Como así también el Índice de Precios al Consumo (para traer a precios de hoy, los gastos incurridos en períodos anteriores).

Se define, a su vez, el Costo de Consulta como igual a  $\frac{\text{Total del Gasto}}{\text{Total de Consultas}}$ , el mismo puede discriminarse según período, CAFyS, y luego sacar totales generales. Se obtuvo relacionando el gasto total en salud del presupuesto con la cantidad de consultas (de idénticas características que el indicador precedente), en el año 2012.

### C. Protección Financiera

*Un Gasto de Bolsillo en Salud se considera catastrófico, si el porcentaje que el mismo representa sobre la capacidad de pago, es mayor a un cierto umbral. Formalmente:*

$$GC_i = 1 \left[ \frac{\text{Gasto Bolsillo}}{\text{Capacidad de Pago}} \geq k \right]$$

En el caso puntual analizado, el gasto catastrófico se va a considerar como aquel que supera al 40% del Salario Mínimo Vital y Móvil ( $\bar{w}$ ), tomando a este valor como el umbral sobre el cual debe analizarse el consumo de cualquier bien y servicio de nuestro país.

Por lo que el indicador nos quedará en este caso,

$$GC_i = 1 \left[ \frac{\text{Gasto Bolsillo}}{\text{Capacidad de Pago}} \geq 0,40 \cdot \bar{w} \right]$$

Si consideramos que en el año 2013 el  $\bar{w} = \$3.600$

Entonces, en Argentina, existe un Gasto Catastrófico en Salud, si la proporción de gasto de bolsillo en salud sobre la capacidad de pago, supera a \$ 1.440 mensual.

El indicador de Gasto Catastrófico, se propone medir la severidad con que los gastos privados en salud impactan sobre el margen de gasto que sobrevive luego de realizar los pagos necesarios para la subsistencia.

*Un Gasto de Bolsillo en Salud se considera empobrecedor, si el porcentaje que el mismo representa sobre la capacidad de pago, se encuentra en determinado rango. Formalmente:*

$$GE_i = 1 \left[ k < \frac{\text{Gasto Bolsillo}}{\text{Capacidad de Pago}} < k \right]$$

En el caso puntual analizado, el gasto catastrófico se va a considerar como aquel que supera al 40% del Salario Mínimo Vital y Móvil ( $\bar{w}$ ), tomando a este valor como el umbral sobre el cual debe analizarse el consumo de cualquier bien y servicio de nuestro país.

Por lo que el indicador nos quedará en este caso,

$$GE_i = 1 \left[ 0,15 \cdot \bar{w} < \frac{\text{Gasto Bolsillo}}{\text{Capacidad de Pago}} < 0,40 \cdot \bar{w} \right]$$

Si consideramos que en el año 2013 el  $\bar{w} = \$3.600$

Entonces, en Argentina, existe un Gasto Empobrecedor en Salud, si la proporción de gasto de bolsillo en salud sobre la capacidad de pago, se encuentra entre \$540 a \$1.440 mensual.

Un Gasto en Salud se considera Empobrecedor, cuando el mismo supera al 15% sin llegar a superar el 40%; dado que si supera éste umbral se considera catastrófico.

Los indicadores precedentes son de producción personal, basados en información pertinente de la OMS (Xu, Ke 2005) , pero adaptados a la realidad nacional y local.

## D. Gobernanza

### D. Rectoría sobre el área de acción

Donde  $D_k$  es una variable dicotómica, que ante la pregunta reconoce si...?; toma valor 100% (cien) si la respuesta es **SÍ**, y valor 0% (cero) si la misma es **NO**.

| $D_k$ = ¿Reconoce si...?  | SÍ  | NO |
|---|-----|----|
| $D_{1-1}$ .= Existen normas municipales que consideren garantías a algún aspecto de la salud.   | 100 | 0  |
| $D_{1-2}$ .= Existen leyes que carecen de reglamentación en el ámbito sanitario, o en otros ámbitos, que influyan en el sector salud.   | 100 | 0  |
| $D_{2-1}$ .= Las Autoridades Sanitarias, elaboran y actualizan con periodicidad la Política de Salud para el distrito.  | 100 | 0  |
| $D_{2-2}$ .= La Secretaría de Salud, define los actores y sus responsabilidades específicas para alcanzar los Objetivos Municipales de Salud.   | 100 | 0  |
| $D_{3-1}$ .= La Autoridad Sanitaria, convoca con periodicidad a representantes de organizaciones comunitarias, al sector privado y a otros sectores del Estado, con el fin de planificar acciones, dirigidas al logro de las metas en materia de promoción de la salud. | 100 | 0  |
| $D_{4-1}$ .= Los diversos sectores involucrados, perciben que la autoridad sanitaria ejerce su función fiscalizadora con alto nivel de transparencia.   | 100 | 0  |
| $D_{5-1}$ .= La Autoridad Sanitaria, estimula y fomenta la participación de la sociedad civil en la identificación de problemas, y la planificación e implementación de acciones en el campo de la salud.   | 100 | 0  |
| $D_{5-2}$ .= La Autoridad Sanitaria, Concreta aportes desde la sociedad civil y/o comunidad, para la definición de los Objetivos de Salud.  | 100 | 0  |
| $D_{6-1}$ .= La Autoridad Sanitaria, ejerce la función regulatoria eficientemente en función de Recursos Humanos disponibles suficientes.   | 100 | 0  |
| $D_{6-2}$ .= Existen normas para la evaluación de las tecnologías en salud.   | 100 | 0  |
| $D_{7-1}$ .= La Autoridad Sanitaria, construye coaliciones y alianzas en el proceso de conducción de la política de salud.  | 100 | 0  |

|  |     |   |
|--|-----|---|
| D <sub>7.2</sub> = La Autoridad Sanitaria, cuenta con una definición formal de su visión y misión. | 100 | 0 |
|--|-----|---|