



**PROGRAMA DE SALUD
PARA LA PROVINCIA
DE BUENOS AIRES**

Documento de Trabajo N° 25
Noviembre de 2006

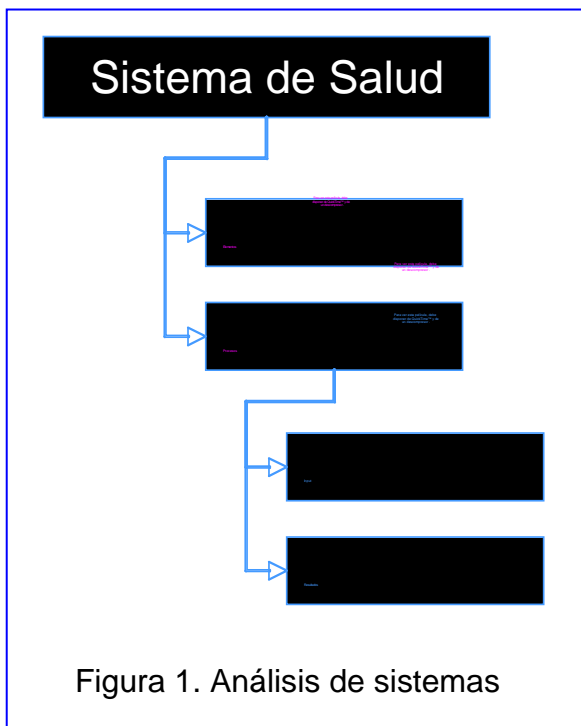
Autoridades de Fundación para el Cambio

Presidente	<i>Carlos Melconian</i>
Vicepresidente	<i>Rodolfo Santangelo</i>
Secretario	<i>Claudio Mauro</i>
Tesorera	<i>Verónica Sánchez Quintana</i>
Director Ejecutivo	<i>Edgardo Cenzon</i>

a) Situación del sistema de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Todas las acciones médicas que se puedan llevar adelante en Argentina se inscriben dentro del sistema de salud con diferentes jerarquías. Dentro de este digamos, sistema de salud argentino hay un sub-sistema que se caracteriza por representar un tercio del mismo y estar confinado a una pequeña porción del territorio nacional; esto es, el Gran Buenos Aires. En esta zona se ubica, y por extensión en el resto de la provincia, la abrumadora mayoría del sistema de salud argentino.

Quienes analizan los sistemas han desarrollado una metodología para racionalizar una realidad que en sí está caracterizada por una complejidad formidable. En este sentido se denomina sistema a la realidad caracterizada por varios elementos que interactúan entre sí con diferentes acciones, tendientes a generar una serie de procesos que, a partir de determinadas situaciones dadas termina en resultados específicos esperables (Figura 1). Los analistas separan los sistemas en elementos y procesos, y a estos últimos en entradas y resultados.



En el presente artículo describiremos la situación actual del sistema de salud de la Provincia de Buenos Aires, haciendo especial énfasis en el estado de los elementos que la componen, y de algunos de los procesos que el sistema realiza.

Elementos del sistema de salud de la Provincia de Buenos Aires

Los tres elementos fundamentales del sistema de salud de la Provincia de Buenos Aires son personas, separables en recurso humano y usuarios o beneficiarios del sistema, infraestructura, y financiamiento. Los tres elementos en concierto llevan adelante el proceso elemental del sistema que es reducir la enfermedad actual o posible y aumentar los niveles de salud de su gente.

La Provincia de Buenos Aires nuclea a 13.827.203 personas de acuerdo al censo 2001; esto significa que de cada tres argentinos uno es bonaerense. Además, de cada tres argentinos que nacen, uno lo hace en territorio de la

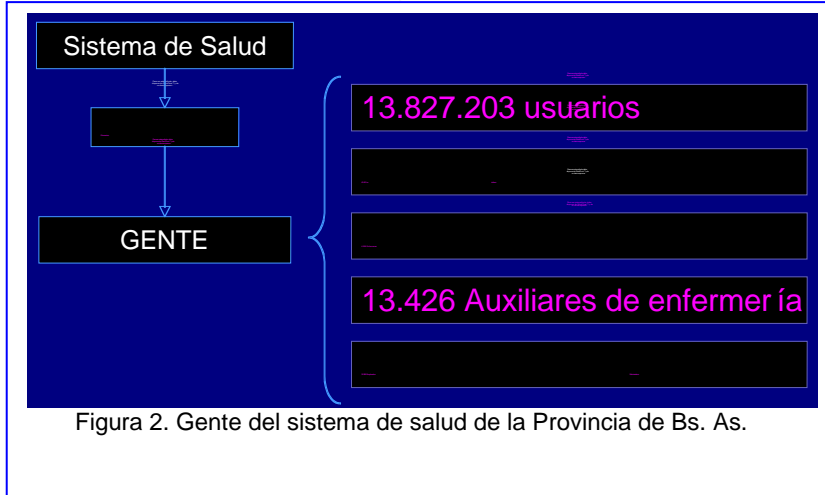


Figura 2. Gente del sistema de salud de la Provincia de Bs. As.

Provincia de Buenos Aires. Evidentemente todos ellos constituyen la demanda potencial sobre el sistema. Para hacer frente a dicha demanda la provincia cuenta con 42.415 médicos, 4.568 enfermeras profesionales, y 13.426 auxiliares de enfermería (Figura 2).

Estos son, a la fecha, los datos más actualizados a que se tiene acceso, y permiten desde ya realizar algunas observaciones.

En primer lugar, es impresionante la concentración del problema de salud en una porción minoritaria del territorio nacional, especialmente en los 24 partidos del Gran Buenos Aires. Esta enorme masa de población sufre predominantemente

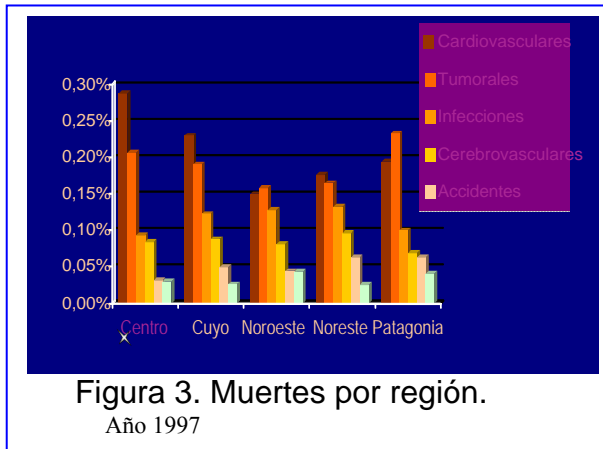


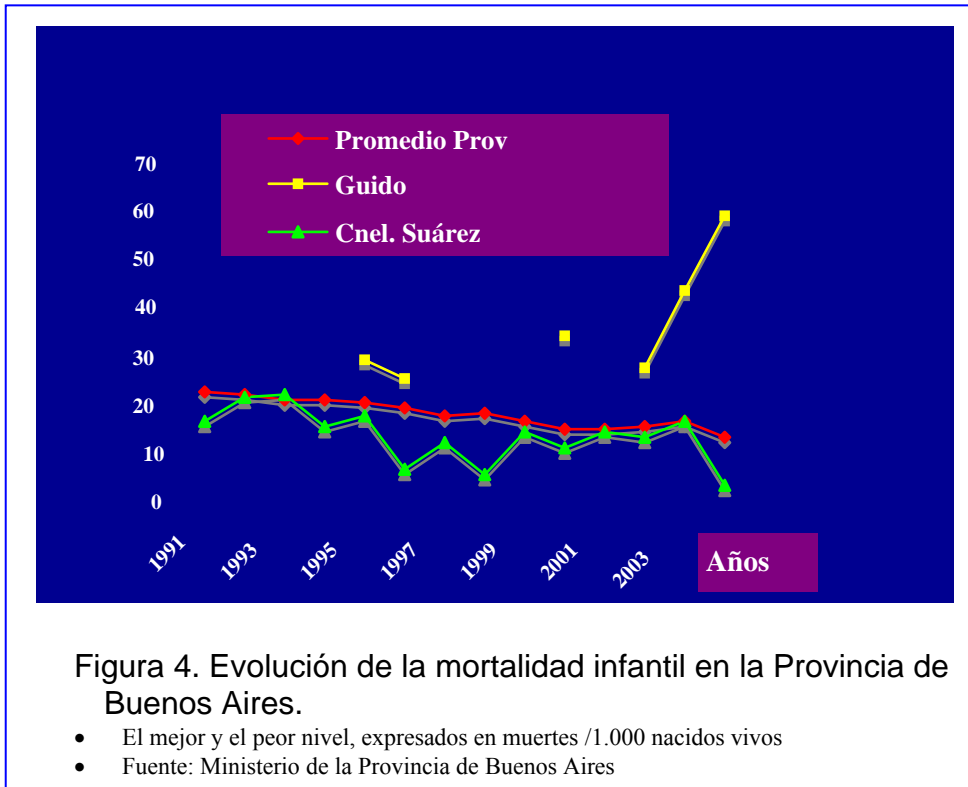
Figura 3. Muertes por región. Año 1997

de enfermedades cardiovasculares; uno de cada tres bonaerenses muere de un infarto, y entre los restantes la muerte más probable será debida a accidente cerebro-vascular o cáncer (Figura 3), como se desprende del análisis de las causas de muerte por región en nuestro país. Esto significa que las enfermedades que más impactan en la población provincial son las mismas que lo hacen en las naciones económicamente desarrolladas; no se trata de un

problema donde predominan las enfermedades contagiosas y las relacionadas a embarazos mal controlados y partos atendidos en condiciones de precariedad, sino que predominan las enfermedades debidas a aterosclerosis y los tumores.

La provincia poseía una mortalidad infantil de 13 por mil en el año 2004 de acuerdo a los datos reportados por el INDEC, nivel algo mejor que el promedio nacional, pero a expensas de una asimetría enorme entre los diferentes partidos bonaerenses. Existen localidades como Lobería donde la mortalidad infantil creció a niveles similares a los de las naciones más pobres de África, y otras como Coronel Suarez donde la evolución fue hacia valores similares a los de Francia (Figura 4). No puede dejar de mencionarse una duda razonable respecto de la

exactitud de los datos, referida por la mayoría de los organismos internacionales que estudian el tema. No obstante es claro que la asimetría en cuanto al parámetro más sensible para medir la situación de salud de la población, cual es la mortalidad infantil, existe y es significativa.



En segundo lugar es atinado analizar de manera pormenorizada la situación del recurso humano (Tabla 1). Como primera observación, no cabe ninguna duda de que en la Provincia de Buenos Aires sobran dos de cada tres médicos. La Organización Mundial de la Salud recomienda 1 médico cada 1.000 habitantes y en la provincia hay más de tres. El aumento del número de facultativos posee tres

Región	Médicos		Enfermeras	
	N	N/1000 Hab.	N	N/1000 Hab.
Argentina	108.000	3,01 (1998)	29.000	0,8
Pcia. Bs. As.	42.415	3,06 (2005)	4.568	0,33
Chile	17.250	1,09 (1,09)	10.000	0,63
Francia	203.487	3,37 (2004)	437.525	7,24

efectos deletéreos sobre el servicio de salud que presta el sistema. En primer lugar deteriora el mercado profesional con un exceso de oferta. En segundo lugar, probablemente se

deteriore la calidad de la atención dado que se genera una diversificación ficticia de la práctica, con excesiva idiosincrasia y especialidades espurias. Por último, ha quedado demostrado que más médicos significa más gasto en salud. De hecho de cada tres pesos que se gastan en salud, uno va a parar al médico. Relación lineal: gasto en salud (%PBI) y número de médicos, y esto no se asocia a una esperanza de vida más larga.

Por otro lado faltan casi veinte veces más enfermeras de las actuales. Incluso si se suman los auxiliares de enfermería, aun así se está varias veces por debajo de lo que se necesita de acuerdo a estándares internacionales. El déficit de enfermería obedece a muchas causas y representa por otro lado una tendencia mundial. Sin embargo en nuestro país la falencia es muy importante, y totalmente desconectada de la superpoblación médica que ocurre simultáneamente. A modo de ejemplo basta realizar una sencilla cuenta: en la Provincia de Buenos Aires hay, según los datos de la OPS y el ministerio, 17.994 enfermeras contando entre profesionales y auxiliares; esta cantidad debe ser dividida por tres ya que cumplen turnos de 8 horas, lo que nos da una idea de la cantidad de enfermeras que hay en cualquier momento del día; esto es, 5.998. Pero a su vez, siendo conservador, a este número habría que restarle un 30% para cubrir fines de semana, feriados y vacaciones, y (nuevamente siendo muy conservadores), un 10% adicional por licencia por enfermedad y maternidad y otras. En resumen nos quedan diariamente 3.779 enfermeras en toda la provincia para ser distribuidas entre las 46.379 camas de internación, suponiendo que estas se encuentren todas habilitadas; la cuenta hace un total de 12,3 camas para cada enfermera. Si se supone una ocupación del 70% la cuenta se reduce a una enfermera cada 8 camas en promedio. Aquí hay que repartir entre camas de terapia intensiva y neonatología, y vemos que la imagen es muy parecida a la que habitualmente encontramos en nuestros hospitales: “una enfermera para toda la sala”.

Infraestructura del sistema de salud de la Provincia de Buenos Aires

En la Provincia de Buenos Aires para el año 2004 se contaba con 725 establecimientos con internación, los cuales suman 46.379 camas, y 1.676 establecimientos sin internación. Estos números aislados podrían no ser sugerentes de nada, pero la realidad aflora cuando se compara con otras regiones. Argentina en su totalidad cuenta con 41 camas de internación por cada 10.000 habitantes, mientras que la Provincia posee sólo 33 y Francia, por ejemplo, 76. Esto significa que para tener tantas camas como un país europeo modelo, en principio se debería duplicar su número actual. La magnitud de la obra por delante se hace más visible si se considera que un gran hospital, raramente llega a 1.000 camas; además, el 40% de las camas de la provincia pertenecen al sector privado, duramente castigado y desfinanciado. Muchos analistas coinciden a su vez en que el estado actual de la infraestructura médica de la provincia es malo, y se

caracterizaría por retraso tecnológico, descuido, sub-abastecimiento, y deficiencias edilicias.

Un buen juez de la situación infraestructural del sistema médico de la provincia lo constituye la misma gente. Recientemente una investigación llevada a cabo por la BBC mostró que en los últimos diez años el número de consultas a las guardias de los 33 hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires creció un 77%. Tal es el caso de la guardia del Hospital Argerich, la más concurrida de la ciudad. Cada día el Servicio de Emergencia de este hospital público recibe unas 1.500 consultas, que deben ser atendidas por un plantel de sólo 70 médicos. Las estadísticas muestran que un 48% de las visitas a la guardia del Hospital Argerich son de habitantes del Gran Buenos Aires que, en muchos casos, recorren largas distancias para atenderse en los hospitales públicos capitalinos, como comprobó la propia BBC en un breve recorrido. En el artículo se rescatan los comentarios de una tal Gabriela, una joven de la localidad de Berazategui que esperaba en la guardia del Hospital Argerich, y dijo: "vengo desde lejos porque este es un buen hospital. Los hospitales de las afueras está más pobres, no atienden tan bien como en la Capital". En la misma nota Teresa, una señora que padece de una hernia, explicó: "vengo desde San Francisco Solano. Hasta aquí tengo una hora y media de viaje, salí de mi casa a las cuatro de la mañana, pero prefiero venir hasta acá toda la vida porque hay mejor atención." "Acá me siento más tranquila. En Solano no hay buena atención, te atienden así nomás y te mandan a tu casa. No hay camas..."

Financiamiento

El problema más grande del sistema en lo que a financiamiento se refiere es que la mitad del gasto es cubierto de manera privada, es plata que sale directamente del bolsillo del ciudadano, y esto en una situación social con altísimos niveles de pobreza y desempleo. El resultado es que tiene cobertura aquél con mejor nivel socio-económico, y el pobre, que no puede sacar dinero para financiar el cuidado de su salud, además no posee cobertura. Casi la mitad de los habitantes de la Provincia (44%) no cuenta con ningún tipo de cobertura de salud de obras sociales (incluyendo PAMI), planes de emergencia, mutuales ni prepagas, lo que muestra la fuerte presión de demanda existente sobre el sistema público, sobre todo si se considera que ocho de cada diez pobres (78,9%) sólo cuenta con el sistema público de salud. El problema es grave particularmente entre los niños, donde uno de cada dos (49%) de entre los que cuentan menos de 4 años y que viven en la Provincia no cuenta con ningún tipo de cobertura de salud de obras sociales, planes de emergencia, mutuales ni prepagas. La mitad (53,3%) de los adolescentes que viven en la Provincia no cuenta con ningún tipo de cobertura de salud de obras sociales (incluye PAMI), planes de emergencia, mutuales ni prepagas, y este porcentaje asciende al 74,2% entre los pobres.

Los mayores son otro grupo especialmente vulnerable. El 17,6% de los varones de 64 años y el 19% de las mujeres de 60 y más años no tiene ningún tipo de cobertura de salud más que la asistencia hospitalaria pública, tasa que se duplica si se considera las poblaciones más carenciadas. En el caso de los mayores por debajo de la línea de la pobreza estos porcentajes superan el 53% y 56% respectivamente.

Esta enorme masa de problemas debe ser afrontada, por otro lado, con escasos recursos económicos. Actualmente la Argentina gasta, según el Banco Mundial, U\$S 305 por habitante y por año, y en la Provincia de Buenos Aires podría ser incluso algo menor. Para tener un parámetro de comparación, Francia gasta U\$S 2.981 por habitante por año en salud, de los cuales sólo el 24% es privado (Figura 5).

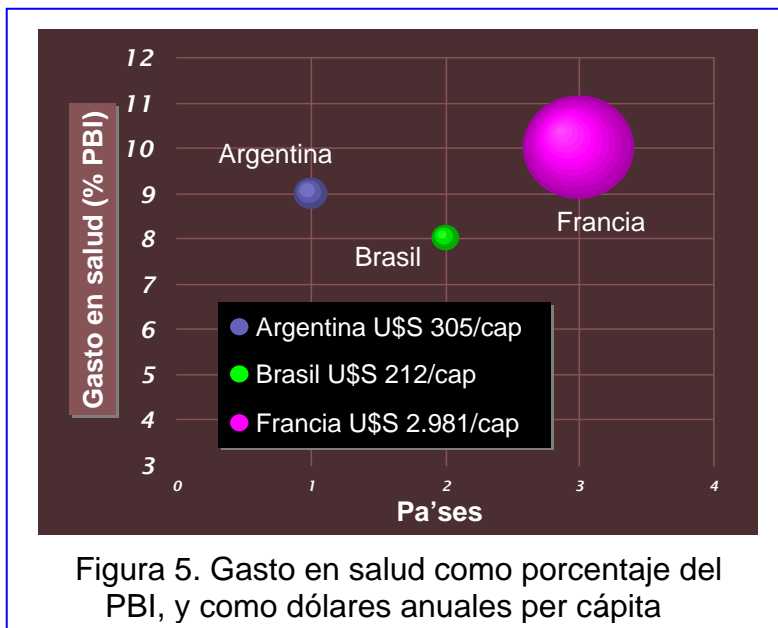


Figura 5. Gasto en salud como porcentaje del PIB, y como dólares anuales per cápita

Conclusión

El sistema, a pesar de sus problemas, ha sabido dar un nivel aceptable a la población, aunque se podría argumentar en contra de esto que los logros son extremadamente asimétricos, los datos son la mayoría de las veces poco confiables, y muchas veces los promedios aplicados a poblaciones tan grandes encierran debajo grandes disparidades camufladas por el efecto ecológico propio de todas las medidas de resumen. A modo de ejemplo se puede ver el caso de la mortalidad infantil, donde el promedio provincial (2004) es 13 ‰, pero asciende, en la peor situación (General Guido), a 58,8 ‰, y desciende, en la mejor situación (Cnel Suárez), a un sorprendente 3,5 ‰. Igual ocurre con la mortalidad materna; el promedio provincial (2004) es 0,26 ‰ nacidos vivos, la peor situación (Lobería)

tiene una mortalidad materna de 3,55 ‰ nacidos vivos, y la mejor situación sería Florencio Varela, con 0,12 ‰ nv.

Para completar el cuadro vale la pena una pequeña mención a las posibilidades del presupuesto provincial. La verdad es que el mismo, que ronda los \$1.600 millones (pesos argentinos), se utiliza en un 99,5% para pagar sueldos y gastos corrientes, quedando tan sólo un 0,5%, es decir unos \$8 millones para inversión; con esto se debería mejorar la infraestructura, e innovar, en un sector público que de facto atiende casi el 80% de la demanda de la mitad de su población, la cual es además, la porción más pobre de la misma.

b) Propuesta para el sector Salud de la Provincia de Buenos Aires

El principal inconveniente de la salud en la Provincia de Buenos Aires es la falta de una visión, de un escenario futuro deseable y posible hacia el cual el sistema se oriente.

En consecuencia, el sistema de salud actúa de manera reactiva frente a los indicadores y a los problemas que surgen, sin un objetivo integrado a una visión general, consensuada, y con fundamentos en las evidencias científicas y los datos de la realidad social.

El centro de esta propuesta será una metodología para desarrollar un escenario futuro posible, consensuado, que oriente las acciones del sistema. El sistema de salud de la provincia de Buenos Aires necesita primero que nada, un horizonte claro, que oriente todas las políticas a implementarse. La generación de dicho escenario se basa en tres pilares: el desarrollo de una **visión** conjunta respecto del sistema de salud que efectivamente la población toda (beneficiarios y efectores) desea, el análisis detallado de las **tendencias** nacionales e internacionales que afectarán al funcionamiento del sistema, y el inventario de los **recursos** reales con que se cuenta. Tanto la visión como las tendencias y los recursos deben ser inscriptos en un movimiento dinámico hacia el futuro, para dar consistencia a la planificación del mañana buscado (**Figura 1**).

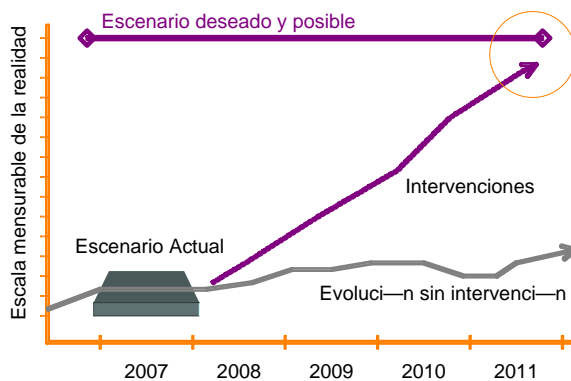


Figura 1. Planteo general de la metodología

Nuestra propuesta consistirá de cinco partes: **Primero**, la descripción del escenario normativo al cual nos queremos aproximar. **Segundo**, la descripción de la situación actual y sus proyecciones; intentaremos describir el escenario esperable de continuar el curso actual del sistema de salud. Se detectarán las cuatro dimensiones que el sistema de Salud posee para su análisis (Recurso humano, beneficiarios, financiamiento,

infraestructura). **Tercero**, estimaremos la distancia entre ambos futuros, el que se desprende de la proyección de las tendencias actuales, y el objetivo propuesto como el ideal. **Cuarto**, expondremos los valores que gobiernan nuestra propuesta. **Quinto**, desarrollaremos la estrategia para aproximar lo más posible ambos escenarios (probable y deseable), reduciendo nuestras expectativas hacia lo factible; la propuesta consistirá entonces en la mejor intervención posible sobre el escenario dado, a los efectos de acercarlo hacia nuestras aspiraciones como sociedad.

A – Descripción del Escenario de Salud deseable para la Provincia de Buenos Aires

La idea es generar un escenario para el sistema de salud de la Provincia de Buenos Aires hacia el cual se desea llegar. Este futuro será una realidad consensuada, y posible, no un emergente de la imaginación. La construcción de un futuro deseable y normativo es un proceso complejo que consta de valores y deseos de todos los actores.

Metodología:

Para el diseño del escenario normativo nos basaremos en lo expresado por expertos y por otros actores involucrados en el sistema. Las opiniones de algunos actores son desconocidas, e investigarlas será parte fundamental del desarrollo de esta metodología. Para la generación de manera “provisoria” de este escenario normativo, utilizaremos las siguientes fuentes de información:

- 1 – Los objetivos para el nuevo milenio de las Naciones Unidas (UN Millenium Development Goals - 2015).
- 2 – Opinión de los actores del sector salud.
- 3 – Visión de la población respecto del sistema de salud deseado para el año 2015
- 4 – Imperativo médico

Resultados:

La información disponible hasta el momento nos permite definir los siguientes lineamientos generales para el Escenario Normativo del Sistema de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

1 - Los objetivos para el nuevo milenio de las Naciones Unidas (UN Millenium Development Goals - 2015) en relación con la salud son:

1. Reducir en $\frac{2}{3}$ la tasa de mortalidad en niños debajo de 5 años.
2. Reducir en $\frac{3}{4}$ la tasa de mortalidad materna.
3. Detener y comenzar a revertir la incidencia de infección por HIV y otras enfermedades serias.
4. En cooperación con la industria farmacéutica proveer acceso universal a drogas esenciales.
5. En cooperación con el sector privado, hacer accesibles los beneficios de las nuevas tecnologías (especialmente de información y comunicación), a todos. Este objetivo es adaptable a la salud.

2 – Opinión de los actores del sector salud:

(ACTUALMENTE NO HAY EVIDENCIAS SUFICIENTES). Esta opinión debe ser conocida mediante:

- Sondeos de opinión
- ejercicios prospectivos de generación de escenarios de consenso

Sin embargo algunos rasgos del escenario deseable desde la perspectiva de los beneficiarios pueden ser aventurados:

1. Mayor remuneración
2. Perspectivas de crecimiento
3. Mejor calidad profesional

3 – Visión de la población respecto del sistema de salud deseado para el año 2015:

(ACTUALMENTE NO HAY EVIDENCIAS SUFICIENTES). Esta opinión debe ser conocida mediante:

- Sondeos de opinión.
- ejercicios prospectivos de generación de escenarios de consenso.

Sin embargo algunos rasgos del escenario deseable desde la perspectiva de los beneficiarios pueden ser aventurados:

1. Mayor accesibilidad
2. Prevención
3. Mejor calidad de atención

4 – Imperativo médico:

La práctica médica y la concepción de la salud como parte integral del bien de la comunidad imponen tres valores fundamentales que deberían agregarse a nuestra visión:

1. Excelencia
2. Equidad
3. Integralidad

Excelencia

La mejor tecnología y competencia profesionales se asocian indudablemente a mejores resultados.

Integralidad

Los aspectos físicos, psíquicos y sociales, interactúan, y las intervenciones son sinérgicas. Si bien un sistema de atención médica de excelencia es muy efectivo para mejorar la salud de las personas, esto representa tan solo una porción de las intervenciones que han demostrado mejorar la vida de las personas; la infraestructura, el empleo, la educación, y las condiciones generales de vida, son tanto o más importantes que el conocimiento médico y la tecnología para mejorar la salud de la población.

Equidad

La justicia social indica que la salud es para todos. A su vez los trabajos demuestran que en las comunidades con asimetrías en la distribución de la salud, el estado de salud de los sectores más privilegiados es peor que en las sociedades más equitativas. Las investigaciones demuestran que la equidad en la distribución de la salud es un factor independiente de mejoramiento de la salud de todos los sectores sociales.

Definición del Escenario Normativo

Con los datos con que contamos hasta el momento, podemos entonces definir las siguientes aspiraciones para un hipotético sistema de salud futuro:

1. Reducir en 2/3 la tasa de mortalidad en niños debajo de 5 años.
2. Reducir en ¾ la tasa de mortalidad materna.
3. Detener y comenzar a revertir la incidencia de infección por HIV y otras enfermedades serias.
4. En cooperación con la industria farmacéutica proveer acceso universal a drogas esenciales.
5. En cooperación con el sector privado, hacer accesibles los beneficios de las nuevas tecnologías (especialmente de información y comunicación), a todos. Este objetivo es adaptable a la salud.
6. Mayor remuneración
7. Perspectivas de crecimiento
8. Mejor calidad profesional
9. Mayor accesibilidad
10. Prevención
11. Mejor calidad de atención
12. Excelencia
13. Equidad
14. Integralidad

Estas aspiraciones permiten definir los rasgos centrales del escenario normativo de salud para la Provincia de Buenos Aires. Este futuro es una hipótesis que servirá para orientar las políticas a adoptar en el sector. Del mismo se deducirán luego los objetivos de la propuesta. Los rasgos que se definen a continuación dibujan el escenario de salud deseado.

Visiones / Aspiraciones	Rasgos del Escenario Futuro
Reducir en 2/3 la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años.	Mortalidad en niños < 5 años de 5 ‰ nacidos vivos
Reducir en ¾ la tasa de mortalidad materna.	Mortalidad materna de 0,1 ‰ nacidos vivos
Detener y comenzar a revertir la incidencia de infección por HIV y otras enfermedades serias.	Baja mortalidad por infecciones, infarto, y cáncer
En cooperación con la industria farmacéutica proveer acceso universal a drogas esenciales.	Acceso universal a medicamentos
En cooperación con el sector privado, hacer accesibles los beneficios de las nuevas tecnologías (especialmente de información y comunicación), a todos.	Desarrollo tecnológico Historia clínica informatizada Educación en salud sistemática para la comunidad
Recurso humano: Mayor remuneración	Personal justamente remunerado
Recurso humano: Perspectivas de crecimiento	Carrera sanitaria
Recurso humano: Mejor calidad profesional	Alto nivel médico
Beneficiarios: Mayor accesibilidad	Cobertura total
Beneficiarios: Prevención	Medicina eminentemente preventiva
Beneficiarios: Mejor calidad de atención	Alta calidad de atención
Excelencia	Alta calidad de atención
Equidad	Cobertura total/Estándares de calidad
Integralidad	Integración con educación, infraestructura, etc.

B - Estado actual y Proyecciones (Futuro Probable)

Todas las acciones médicas que se puedan llevar adelante en Argentina se inscriben dentro del sistema de salud con diferentes jerarquías. Dentro de este digamos, sistema de salud argentino hay un sub-sistema que se caracteriza por representar un tercio del mismo y estar confinado a una pequeña porción del territorio nacional; esto es, el Gran Buenos Aires. En esta zona se ubica, y por extensión en el resto de la provincia, la abrumadora mayoría del sistema de salud argentino.

Los cuatro elementos fundamentales del sistema de salud de la Provincia de Buenos Aires son **prestadores, beneficiarios, infraestructura, y el sistema de financiamiento**. Los tres elementos en concierto llevan adelante el proceso elemental del sistema que es reducir la enfermedad actual o posible y aumentar los niveles de salud de su gente.

B. 1 - Beneficiarios

Buenos Aires es la provincia más extensa y poblada de la República Argentina. La Provincia de Buenos Aires posee 307.571 km² de superficie donde habitan 13.827.203 personas de acuerdo al censo 2001; esto significa que de cada tres argentinos uno es bonaerense. El 96% reside en áreas urbanas. En términos globales, el territorio con mayor concentración de población es el Conurbano Bonaerense, un área de 3500 km² que agrupa 23 partidos que rodean a la Capital Federal y donde viven más de 8.5 millones de habitantes, representando el 63,2% de la población de la Provincia y el 24,4% del país. Es decir que, cuando se habla del problema de salud del cono urbano bonaerense, se habla del problema de salud de uno de cada cuatro argentinos. Esta tendencia no puede sino acentuarse. La población de la Provincia ha crecido en forma constante, pero en la última década el incremento es cada vez más lento. Entre 1980 y 1991 la variación intercensal fue de 14,1 ‰, con un mayor crecimiento en el Conurbano (14,5 ‰) que el resto de la Provincia (13,3 ‰), lo que agudiza el fenómeno de urbanización.

Además, de cada tres argentinos que nacen, uno lo hace en territorio de la Provincia de Buenos Aires. La población de mujeres en edad fértil, niños y adolescentes es de 7.800.000 personas (el 57,6% del total de la población). De ellas, 3.300.000 corresponde a mujeres en edad fértil de entre 15 a 49 años, 1.300.000 niños menores de 5 años, 1.278.000 niños de 5 a 9 años y 2.500.000 de adolescentes de 10 a 19 años. Evidentemente todos ellos constituyen la demanda potencial sobre el sistema.

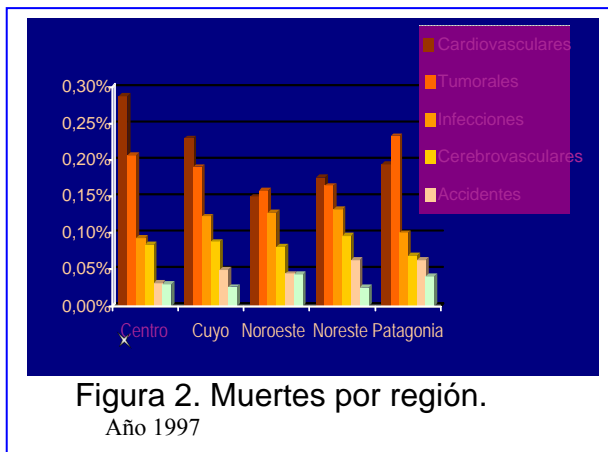
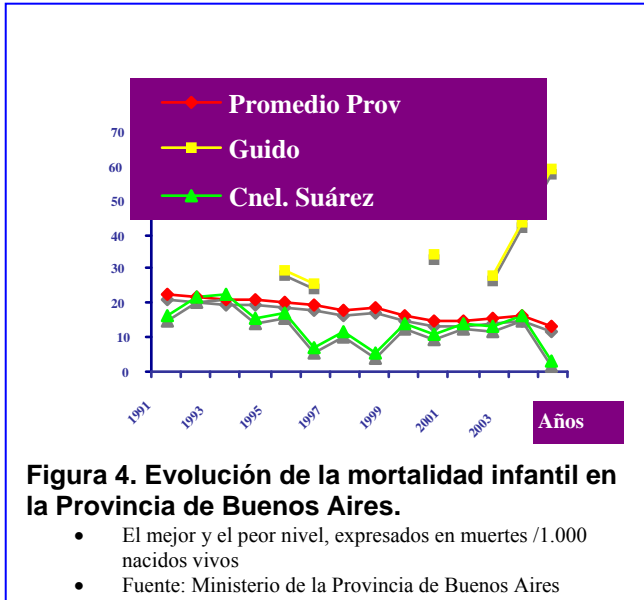


Figura 2. Muertes por región. Año 1997

En primer lugar, es impresionante la concentración del problema de salud en **¡Error! Marcador no definido.¡Error! Marcador no definido.¡Error! Marcador no definido.¡Error! Marcador no definido.** una porción minoritaria del territorio nacional, especialmente en los 24 partidos del Gran Buenos Aires. Esta enorme masa de población sufre predominantemente de enfermedades cardiovasculares; uno de cada tres bonaerenses muere de un infarto, y entre los restantes la muerte más probable será debida a accidente cerebrovascular o cáncer (**Figura 2**), como se desprende del análisis de las causas de muerte por región en nuestro país. Esto significa que las enfermedades que más impactan en la población provincial son las mismas que lo hacen en las naciones económicamente desarrolladas; no se trata

Tabla 1. Mortalidad por grandes causas Argentina 1996	
Grandes causas (Porcentual)	
Transmisibles	6,87
No Transmisibles	64,89
Otras	17,76
Causas Ext.	6,95
Mal definidas	3,53
TOTAL	100,00
Tomado de: DIFERENCIAS GEOGRÁFICAS DE LA MORTALIDAD. ARGENTINA 1996 Y 1999. Yola Verhasselt, Susana Isabel Curto, Liliana Acosta, Romina Plastina	

de un problema donde predominan las enfermedades contagiosas y las relacionadas a embarazos mal controlados y partos atendidos en condiciones de precariedad, sino que predominan las enfermedades debidas a aterosclerosis y los tumores.



Las proporciones de mortalidad por grandes causas calculadas para el total de la Argentina para el año 1996 son las siguientes (**Tabla 1**). El mayor porcentaje de muertes corresponde a las enfermedades no transmisibles (cardiovasculares y tumores) (casi el 65%), luego siguen las muertes por causas externas (6,95) y en tercer lugar las enfermedades transmisibles (6,87). Las provincias que presentan porcentajes de muertes por no transmisibles superiores a la media nacional son Buenos Aires (71,8), Córdoba (70,77), La Pampa (70,03),

Mendoza (67,74), Entre Ríos ((67,26) y Santa Fe (66,38).

Las proyecciones indican que el mundo evoluciona hacia una situación en la cual predominarán enfermedades no comunicables como las cardiovasculares y el cáncer, además de aumentar el peso relativo de los homicidios. El HIV será claramente otro elemento importante entre las causas de muerte (**Figura 3**).

El caso del cáncer es digno de mención especial. Basados en las estimaciones más recientes se puede afirmar que los 11 millones de tumores diagnosticados en el año 2002 van a convertirse en 17 millones para el 2020, y en 27 millones para el año 2050. Cerca de dos tercios de dicha masa de tumores van a tener lugar en el mundo sub-desarrollado, proporción que se encuentra en aumento. Pero no sólo los tumores son más frecuentes en los países periféricos, sino que debido a la tasa de curación menor que el cáncer tiene en estas regiones, se espera que la diferencia de mortalidad por tumores aumente entre ambos grupos. De hecho se calcula que para el 2020 dos tercios de todas las muertes por cáncer ocurrirán en los países sub-desarrollados, proporción que alcanzará a los tres cuartos para el 2050. No hay dudas de que incluso tumores frecuentes como el carcinoma de cuello uterino, son más letales en los países sub-desarrollados. Los expertos¹ asumen que las diferencias de mortalidad por

¹ Franco Cavalli. Cancer in the developing world: can we avoid the disaster? NATURE CLINICAL PRACTICE ONCOLOGY 2006; 3 (11): 582-583

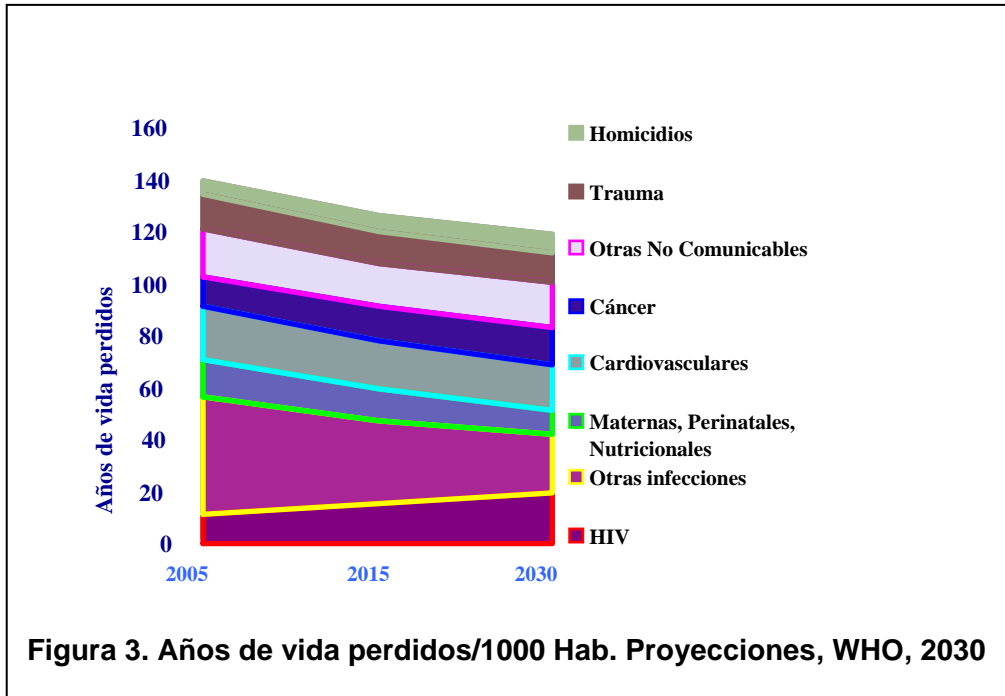
cáncer se irán incrementando cada vez más debido al costo y la sofisticación que el manejo de esta patología va adquiriendo.

Otro ejemplo son las enfermedades cardio-vasculares. La mitad de toda la enfermedad cardiovascular y sus factores de riesgo permanece no diagnosticada, y de la que se diagnostica tan solo la mitad se encuentra bien tratada. Lo que significa que solo 1 de cada 4 personas con enfermedad coronaria, dislipidemia, o hipertensión arterial recibe tratamiento. Se puede ver esto ilustrado en lo que ocurre con la insuficiencia cardíaca, uno de los problemas de salud más frecuentes de la humanidad: de los pacientes con disfunción del corazón, la mitad son asintomáticos o presentan mínima clínica; de la otra mitad, es decir pacientes sintomáticos, solo la mitad recibe tratamiento adecuado; a su vez, de los pacientes tratados para insuficiencia cardíaca, la mitad no padece efectivamente la enfermedad (reciben un tratamiento que no necesitan), y de los que verdaderamente sufren de falla de bomba, solo la mitad recibe el tratamiento adecuado². Esto significa que pocos reciben el tratamiento adecuado, y hay errores graves en cuanto a la medicación. Si esto ocurre en países desarrollados, se puede esperar que en Argentina ocurra cuando menos algo parecido. De hecho el PRESEA, un estudio realizado en nuestro país para evaluar si los pacientes que se recuperaban de un infarto o de angina de pecho dejaban la unidad coronaria con tratamiento adecuado, mostró que 9,4% de los pacientes seguía fumando, 45,5% continuaba con presión arterial elevada, 43% seguía sin realizar actividad física, 54% mantenía niveles elevados de colesterol, y 22,7% continuaban siendo obesos. De los pacientes con colesterol elevado sólo 35,9% recibía medicación adecuada para bajar los niveles de grasas en sangre³. El PRESEA mostró además una subutilización de otras medicaciones indispensables en el manejo de pacientes coronarios. El tema muestra toda su gravedad si se considera que una de cada dos muertes se debe a enfermedad vascular coronaria o cerebral, vale decir que se origina en lesiones ateroscleróticas.

Con esto se modificará seguramente el criterio “infecto-contagioso” tradicional, excepción hecha de alguna “wild card” como ser una epidemia de gripe aviaria. Las enfermedades son fundamentalmente de base socio-económica, muy complejas, de origen multifactorial, y de alta exigencia técnica para el sistema de salud.

² Cleland JGF, Swedberg K, Poole-Wilson PA. Successes and failures of current treatment of heart failure. *Lancet*, 1998; 352(suppl I): s19-s28

³ Investigadores estudio PRESEA. Prevención secundaria en la Argentina. Estudio PRESEA. *Revista Argentina de Cardiología* 2000; 68 (6) 817-25



La provincia poseía una mortalidad infantil promedio de 13 por mil en el año 2004 de acuerdo a los datos reportados por el INDEC, nivel algo mejor que el promedio nacional, pero a expensas de una asimetría enorme entre los diferentes partidos bonaerenses. Existen localidades como Lobería donde la mortalidad infantil creció a niveles similares a los de las naciones más pobres de África, y otras como Coronel Suarez donde la evolución fue hacia valores similares a los de Francia (**Figura 4**). No puede dejar de mencionarse una duda razonable respecto de la exactitud de los datos, referida por la mayoría de los organismos internacionales que estudian el tema. No obstante es claro que la asimetría en cuanto al parámetro más sensible para medir la situación de salud de la población, cual es la mortalidad infantil, existe y es significativa.

La mortalidad materna en la Provincia de Buenos Aires es en promedio (2004) de 0,26 ‰ nacidos vivos. La misma posee dos características que vale la pena destacar. La primera es que la mortalidad materna de la provincia muestra una distribución muy asimétrica; la peor situación (Lobería) tiene una mortalidad materna de 3,55 ‰ nacidos vivos, y la mejor situación sería Florencio Varela, con 0,12 ‰ nv (**Figura 5**). La segunda característica es que la mortalidad materna es alta para los estándares internacionales, aún cuando el 97% de los partos son institucionales; esto denuncia una severa deficiencia estructural del sistema que a pesar de garantizar los nacimientos dentro de una institución hospitalaria, no puede brindar la calidad requerida. Además que de los más de 230.000 nacimientos anuales, el 60% ocurre en establecimientos oficiales, y más aún, más de la mitad de ellos tienen lugar en 14 hospitales del cono urbano. Luego el problema materno-infantil es un fenómeno altamente concentrado desde el punto de vista geográfico.

B. 1. a - Conclusiones respecto de los beneficiarios

En resumen se puede decir, respecto de la situación de los beneficiarios, que en la provincia de Buenos Aires se nuclea el mayor problema de salud del país; que el problema materno infantil es enorme, que dado la evolución de la sociedad predominan enfermedades sofisticadas y complejas como enfermedades vasculares y cáncer, que el envejecimiento pone en riesgo el financiamiento y cambia el escenario patológico desplazándolo precisamente hacia los grupos mencionados, y por último que La exactitud de los registros es muy dudosa.

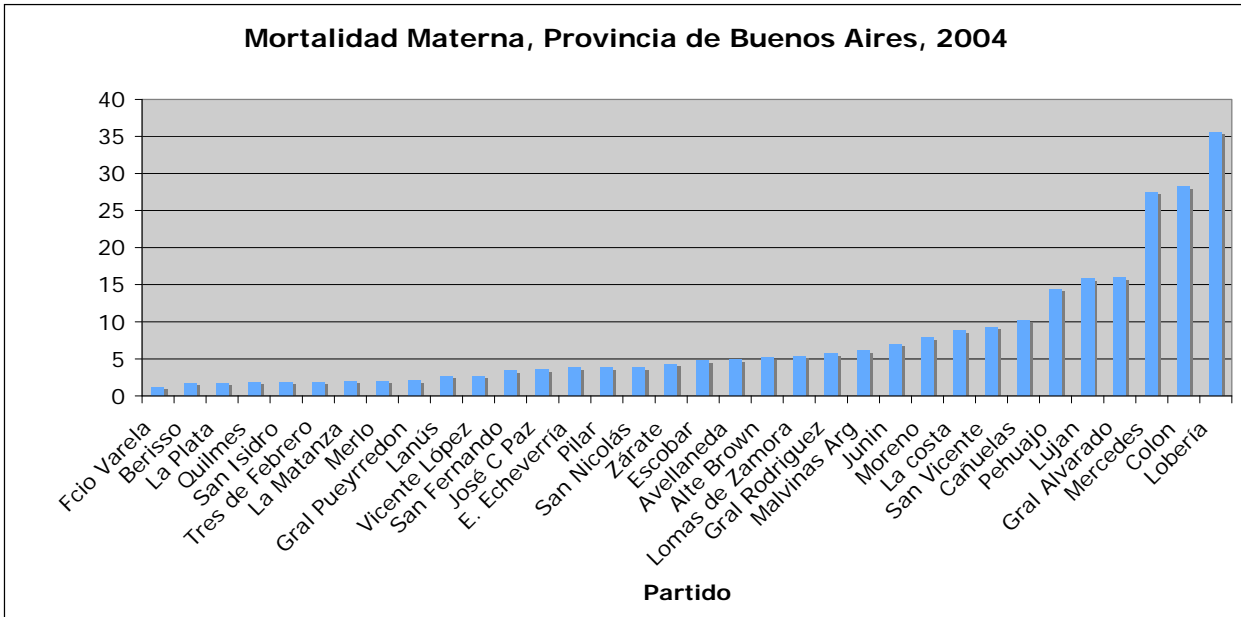


Figura 5. Mortalidad materna según partido de residencia, Pcia Bs. As.

B. 2 - Prestadores

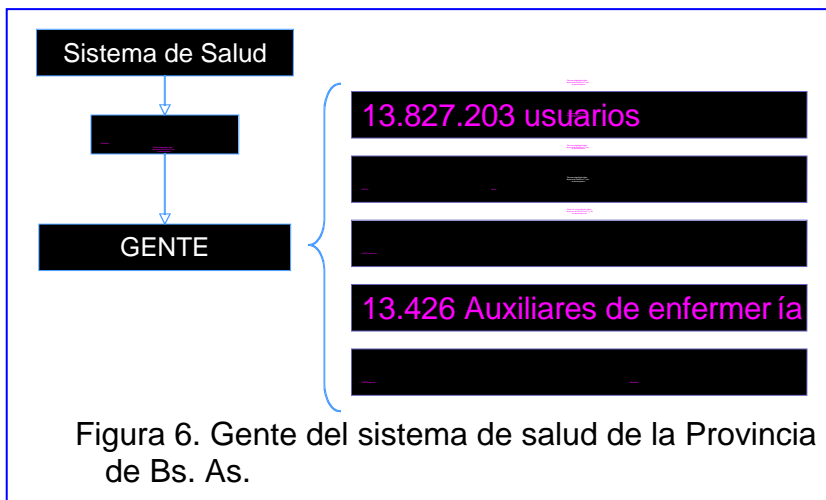
Para hacer frente a la demanda de salud, la provincia cuenta con 42.415 médicos, 4.568 enfermeras profesionales, y 13.426 auxiliares de enfermería (**Figura 6**). Estos son, a la fecha, los datos más actualizados a que se tiene acceso, y permiten desde ya realizar algunas observaciones.

Tabla 2. Recurso humano en países seleccionados
Año 2006, WHO, OPS, y Ministerio de Salud

Región	Médicos		Enfermeras	
	N	N/1000 Hab.	N	N/1000 Hab.
Argentina	108.000	3,01 (1998)	29.000	0,8
Pcia. Bs. As.	42.415	3,06 (2005)	4.568	0,33
Chile	17.250	1,09 (1,09)	10.000	0,63
Francia	203.487	3,37 (2004)	437.525	7,24

Es atinado analizar de manera pormenorizada la situación del recurso humano (**Tabla 1**). Como primera observación, no cabe ninguna duda de que en la Provincia de Buenos Aires sobran dos de cada tres médicos. La Organización Mundial de la Salud recomienda 1 médico cada 1.000 habitantes y en la provincia hay más de tres.

El aumento del número de facultativos posee tres efectos deletéreos sobre el servicio de salud que presta el sistema. En primer lugar deteriora el mercado profesional con un exceso de oferta. En segundo lugar, probablemente se deteriore la calidad de la atención dado que se genera una diversificación ficticia de la práctica, con excesiva idiosincrasia y especialidades espurias. Por último, ha quedado demostrado que más médicos significa más gasto en salud. De hecho de cada tres pesos que se gastan en salud, uno va a parar al médico. Relación lineal: gasto en salud (%PBI) y número de médicos, y esto no se asocia a una esperanza de vida más larga.



Por otro lado faltan casi veinte veces más enfermeras de las actuales. Incluso si se suman los auxiliares de enfermería, aun así se está varias veces por debajo de lo que se necesita de acuerdo a estándares internacionales. El déficit de enfermería obedece a muchas

causas y representa por otro lado una tendencia mundial. Sin embargo en nuestro país la falencia es muy importante, y totalmente desconectada de la superpoblación médica que ocurre simultáneamente. A modo de ejemplo basta realizar una sencilla cuenta: en la Provincia de Buenos Aires hay, según los datos

de la OPS y el ministerio, 17.994 enfermeras contando entre profesionales y auxiliares; esta cantidad debe ser dividida por tres ya que cumplen turnos de 8 horas, lo que nos da una idea de la cantidad de enfermeras que hay en cualquier momento del día; esto es, 5.998. Pero a su vez, siendo conservador, a este número habría que restarle un 30% para cubrir fines de semana, feriados y vacaciones, y (nuevamente siendo muy conservadores), un 10% adicional por licencia por enfermedad y maternidad y otras. En resumen nos quedan diariamente 3.779 enfermeras en toda la provincia para ser distribuidas entre las 46.379 camas de internación, suponiendo que estas se encuentren todas habilitadas; la cuenta hace un total de 12,3 camas para cada enfermera. Si se supone una ocupación del 70% la cuenta se reduce a una enfermera cada 8 camas en promedio. Aquí hay que repartir entre camas de terapia intensiva y neonatología, y vemos que la imagen es muy parecida a la que habitualmente encontramos en nuestros hospitales: “una enfermera para toda la sala”.

B. 2. a - Conclusiones respecto del recurso humano

El estado actual del recurso humano es uno de los problemas más serios del sistema. El mismo se encuentra desbalanceado, con un exceso de médicos y una pavorosa falta de enfermeras. Además la situación de la formación profesional es muy dudosa, con desactualización en bastos sectores, y sub-entrenamiento. Por otro lado los incentivos son malos, con bajos salarios, ausencia de perspectivas (carreras), y una cultura laboral inadecuada inmersa en un ambiente degradado.

B. 3 - Infraestructura del sistema de salud de la Provincia de Buenos Aires

En la Provincia de Buenos Aires para el año 2004 se contaba con 725 establecimientos con internación, los cuales suman 46.379 camas, y 1.676 establecimientos sin internación. Estos números aislados podrían no ser sugerentes de nada, pero la realidad aflora cuando se compara con otras regiones. Argentina en su totalidad cuenta con 41 camas de internación por cada 10.000 habitantes, mientras que la Provincia posee sólo 33 y Francia, por ejemplo, 76. Esto significa que para tener tantas camas como un país europeo modelo, en principio se debería duplicar su número actual. La magnitud de la obra por delante se hace más visible si se considera que un gran hospital, raramente llega a 1.000 camas; además, el 40% de las camas de la provincia pertenecen al sector privado, duramente castigado y desfinanciado. Muchos analistas coinciden a su vez en que el estado actual de la infraestructura médica de la provincia es malo, y se caracterizaría por retraso tecnológico, descuido, sub-abastecimiento, y deficiencias edilicias.

Un buen juez de la situación infraestructural del sistema médico de la provincia lo constituye la misma gente. Recientemente una investigación llevada a cabo por la BBC mostró que en los últimos diez años el número de consultas a las guardias de los 33 hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires creció un 77%. Tal es el caso de la guardia del Hospital Argerich, la más concurrida de la ciudad. Cada día el Servicio de Emergencia de este hospital público recibe unas 1.500 consultas, que deben ser atendidas por un plantel de sólo 70 médicos. Las estadísticas muestran que un 48% de las visitas a la guardia del Hospital Argerich son de habitantes del Gran Buenos Aires que, en muchos casos, recorren largas distancias para atenderse en los hospitales públicos capitalinos, como comprobó la propia BBC en un breve recorrido. En el artículo se rescatan los comentarios de una tal Gabriela, una joven de la localidad de Berazategui que esperaba en la guardia del Hospital Argerich, y dijo: "vengo desde lejos porque este es un buen hospital. Los hospitales de las afueras está más pobres, no atienden tan bien como en la Capital". En la misma nota Teresa, una señora que padece de una hernia, explicó: "vengo desde San Francisco Solano. Hasta aquí tengo una hora y media de viaje, salí de mi casa a las cuatro de la mañana, pero prefiero venir hasta acá toda la vida porque hay mejor atención." "Acá me siento más tranquila. En Solano no hay buena atención, te atienden así nomás y te mandan a tu casa. No hay camas..."

B. 3. a - Conclusiones respecto de la situación de la infraestructura

El estado actual de la infraestructura se caracteriza por falta de camas, ya que en la Provincia de Buenos Aires hay la mitad de camas por habitante que en Francia, fuerte retraso tecnológico y descuido de las instalaciones, con serias deficiencias edilicias, y un exceso de camas en instituciones privadas respecto de la proporción de la población sin cobertura.

B. 4 - Financiamiento

El problema más grande del sistema en lo que a financiamiento se refiere es que la mitad del gasto es privado, vale decir que se trata de dinero que sale directamente del bolsillo del ciudadano, y esto en una situación social con altísimos niveles de pobreza y desempleo. El resultado es que tiene cobertura aquél con mejor nivel socio-económico, y el pobre, que no puede sacar dinero

para financiar el cuidado de su salud, además no posee cobertura. Casi la mitad de los habitantes de la Provincia (44%) no cuenta con ningún tipo de cobertura de salud de obras sociales (incluyendo PAMI), planes de emergencia, mutuales ni prepagas, lo que muestra la fuerte presión de demanda existente sobre el sistema público, sobre todo si se considera que ocho de cada diez pobres (78,9%) sólo cuenta con el sistema público de salud. El problema es grave particularmente entre los niños, donde uno de cada

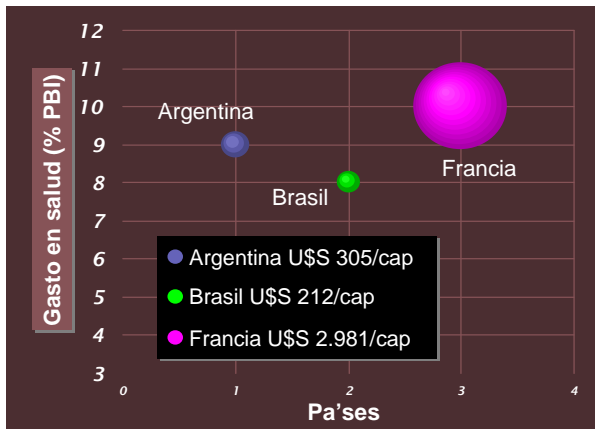


Figura 7. Gasto en salud como porcentaje del PBI, y como dólares anuales per cápita

dos (49%) de entre los que cuentan menos de 4 años y que viven en la Provincia no cuenta con ningún tipo de cobertura de salud de obras sociales, planes de emergencia, mutuales ni prepagas. La mitad (53,3%) de los adolescentes que viven en la Provincia no cuenta con ningún tipo de cobertura de salud de obras sociales (incluye PAMI), planes de emergencia, mutuales ni prepagas, y este porcentaje asciende al 74,2% entre los pobres.

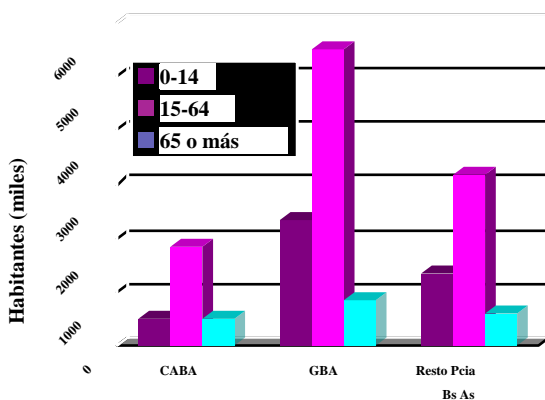


Figura 8. Composición de la población por edades

Los mayores son otro grupo especialmente vulnerable. El 17,6% de los varones de 64 años y el 19% de las mujeres de 60 y más años no tiene ningún tipo de cobertura de salud más que la asistencia hospitalaria pública, tasa que se duplica si se considera las poblaciones más carenciadas. En el caso de los mayores por debajo de la línea de la pobreza estos porcentajes superan el 53% y 56% respectivamente. Como puede verse en la figura (Figura 8), el Gran Buenos Aires (CABA) posee el grueso de su población en la edad

productiva, lo que implica que crece poco, es decir que los nacimientos se encuentran muy cerca de la tasa de recambio, y cuando este grupo envejezca se

enfrentará a un serio problema de envejecimiento poblacional; además hay una conclusión más preocupante: de cada 10 mayores de 65 años de edad, 4 viven en la Provincia de Buenos Aires (**Figura 9**). La disminución relativa del número de jóvenes respecto del número de mayores plantea dos problemas centrales. En primer lugar, una crisis del financiamiento del sistema ya que aumentan los que más gastan y se reduce el número de los que aportan el recurso. En segundo lugar, en la sociedad comienza a insinuarse un marcado predominio de enfermedades propias de gente mayor.

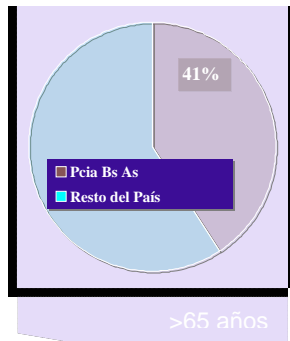


Figura 9. Mayores de 65 años en Provincia de Buenos Aires

Esta enorme masa de problemas debe ser afrontada, por otro lado, con escasos recursos económicos. Actualmente la Argentina gasta, según el Banco Mundial, U\$S 305 por habitante y por año, y en la Provincia de Buenos Aires podría ser incluso algo menor. Para tener un parámetro de comparación, Francia gasta U\$S 2.981 por habitante por año en salud, de los cuales sólo el 24% es privado (**Figura 7**).

Para completar el cuadro vale la pena una pequeña mención a las posibilidades del presupuesto provincial. La verdad es que el mismo, que ronda los \$1.600 millones (pesos argentinos), se utiliza en un 99,5% para pagar sueldos y gastos corrientes, quedando tan sólo un 0,5%, es decir unos \$8 millones para inversión; con esto se debería mejorar la infraestructura, e innovar, en un sector público que de facto atiende casi el 80% de la demanda de la mitad de su población, la cual es además, la porción más pobre de la misma.

B. 4. a - Conclusiones respecto de la situación del financiamiento

Respecto del financiamiento el dinero es poco, aunque comparado con las recomendaciones internacionales debería alcanzar para brindar atención básica a la totalidad de la población. Los cálculos realizados por la Organización Mundial de la Salud⁴ indican que para llegar a los objetivos del nuevo milenio en salud sería suficiente que los países sub-desarrollados invirtiesen U\$S 35 per cápita y por año. Luego el gasto en la Provincia de Buenos Aires es poco, pero evidentemente es además gastado de manera ineficiente.

Además la mayoría del gasto es privado (de bolsillo), y una amplia proporción de la población se encuentra sin cobertura. Por último, analizando el presupuesto provincial es claro que la inversión es escasa, debido en parte a que la mayoría del mismo se dedica a gastos corrientes y salarios.

⁴ Commission on Macroeconomics and Health (2001) Macroeconomics and health: Investing in health for economic development. Geneva: World Health Organization. Disponible: <http://www.cid.harvard.edu/cidcmh/>

B. 5 – Variables Exógenas: Contexto

Por variables exógenas entendemos aspectos de contexto que representan condicionantes y oportunidades que afectan el diseño del escenario posible, que no pertenecen necesariamente al sistema de salud pero que impactan sobre el mismo. Las variables exógenas pueden clasificarse en: a.- Tendencias del conocimiento médico; b. – Aspectos macroeconómicos; c.- Otras tendencias sociales. Estas herramientas permiten establecer prioridades de manera racional

B. 5. a. - Tendencias del conocimiento médico

La medicina hoy en día desarrolla una serie de conocimientos que se orientan al desarrollo de políticas de salud más eficaces y efectivas, tales como la medicina basada en evidencias, el “global burden of disease”, los análisis de costo-efectividad, y el establecimiento de prioridades marco.

Medicina Basada en la Evidencia

El desarrollo de las estadísticas a partir de la disponibilidad de computadoras así como la explosión de estudios de investigación clínica y el desarrollo de ciertas técnicas específicas de análisis han permitido fundamentar con evidencia científica el efecto de una intervención determinada sobre la realidad.

Global Burden of Disease

El “Burden of Disease” (Carga, peso, o impacto relativo de la enfermedad) es un proyecto que intenta medir el impacto de las diferentes patologías sobre las comunidades. Las enfermedades restan años de vida porque provocan la muerte de personas antes de lo esperable de acuerdo al promedio dado en dicha comunidad, y además restan años de vida productiva debido a la invalidez que generan. Sobre la sociedad no es igual el impacto de una enfermedad que causa la muerte de la persona a los 70 años de edad que a los 30, así como no es lo mismo que ocasiones ceguera a los 65 o necesidad de bastón a los 20 años de edad. Este tipo de medidas de impacto, en las que se consideran también daños psicológicos, permite estimar la importancia relativa que un problema de salud determinado tiene en una sociedad específica⁵.

Análisis de costo-eficiencia

Las diversas metodologías disponibles en la actualidad permiten someter cada intervención propuesta en salud a un análisis complejo que pone de manifiesto el grado en que dicha intervención modifica la realidad, y la conveniencia o no del nuevo estado de cosas desde diferentes perspectivas introducidas en el análisis. Básicamente consiste en comparar dos estados de la realidad, uno con la intervención propuesta y otro sin ella, y luego concluir.

Establecimiento racional de Prioridades

El Banco Mundial desarrolló en 1993 el concepto de diseño de un paquete de intervenciones médicas esenciales basadas en la “carga” relativa de las

⁵ Lopez A, Mathers C, Ezzati M, et al. Global burden of disease and risk factors. New York: Disease Control Priorities Project, 2006. Health Econ 2006; 15: 689–96

enfermedades para la sociedad y en consideraciones de costo-efectividad para cada medida propuesta. En dicho trabajo el Banco Mundial estableció los cambios políticos relevantes para el mejoramiento del sistema de salud en los países emergentes⁶ (Tabla 3).

Tabla 3. Recomendaciones de políticas de salud para países emergentes Banco Mundial, 1993
Objetivo 1. Promover un ambiente adecuado y saludable para los hogares
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar políticas económicas que beneficien al pobre • Invertir en educación, especialmente de las niñas • Promover los derechos y la situación social de la mujer
Objetivo 2. Mejorar la inversión estatal en salud
<ul style="list-style-type: none"> • Reducir la inversión estatal en cuidados de tercer nivel y alta complejidad, así como en el entrenamiento de especialistas y de servicios discrecionales • Financiar y asegurar la provisión de paquetes de salud pública orientados a atacar problemas de alta prevalencia e impacto social • Financiar y asegurar la provisión de servicios clínicos esenciales, al menos para los sectores más desaventajados • Mejorar el gerenciamiento de los servicios públicos de salud
Objetivo 3. Facilitar el compromiso del sector privado
<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la proliferación de seguros privados, incentivando las políticas de contención de costos • Alentar la provisión de servicios incluso públicos por parte del sector privado • Proveer información respecto de mejoramiento de la performance y la contención de costos

B. 5. b. - Tendencias macroeconómicas

No serán discutidas en este trabajo, aunque sus implicancias para la salud son indiscutidas. De todos modos hay dos tendencias que vale la pena poner de relieve: el aumento de la brecha ricos-pobres, la proliferación del trabajo en negro.

Aumento de la brecha rico-pobre

Los estudios demuestran que la inequidad en la distribución del ingreso es un factor de riesgo independiente de mortalidad para una comunidad dada. Vale decir que en una comunidad con distribución muy asimétrica del ingreso la salud de todos sus estratos sociales es peor que la que se da en sociedades con distribución más equitativa de la riqueza. En conclusión, hoy se sabe que una distribución más equitativa de la renta se asocia a mejor salud para todos.

⁶ World Bank. World development report 1993: investing in health. New York: Oxford University Press, 1993

Proliferación del trabajo en negro

El problema con la proliferación del trabajo en negro es que aumenta la masa de población sin cobertura, a la vez que desfinancia al sistema. Por otro lado el trabajo en negro estimula prácticas laborales no saludables, como ser medidas de seguridad laboral deterioradas, jornadas de trabajo extendidas, y demás.

B. 5. c. – Otras tendencias sociales

De entre todas las tendencias sociales que indudablemente impactan sobre nuestro sistema de salud hemos seleccionado aquellas que presionan sobre nuestro recurso humano, y sobre el medio ambiente.

Competencia internacional por el recurso humano

La competencia internacional por nuestros mejores médicos y enfermeras es un hecho; los países centrales poseen amplia necesidad de enfermeras, y pueden ofrecer a nuestro mejor recurso condiciones laborales y sociales muy superiores, lo cual erosiona más aún nuestro magro recurso humano. En el caos del médico, la emigración de los mejores deteriora el nivel general local al disminuir el liderazgo y estímulo al perfeccionamiento.

Medio ambiente

Se ha estimado que 4% de todas las muertes mundiales y 6% de todo el daño (muerte e incapacidad) producido por la enfermedad en el mundo, es atribuible a falta de agua potable y cloacas. Asumiendo las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud para la región, en Argentina es razonable esperar que 7 de cada 100.000 personas muera anualmente por causas asociadas al agua potable y las cloacas. Los desechos industriales y la degradación del ambiente se suman a este daño. La falta de agua potable y cloacas produce diarreas, parásitos intestinales, hepatitis, intoxicación con arsénico, encefalitis, y envenenamientos con desechos industriales, todas causas prevenibles.

Gastar plata en mejorar la salud a través de intervenciones sobre la calidad del agua pagaría entre 3 y 34 veces cada dólar invertido según las estimaciones de la misma OMS. Además que el retorno a dicha inversión sería el más equitativamente distribuido de todos. Ninguna inversión distribuye tanto la riqueza como aquella que se realiza en el campo de la salud. Se ha estimado que en Estados Unidos cada año de esperanza de vida ganado contribuye en no menos de 60 a 70% al crecimiento del PBI per cápita en el largo plazo. Más aún, hay estudios que terminaron por concluir que no hay manera de crecer económicamente si no se mejora efectivamente la salud de la población. La enfermedad implica gastos de tratamiento en una población mayoritariamente sin cobertura médica, pérdidas en términos de días laborales, y otras erogaciones asociados a secuelas y afecciones crónicas, sin contar la desventaja en cuanto a las posibilidades de ganar dinero. Por otro lado, se ha visto que una pobre expectativa de vida retrae la inversión en educación, lo cual deteriora la formación del individuo, uno de los parámetros más importantes en la configuración de las ganancias anuales de la persona.

El Gran Buenos Aires posee la cuenca del Matanza; allí viven 1 de cada 6 argentinos. De un lado del Riachuelo la expectativa de vida al nacer es de 75

años; del otro lado, 73. Una persona nacida en el Gran Buenos Aires, si tomamos los datos del INDEC, debería esperar vivir dos años menos que en la Capital.

La reactivación industrial, la baja inversión, la fragilidad institucional, y la desidia, contribuirán a que proliferen prácticas productivas deletéreas para el medio ambiente.

Conclusión general: Situación actual y Escenario Esperable para la Salud de la Provincia de Buenos Aires

- 1º. El escenario esperable, de mantenerse las tendencias actuales en el sistema de salud de la Provincia de Buenos Aires, pueden ser resumidas en los siguientes puntos (**Tabla 4**).
- 2º. La población de la Provincia aumentará, y lo hará más aún la porción de la misma que se concentra en el Gran Buenos Aires. Esto significa que la presión sobre el sistema no puede sino aumentar.
- 3º. El aumento de población ocurrirá especialmente a expensas de los sectores más cadenciados, lo que nuevamente significa más presión especialmente sobre el sector público.
- 4º. Las enfermedades más importantes en cuanto a su repercusión sobre el estado general de salud de la población serán la enfermedad coronaria, el accidente cerebro-vascular, el cáncer (especialmente: pulmón, mama, cuello de útero, colon, y próstata), diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad de Alzheimer, y la infección por HIV. Estas son enfermedades costosas y crónicas.
- 5º. El envejecimiento de la población debido a la baja de la fertilidad deformará más aún la pirámide poblacional, aumentando la proporción de mayores. Esto definirá un escenario con alta prevalencia de enfermedades propias de la vejez, y mayor presión sobre el financiamiento por reducción relativa de la masa de aportantes al sistema.
- 6º. Las mortalidades materna e infantil promedio continuarán disminuyendo, pero las asimetrías entre zonas ricas y sectores pobres aumentarán debido a la propia ineficiencia de las instituciones de salud en su estado actual para hacer frente al problema.
- 7º. Como la mayoría del gasto en salud es “de bolsillo” y esto repercute especialmente sobre las poblaciones más vulnerables (pobres y ancianos), el sistema tiende a disparar la espiral “enfermedad-pobreza” que empeora aún más los estándares comunitarios de salud.
- 8º. Las alteraciones estructurales del recurso humano en salud amenazan con mantenerse y probablemente acentuarse. Las políticas de ingreso a las escuelas de medicina y la avidez internacional por nuestras enfermeras junto a la escasa promoción de la carrera, además de aspectos gremiales relacionados con la planta de los hospitales públicos volverán imposible revertir la situación.

- 9°. El aumento de los costos y la devaluación de la moneda hacen imposible mantener el parque tecnológico actualizado, además de perjudicar el mantenimiento de lo existente.
- 10°. Por otro lado la baja inversión contemplada en el presupuesto provincial, comprometen seriamente el desarrollo y la innovación en el sector.
- 11°. A su vez, la mala calidad edilicia acentúan conductas de descuido de lo existente por parte de personal y usuarios.
- 12°. El aumento del número de actores dentro del sistema presiona sobre los métodos actuales de registro volviéndolos más ineficientes. La falta consecuente de adecuados sistemas de registro de datos e información acentúan la crisis de gerenciamiento.
- 13°. Como la mayor parte de la oferta es privada, y el sistema público se haya saturado, es esperable la proliferación de un sector privado de prestadores de muy baja calidad y complejidad, que viene a cubrir las necesidades de los sectores más cadenciados.
- 14°. Conforme el salario se deteriora y predomina el mercado laboral en negro, el financiamiento de la salud se vuelve cada vez más insostenible.
- 15°. La corrupción en el manejo de los fondos de las obras sociales debería empeorar dado que la pérdida de institucionalidad política aumenta la voracidad por este dinero para mantener el aparato clientelar.
- 16°. La carrera tecnológica continúa, lo que acentúa la brecha entre nuestro sistema y el de los más avanzados del mundo; esto se traduce en peores estándares locales de salud, y un ambiente laboral menos ventajoso, lo que nuevamente contribuye a alejar a los mejores profesionales.
- 17°. El medio-ambiente se degrada más aún debido al aumento de la actividad industrial por la reactivación económica, pero como la inversión es poca y los controles sanitarios se deterioran por la fragilidad institucional, entonces la polución aumenta.

Tabla 4. Rasgos del escenario de salud futuro probable (Pcia Buenos Aires)

Beneficiarios	Mayor número
	Concentrados en cono urbano
	Mayor aumento relativo de los sectores más carenciados

	Predominio de enfermedad coronaria, hipertensión arterial, diabetes, accidente cerebro-vascular, cáncer de pulmón, mama, cuello uterino, y próstata, enfermedad de Alzheimer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades de transmisión sexual.
	Envejecidos
	Mayor mortalidad materna e infantil en sectores más pobres en relación a los más ricos
	Más enfermedad entre los más pobres
Recurso Humano	Acentuación del desequilibrio del recurso humano en salud
	Ambiente laboral deteriorado, cada vez más alejado de los estándares internacionales
Infraestructura	Desactualización tecnológica
	Poca inversión e innovación
	Deterioro edilicio
	Deterioro de los registros
	Proliferación de un sector privado de baja calidad asistencial
Financiamiento	Deteriorado por el trabajo en negro
	Mayor corrupción en el manejo de los fondos
Entorno	Degradación del medio ambiente

C - Distancia entre ambos futuros y definición de los objetivos

Como se puede ver en la figura (**Figura 1**), el planteamiento de un escenario deseable genera una línea de meta, un horizonte hacia el cual tenderán las políticas que se apliquen. La virtud de la metodología radica en que dicha línea objetiva no surge de un capricho individual o exclusivamente de estudios epidemiológicos, sino que resulta de un consenso entre diferentes sectores integrado con la mejor evidencia disponible y enmarcado en un contexto internacional e histórico.

La definición del escenario actual y sus tendencias permite establecer la línea de base desde donde se parte, y el movimiento esperado para el sistema de no mediar intervenciones novedosas, puntos de inflexión en la historia esperable para el sistema de salud provincial.

Las intervenciones en el sistema actual serán guiadas no sólo por los objetivos fijados por el escenario deseable, sino que responderán además, a valores y metodologías que se asumen como beneficiosos y útiles para modificar la realidad.

D- Valores

La siguiente propuesta se basará en la utilización de intervenciones desarrolladas mediante medicina basada en evidencias, la utilización de intervenciones no médicas para obtener resultados en salud, la intervención sobre la realidad mediante paquetes de medidas desarrollados mediante el establecimiento racional de prioridades, y la visión general de que los recursos invertidos en salud son una inversión con retornos económicos y sociales tangibles, y de ninguna manera un gasto.

Metodología para diseñar intervenciones basadas en las evidencias

Los esfuerzos para desarrollar un sustrato de evidencias sobre las cuales elaborar las políticas de salud para la Provincia de Buenos Aires se concentrarán en dos líneas generales; una es la estimación del impacto relativo de la enfermedad sobre la comunidad (burden of disease), y la otra será el análisis de costo-eficiencia. Con el primer elemento se calcula la magnitud de un problema de salud determinado sobre la población, y con el segundo se logra una idea realista de las posibilidades de intervención.

Intervenciones no médicas

No sólo es importante el análisis⁷ de las evidencias médicas respecto de los problemas relevantes en materia de salud, ni el análisis de costo-eficiencia de las intervenciones sanitarias; existen otras consideraciones al momento de establecer prioridades para el sistema de salud. La Organización Mundial de la Salud enfatiza los objetivos que superan la meta de mejorar la salud de la población. El sistema de salud debe buscar a su vez satisfacer expectativas legítimas de la población que van más allá del bien sanitario; debería promover la equidad, y la respuesta a ciertas presiones sociales propias de cualquier democracia.

Un enorme cúmulo de evidencia observacional relaciona fuertemente mortalidad con estamento social. En general, en países con sistemas de salud altamente desarrollados y donde la cobertura de la población es total, como es el caso de Inglaterra, aún así el estamento social medido por el tipo de trabajo es un determinante más fuerte de mortalidad cardiovascular que las cifras de colesterol, presión arterial, y tabaquismo, aislada o combinadamente⁸. De manera similar, en Estados Unidos se ha determinado una franca relación entre secundario incompleto y desarrollo de enfermedades crónicas en la vida adulta. En un importante estudio acerca de la utilidad de los beta-bloqueantes en el infarto se pudo observar una fuerte asociación entre mortalidad y nivel educativo, no explicable por mediciones cardiovasculares de tipo biológico⁹.

⁷ National Institute for Health and Clinical Excellence. Social value judgments, principles for the new development of NICE guidance. <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=283494>

⁸ Pincus T, Esther R, DeWalt DA, Callahan LF. Social conditions and self-management are more powerful determinants of health than access to care. *Ann Intern Med* 1998; 129: 406-411

⁹ Ruberman W, Weinblatt E, Goldberg JD, Chaudhary BS. Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction. *N Engl J Med* 1984; 311: 552-9

Hay una relación positiva entre las variables de “expectativa de vida al nacer” y el poder adquisitivo per-capita paridad a dólar¹⁰. La expectativa de vida al nacer constituye un excelente indicador del estado de salud de la población, entre otras cosas por el hecho de ser afectada sensiblemente por la mortalidad infantil en general, la que es mayor en los países subdesarrollados.

La carga impuesta por la enfermedad a una sociedad, determinada como los días de vida perdidos por muertes precoces así como aquellos vividos con una discapacidad (DALY's) también es mayor en los países más pobres, con una enorme parte del impacto producida por enfermedades comunicables, las cuales se asocian más al estado de ciertas condiciones sanitarias mínimas. Además, la probabilidad de morir es mayor en las naciones más pobres, prácticamente a todas las edades¹¹.

Paquetes de intervenciones

Un ejercicio de definición de prioridades representa una oportunidad para confrontar necesidades sociales reales con la mejor evidencia científica disponible en materia de interpretación de los datos e intervención sobre la realidad dada con el objetivo de obtener un resultado deseado. Además la metodología permite ajustarse a los recursos disponibles.

En una situación en la cual una problemática compleja como la que representa la salud de la Provincia de Buenos Aires, expuesta a una situación de escasez de recursos para resolverla es una oportunidad excelente para utilizar paquetes de intervenciones, como lo demuestra la experiencia de la reforma del sistema de salud de México¹².

En nuestro caso los paquetes de intervenciones surgirán de haber establecido una visión normativa, un escenario futuro deseable y probable que agrupa tendencias del sistema, con aspiraciones de la población, un marco de referencia internacional que permite establecer expectativas razonables, y los resultados posibles que surjan de la óptima utilización de recursos. De este escenario se desprenden objetivos a los cuales se adaptan los paquetes de intervenciones.

Los paquetes de intervenciones diseñados según la metodología propuesta permitirían facilitar la administración y el financiamiento del servicio. Los paquetes serían administrados de manera centralizada y cuidadosamente monitorizados. Estos paquetes podrían permitir garantizar un estándar de calidad en la atención, a la vez que garantizar la actualización del personal de salud en el manejo de determinadas patologías de alto impacto en la población.

La ventaja de establecer racionalmente las prioridades del sistema es que permite modificar la cultura general del sistema mejorando su performance a largo plazo. Además, la metodología de análisis propuesta pondrá de manifiesto las

¹⁰ World Bank, World Development Indicators 1999 (World Bank DC, 1999). En: <http://www-wds.worldbank.org/>

¹¹ Basic Indicators. In: World Health Organization. Health systems: improving performance. World Health Report 2000

¹² Eduardo González-Pier, Cristina Gutiérrez-Delgado, Gretchen Stevens, Mariana Barraza-Lloréns, Raúl Porras-Condey, Natalie Carvalho, Kristen Loncich, Rodrigo H Dias, Sandeep Kulkarni, Anna Casey, Yuki Murakami, Majid Ezzati, Joshua A Salomón. Priority setting for health interventions in Mexico's System of Social Protection in Health. *Lancet* 2006; 368: 1608-18

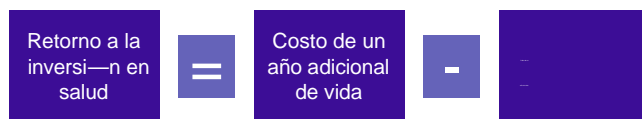
debilidades y fortalezas del sistema actual, y permitirá establecer consensos en torno a la evidencia.

Los recursos destinados a la salud serán vistos como una inversión

La salud es una inversión y no un gasto; como tal ofrece un retorno pasible de ser medido no solo en términos de indicadores de salud, sino también como beneficios económicos. Bloom y Canning¹³, de Harvard y Belfast respectivamente, describen cuatro modos a través de los cuales la enfermedad como problema social puede afectar la productividad de una nación: las poblaciones con mejores niveles de salud tenderían a poseer mejores condiciones de productividad; las poblaciones más sanas tienden a invertir más en educación, lo que por otro lado incrementa las capacidades productivas; la longevidad aumenta el ahorro provisional, y éste promueve la inversión¹⁴; por último, la caída en las tasas de mortalidad infantil y perinatal se asocian a un aumento de la fuerza laboral en pocos años.

En estudios observacionales el aumento en la expectativa de vida al nacer ha mostrado ser un factor predictivo muy fuerte del desarrollo económico subsiguiente; un país con 5 años más de expectativa de vida al nacer crecerá 0,3% a 0,5% por año más rápido que su contrapartida con peores condiciones sanitarias. Un estudio realizado por el National Bureau of Economic Research, de los Estados Unidos de América, mostró una relación explicativa entre variables de mejoría de la salud y el resultado de crecimiento económico¹⁵. Los autores realizaron un análisis por el cual construyeron una función de producción económica de un país, que incluye entre sus variables explicativas los recursos económicos y el bienestar médico, como factor contribuyente a la utilización eficiente de los recursos de producción. La variable de resultado fue producto bruto interno, y entre las explicativas, aquella utilizada para representar el factor salud fue la expectativa de vida al nacer. Los autores llegaron a la conclusión de que la salud influye sostenida y significativamente en el desarrollo económico de un país.

El principio conceptual detrás de estos trabajos es que la mejor salud, medida como, por ejemplo, más años de expectativa de vida al nacer, requiere una inversión de dinero para ser llevado adelante. Esta ganancia sin embargo redunda en indudables beneficios económicos ya que un año adicional de vida de



la población significa aumento de productividad y consumo. En consecuencia es posible establecer una ecuación de retorno a la inversión como la que se ve en el modelo simplificado de la figura (Figura

Figura 11. Salud como inversión económica

11).

¹³ Bloom DE, Canning D. The health and wealth of nations. *Science* 2000; 287: 1207-9

¹⁴ Basic Indicators. In: World Health Organization. Health systems: improving performance. World Health Report 2000

¹⁵ Bloom DE, Canning D, Sevilla J. The effect of health on economic growth: theory and practice. National Bureau of Economic Research 2001, Working Paper 8587, <http://www.nber.org/papers/w8587>

E - Propuesta

Para mover el estado de situación actual hacia la situación deseada que el escenario normativo plantea, se han diseñado dos tipos de herramientas; por un lado una serie de “promotores”, que son paquetes de medidas concertadas en post de un objetivo y destinadas a actuar sobre una porción del sistema. Además se ha pensado un sistema de “perfiles de desempeño” o “profiling” destinados a brindar información al decisor y metas al ejecutor.

Descripción de la herramienta: “Paquete de medidas”

Se denominará “paquete de medidas” (o concierto de medidas) a la herramienta básica con que el decisor político iniciará su incidencia sobre la realidad dada y a la que se intenta modificar. Se trata de una herramienta de gestión centralizada médica y administrativa, tendiente a estandarizar el manejo de la realidad de manera de promover los objetivos deseados.

Los paquetes de medidas contarán con un formato estándar que consistirá en un objetivo, un sector de los beneficiarios, del recurso humano, la infraestructura, y el financiamiento sobre el cual se aplicará y al cual modificará, un conjunto de medidas (procesos a incorporar para alcanzar el objetivo), un sistema de detección de las áreas donde se aplique, y un sistema de monitoreo de desempeño. Cada paquete de medidas será monitorizado mediante una herramienta *ad hoc* de profiling (ver abajo).

Las acciones básicas de cada paquete de medidas sanitarias será:

A-Identificación del problema (escenario a promover)

- Definir un rasgo del escenario deseable que se desea promover, y definir la porción de la realidad actual (problema) que debe ser modificada para acercarse al futuro buscado.
- Identificar todos los aspectos del problema que requieren ser tenidos en cuenta para desarrollar acciones que permitan promover el escenario deseado.
- Generar una base de datos geográfica de dicho problema que permita la clara identificación del mismo y su contexto, así como la monitorización de su evolución (registro informático).

B-Beneficiarios involucrados

- Identificar las personas afectadas por dicho problema y su contexto social, familiar, y económico.
- Generar una base de datos geográfica de dichas personas que permita la clara identificación de las mismas dentro del sistema de salud y el seguimiento de sus acciones dentro del mismo (registro informático).
- Definir los objetivos (las metas parciales en la dirección del escenario deseado).

- Identificar las acciones requeridas desde el punto de vista de los beneficiarios para promover el futuro deseado.
- Educar a las partes de la población potencial o actualmente involucradas con el problema definido.
- Desarrollar un sistema de incentivos que facilite las acciones promotoras del escenario deseado.

C-Recurso humano e infraestructura

- Identificar las porciones del recurso humano e infraestructura relacionados más directamente con el problema definido.
- Generar una base de datos geográfica de dichas personas e infraestructura, que permita la clara identificación de las mismas dentro del sistema de salud y el seguimiento de sus acciones dentro del mismo (registro informático).
- Definir los objetivos (las metas parciales en la dirección del escenario deseado).
- Identificar las mejores prácticas médicas (normativas) para manejar dicho problema en todas sus etapas evolutivas (prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación).
- Re-entrenar al personal de salud involucrado en las prácticas identificadas conforme a las normativas que se generen.
- Desarrollar un sistema de incentivos para favorecer las acciones requeridas.

D-Financiamiento

- Identificar las porciones del financiamiento directamente afectadas al problema definido.
- Generar una base de datos geográfica de dichos recursos, que permita la clara identificación de los mismos dentro del sistema de salud y el seguimiento de sus acciones dentro del mismo (registro informático).
- Definir los objetivos (las metas parciales en la dirección del escenario deseado).
- Identificar las mejores prácticas de gestión (normativas) para manejar dicho problema en todas sus etapas evolutivas (intervención comunitaria, asistencia ambulatoria, asistencia hospitalaria, otras acciones).
- Re-entrenar al personal involucrado en las prácticas identificadas conforme a las normativas que se generen.

Descripción de la herramienta: “Profiling” o “perfiles de desempeño”

Se denominará “profiling” (o perfiles de desempeño) a la herramienta básica con que el decisor político conocerá el funcionamiento de las diferentes partes del sistema, y podrá a su vez establecer prioridades para cada una de ellas. La herramienta consistirá en dividir la parte del sistema deseada en dimensiones susceptibles de ser medidas y rankeadas, todas ellas relevantes al resultado final

que se espera de dicha unidad. Luego se grafican todas estas dimensiones con su puntaje, aplicado conforme a estándares previamente establecidos, y se obtiene un perfil de desempeño que permite conocer el estado actual de la situación estudiada, así como su distancia respecto al promedio provincial o los estándares buscados, además de permitir comparar dicha unidad con otras similares. Mediante el profiling se establecerán metas para la gestión de instituciones, servicios, y demás. La informatización del proceso permitirá el monitoreo en tiempo real del desempeño de cada unidad, así como la distribución geográfica de los perfiles y su asociación con otros parámetros exógenos al sistema (por ejemplo, correlacionar el perfil de los centros de atención primaria con el ingreso per cápita de su área de influencia).

En la tabla (**Tabla 5**) se enumeran los rasgos del escenario futuro y los promotores, es decir “paquetes de medidas”, capaces de promover dicho esquema.

Rasgos del Escenario Futuro	Promotores
Mortalidad en niños < 5 años de 5 ‰ nacidos vivos	A-Paquete materno-infantil
Mortalidad materna de 0,1 ‰ nacidos vivos	
Baja mortalidad por infecciones, infarto, y cáncer	B- Paquete de salud cardiovascular C- Paquete de prevención del cáncer y asistencia del paciente oncológico D- Paquete de salud respiratoria
Acceso universal a medicamentos	E- Paquete de racionalización del uso de medicamentos
Desarrollo tecnológico	F- Paquete de actualización tecnológica G- Paquete de personalización de usuario (informática) H- Paquete de educación para la salud
Historia clínica informatizada	
Educación en salud sistemática para la	
Personal justamente remunerado	I- Paquete de reordenamiento del recurso humano
Carrera sanitaria	
Alto nivel médico	
Cobertura total	J- Paquete de accesibilidad
Medicina eminentemente preventiva	Este será el enfoque en A, B, C
Alta calidad de atención	Contemplado en “J”
Cobertura total/Estándares de calidad	
Integración con educación, infraestructura, etc.	K- Paquete de aprovechamiento de determinantes sociales para la salud
Tabla 5. Políticas promotoras de el escenario deseado	

A - Paquete de medidas Materno-Infantil

Breve descripción del plan: Mediante el plan materno-infantil se intentará mejorar la salud de la madre y del niño recién nacido y durante su primer infancia, entendiendo que tanto madre como hijo se hallan insertos en un medio social familiar que no importa cuan deteriorado se encuentre, representa una primer instancia de intervención. Para esto se implementará un conjunto de normativas de manejo y banco de datos de registro materno-infantil, programas de formación del recurso humano en salud, campañas de información para niñas y hermanitos, cursos para mujeres, y se implementará un seguro que garantice acceso a todos los niveles de salud, además de permitir la trasabilidad del paciente.

Objetivo

- Mortalidad en niños < 5 años de 5 ‰ nacidos vivos o inferior.
- Mortalidad materna de 0,1 ‰ nacidos vivos o inferior.
- Otros objetivos
 - Mejorar el entrenamiento de los pediatras y obstétricas en el manejo clínico de madre e hijo.
 - Fomentar la investigación clínica de la problemática materno-infantil en el contexto social bonaerense.
 - Aumentar el grado de entrenamiento de enfermeras y auxiliares respecto de la problemática materno-infantil.
 - Aumentar el grado de formación de la comunidad respecto de la problemática materno-infantil.

B- Paquete de salud cardiovascular

Breve descripción del plan: Mediante el paquete cardiovascular se intentará mejorar la salud de la población adulta en lo que son la primera y segunda causas de muerte: el infarto y la muerte súbita, y el ataque cerebral. Para esto se implementará un conjunto de normativas de manejo y banco de datos, programas de formación del recurso humano en salud, campañas de información para jóvenes y adultos, cursos, y se implementará un seguro que garantice acceso a todos los niveles de salud, además de permitir la trasabilidad del paciente.

Objetivo

- Reducir en un 30% la mortalidad por infarto
- Duplicar los casos de hipertensos tratados
- Duplicar los casos de pacientes con hipercolesterolemia tratados
- Duplicar el número de diabéticos tratados
- Triplicar la tasa de control de factores de riesgo coronario en pacientes con evento coronario o cerebrovascular
- Reducir en un 15% la mortalidad por ataque cerebral
- Otros objetivos
 - Mejorar el entrenamiento de los clínicos, cardiólogos, y neurólogos, en el manejo de factores de riesgo vascular.

- Fomentar la investigación clínica de la problemática vascular en el contexto social bonaerense.
 - Aumentar el grado de entrenamiento de enfermeras y auxiliares respecto de la problemática vascular.
 - Aumentar el grado de información de la población respecto del problema de la enfermedad vascular.
- C- Paquete de prevención del cáncer y asistencia del paciente oncológico

Breve descripción del plan: El cáncer es la segunda o tercera causa de muerte en el mundo; además tiene su máxima incidencia entre los 40 y 60 años de edad, con lo cual resta muchos años de vida a la sociedad. El tratamiento del cáncer es costoso y de poca efectividad en la mayoría de los casos, por lo que la base del manejo de la problemática oncológica radica en la detección precoz y la modificación de los factores de riesgo. Mediante este paquete de medidas se intentará mejorar la atención del paciente oncológico, aumentar el diagnóstico precoz de tumores, reducir la prevalencia de factores de riesgo modificables para cáncer (ej.: tabaquismo, infección por papilomavirus, y exposiciones industriales), y reducir la mortalidad por las neoplasias más frecuentes. Para esto se optimizarán los programas de información a la comunidad y de entrenamiento del recurso humano; además se desarrollará un fondo específico para estos fines. Mediante un plan de racionalización de recursos se garantizará el acceso a las drogas para quimioterapia, y se actualizará la capacidad quirúrgica para tratar a estos pacientes. Se implementará un seguro que garantice acceso a todos los niveles de salud, además de permitir la trasabilidad del paciente.

Objetivo

- Equiparar la mortalidad por cáncer de mama, pulmón, colon, cuello uterino, próstata, y neoplasias sanguíneas, con los niveles internacionales.
- Optimizar las intervenciones sobre los factores de riesgo modificables.
- Otros objetivos
 - Mejorar el entrenamiento del recurso humano de salud en el manejo clínico de esta patología.
 - Fomentar la investigación clínica de la problemática oncológica en el contexto social bonaerense.
 - Desarrollar técnicas de gestión que permitan financiar el manejo general de la problemática oncológica.

D- Paquete de salud respiratoria

Breve descripción del plan: Las enfermedades respiratorias son un problema serio de salud, especialmente la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), una patología debida mayoritariamente al cigarrillo, y el asma. Estas dos enfermedades afectan a una de cada 10 personas aproximadamente, y provocan serios trastornos a nivel laboral y de desarrollo físico en los niños. Tienen a su vez relación con la polución ambiental. Mediante el paquete de salud respiratoria se intentará mejorar la salud respiratoria de la población. El plan es aumentar el

diagnóstico de estas enfermedades (más de la mitad de las veces oculto), y optimizar su tratamiento. Además se intervendrá sobre los factores de riesgo para las mismas, como ser el tabaquismo y la polución ambiental. Se implementará un seguro que garantice acceso a todos los niveles de salud, además de permitir la trasabilidad del paciente.

Objetivo

- Duplicar la tasa de diagnóstico de EPOC y Asma.
 - Optimizar el manejo del EPOC y asma de acuerdo a los estándares internacionales.
 - Otros objetivos
 - Mejorar el entrenamiento del recurso humano en el manejo clínico de la patología respiratoria.
 - Fomentar la investigación clínica de la problemática respiratoria en el contexto social bonaerense.
- E- Paquete de racionalización del uso de medicamentos

Breve descripción del plan: Los medicamentos representan el 25% aproximadamente del gasto en salud, según los casos. Una buena parte de este gasto, un cuarto más o menos, representa drogas de auto-prescripción; el resto son medicinas de venta en farmacias bajo receta o de uso institucional. El tema del costo de los medicamentos es un problema mundial que afecta particularmente países como Argentina, donde gran parte de la población no tiene acceso a los mismos. Se han ensayado algunas políticas. Una es la política de genéricos, la cual reduce drásticamente el precio de las medicinas, aunque desalienta la innovación; otra es el análisis crítico de la utilidad de las drogas, lo cual logra racionalización y por el contrario mejora la calidad de la investigación. La diseminación de información médica de primera calidad, la fuerte regulación sobre la producción farmacéutica, y la trazabilidad de las prescripciones son elementos seguros y compatibles con la innovación, para reducir el gasto en medicamentos. Se trata de que se use lo justo, pero de primera calidad, y se busquen nuevas soluciones que, a su vez sean cada vez más costo-efectivas. Las ONG y asociaciones científicas son piezas clave en la política de medicamentos.

Objetivo

- Cobertura total de medicamentos esenciales
 - Mejorar la calidad de la prescripción médica
 - Triplicar la investigación en innovación y desarrollo de nuevas drogas y técnicas que permitan ahorrar recursos y mejorar la calidad y efectividad.
- F- Paquete de actualización tecnológica

Breve descripción del plan: La tecnología ha sido la gran revolución de la medicina. Tanto en las etapas de investigación como las de diagnóstico y tratamiento, los avances tecnológicos han abierto horizontes inusitados. La tecnología presenta dos desafíos: la sub-utilización, y la sobre-utilización. En la primera se pierden oportunidades para la salud, y en la segunda se derrochan

recursos. El uso racional de la tecnología es tan importante como el de medicamentos. Para utilizar convenientemente la tecnología hacen falta dos cosas, disponer de la misma, y estar entrenado debidamente en su manejo. Argentina se halla muy retrasada en cuanto al uso de tecnología en medicina, especialmente entre los grupos más desfavorecidos. Por otro lado las oportunidades que ofrecen las tecnologías de la información para gestionar el sistema de salud son inmensas.

Objetivo

- Informatizar en un 100% la gestión del sistema de salud, tanto en sus aspectos médicos como administrativos
- Aplicar estándares internacionales para la utilización de las tecnologías de diagnóstico disponibles
- Actualizar el parque tecnológico médico argentino.
- Otros objetivos
 - Mejorar el entrenamiento del recurso humano en el uso de las nuevas tecnologías.
 - Fomentar la investigación clínica del uso racional de tecnología médica en el contexto social bonaerense.

G- Paquete de personalización de usuario (informática)

Breve descripción del plan: El usuario del plan de salud permanece anónimo, y es el motor del proceso; el sistema de salud actualmente no es proactivo en la provisión de sus servicios; por el contrario, permanentemente pone obstáculos para el acceso. Las tecnologías de la información y la identificación electrónica del usuario permitirían identificar patrones de uso del sistema, así como riesgos no advertidos de contraer enfermedades, y demás. Por otro lado la informática permitiría acercar al médico y enfermera la información necesaria y las guías de manejo más actualizadas para el problema de salud del paciente. Se podrían aplicar técnicas de seguimiento de problemas, y la generación de acciones surgidas desde el sistema para incluir al usuario en planes de prevención, capacitación, y demás.

Objetivo

- Informatizar la historia clínica (coincidente con el plan anterior).
- Otorgar un código de identificación electrónica para cada usuario.
- Concentrar en torno al código de identificación electrónica toda la información médica y administrativa pertinente al funcionamiento del sistema.
- Otros objetivos
 - Identificar los patrones actuales de comportamiento del sistema
 - Introducir herramientas para modificar los patrones de comportamiento del sistema.

H- Paquete de educación para la salud

Breve descripción del plan: Uno de los principales inconvenientes que el mundo ha identificado en la utilización del sistema de salud, es lo que se podría traducir como analfabetismo sanitario. Muchas veces términos como antibiótico,

otorrinolaringología, o fibrinolíticos, son totalmente desconocidos para el usuario, lo cual ha demostrado perjudicar seriamente el uso del sistema por parte del paciente. La enseñanza de contenidos médicos debe ser un tema central en las escuelas, que a su vez actuará como propagador en las familias.

Objetivo

- Introducir en los programas de estudio contenidos relativos a la enfermedad vascular, el cáncer, y las afecciones pulmonares, así como sobre nutrición y salud ambiental.
- Aumentar el grado de conocimiento de los problemas centrales de salud por parte de la población.

I- Paquete de reordenamiento del recurso humano

Breve descripción del plan: Como se ha podido observar la Provincia de Buenos Aires necesitaría unas diez veces más enfermeras de las que cuenta, y la mitad de los médicos. Debe aumentarse el número de enfermeras y la calidad de formación de las mismas. Para esto debe ponerse en marcha un plan provincial de formación de enfermería, con becas, reclutamiento, y modificaciones de la currícula para integrar la carrera con el completamiento del colegio secundario y otros incentivos. Además la carrera de enfermería debe consistir en un régimen de promociones basado en el mérito profesional, medido según indicadores de calidad de desempeño profesional y académico que se traduzcan en beneficios profesionales y económicos tangibles. Respecto de la carrera médica, se mejorará la remuneración, se aumentarán los estándares de calidad médica, se limitará el acceso a las matrículas provinciales. Así mismo se crearán una serie de puestos de trabajo que permitan dar salida laboral y título profesional intermedio a estudiantes en la mitad de la carrera de medicina, para satisfacer otras expectativas sociales y vocacionales. De esta manera se aumenta la diversidad y se reduce el número de egresados de medicina. Todo esto debe realizarse en conjunto con las asociaciones profesionales, las universidades, y organismos internacionales.

Objetivo

- Aumentar por diez el número de enfermeras.
- Reducir por dos el número de médicos.
- Equiparar el entrenamiento profesional con estándares internacionales.
- Desarrollar una carrera profesional basada en el mérito académico y profesional.

J- Paquete de accesibilidad

Breve descripción del plan: Los principales obstáculos para garantizar la accesibilidad universal al sistema de salud son la falta de gestión del recurso existente, la baja capacitación, el anonimato del ciudadano en referencia a su sistema de salud, y la falta de proactividad del sistema para ir en post del beneficiario. En este sentido la herramienta de gestión sanitaria y administrativa que proponemos, el “paquete de medidas”, permitirá focalizar las prestaciones en

los problemas más relevantes, los cuales a su vez son porciones de la realidad donde acciones nuevas intentarán promover un escenario deseado de consenso. Mediante el código de identificación electrónico y la informatización de la gestión, se obtendrán transparencia y eficiencia, además de un instrumento para conocer los patrones de uso y los defectos en las prácticas.

Objetivo

- Garantizar la accesibilidad del 100% de la población al 100% del sistema de salud.
- Aplicar herramientas de “perfil” (profiling) a las instituciones y las comunidades de ingerencia para establecer patrones de demanda y respuesta.
- Garantizar el 100% de respuesta del sistema a su demanda.
- Racionalizar demanda y respuesta de acuerdo al escenario buscado y los estándares internacionales.

K- Paquete de aprovechamiento de determinantes sociales para la salud

Breve descripción del plan: Siendo que nivel educativo, ingreso, nivel de contención social, medio ambiente, e infraestructura, son determinantes centrales de la salud de la población, desde el sistema de salud se debe generar información y recomendaciones para que los decisores de dichas áreas se involucren con las prioridades sanitarias. Este proceso complejo de interacción se llevará adelante gracias a la informatización de la información y su monitoreo geográfico.

Objetivo

- Promover políticas de educación y medir su repercusión sanitaria.
- Promover políticas de infraestructura y medir su repercusión sanitaria.
- Promover políticas de salario y medir su repercusión sanitaria.
- Promover políticas ambientales y medir su repercusión sanitaria.



25 de mayo 555, piso 10 (1002) Buenos Aires, Argentina
e-mail: cambio@iplanmail.com.ar / www.paraelcambio.org.ar