



USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

MODULO

0

La salud de los argentinos

Universidades que desarrollan el curso de posgrado:

- de Buenos Aires • Nacional de Córdoba • Nacional de Cuyo • Nacional de La Plata • Nacional del Comahue • Nacional del Nordeste • Nacional de La Rioja • Nacional de Rosario • Nacional de Tucumán • Adventista del Plata • Favaloro • Abierta Interamericana • Fundación Barceló • de Ciencias Empresariales y Sociales • de Morón • del Salvador • Maimónides • Católica de Córdoba • Austral • Aconcagua • del Hospital Italiano de Buenos Aires • CEMIC • Instituto Universitario Italiano de Rosario

PRÓLOGO

Seguramente muchos de ustedes nunca tuvieron una pasión destacada por las moléculas y han transitado con desagrado la farmacología. Yo también. Pero hace varios años, mientras trataba de delinear una política sanitaria de Estado que involucrara al conjunto de los argentinos, me empecé a interesar en los medicamentos. Confieso que no fue una pasión molecular irrefrenable. Fue más bien el resultado de haber entendido que no se puede hacer una política nacional de salud, ni siquiera medicina en pequeña o mediana escala, si no se trabaja fuertemente en la cuestión de los medicamentos. En primer lugar, por el problema de la calidad. Pocos de nosotros solemos reflexionar sobre la calidad en el proceso de prescripción y uso de fármacos. En general, prestamos mucha atención a cualquier información que obtengamos sobre todo lo vinculado a lo que está dentro del frasco de los medicamentos, pero pocas veces reflexionamos sobre la calidad respecto de lo que ocurre “fuera del frasco”. Es allí donde se producen y reproducen cotidianamente millones de situaciones insólitas.

Esto es así desde la propia formación de grado, donde nos enseñan mucho de diagnóstico pero muy poco de terapéutica. Hasta en el propio acto de consulta médica dedicamos todo el tiempo que resulte necesario en el diagnóstico junto con el paciente, pero finalmente llegamos a la prescripción y es ahí donde mecanizamos. Tanto lo hacemos que ni siquiera usamos el nombre verdadero, el nombre científico que nos proveyeron en las universidades, y lo suplantamos con una marca. Además, es difícil entender cómo puede ser que en la consulta los médicos aún recurramos tan poco a otros procedimientos que no sea el de prescribir medicamentos. En la Argentina, nueve de cada diez consultas termina en una prescripción médica. A veces vienen acompañadas de consejos, otras ni siquiera eso. Por eso, si se quiere trabajar en el mejoramiento de la calidad es preciso otorgar la importancia que merece a la racionalidad en la prescripción de medicamentos. Primero, por la elevada frecuencia de ese procedimiento terapéutico; segundo, porque en él suceden deficiencias vinculadas al diagnóstico, pero muchas más relacionadas con la incorrecta prescripción, con la utilización inadecuada o con el déficit de acceso. Las cuatro cosas sabotean reiteradamente el resultado de la consulta.

No hay ningún país de América Latina que se parezca al nuestro en cuanto al grado de accesibilidad a la atención médica. De hecho, en los dos últimos años se duplicó la cantidad de consultas médicas en los centros de atención primaria y la accesibilidad a medicamentos es el más elevado de toda la historia. Pero si se quiere mejorar la calidad de ese acceso, además de otras cuestiones es preciso poner énfasis en los aspectos referidos a la prescripción. Por la característica masiva de esta práctica, cualquier mejora lograda en la calidad será muy importante para el mejoramiento del estado de salud de millones de argentinos. Es sabido que el gasto en medicamentos es altamente regresivo. Los más pobres pagan más de su bolsillo porque obtienen menos descuentos. Además,

Sr. Presidente de la Nación

Dr. Néstor C. Kirchner

Sr. Presidente del Consejo de Políticas Sociales

Dr. Juan Carlos Nadalich

Sr. Ministro de Salud de la Nación

Dr. Ginés González García

Sr. Secretario de Programa Sanitarios

Dr. Héctor Daniel Conti

Sra. Coordinadora General del PROAPS-REMIAR

Dra. Graciela Ventura

• Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires • Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba • Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo • Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata • Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Comahue • Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste • Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de La Rioja • Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario • Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán • Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Adventista del Plata • Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Favaloro • Facultad de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana • Facultad de Medicina de la Fundación Barceló • Facultad de Ciencias de la Salud de la UCES • Facultad de Medicina de la Universidad de Morón • Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador • Facultad de Medicina de la Universidad Maimónides • Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Córdoba • Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad Austral • Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Aconcagua • Instituto Universitario Escuela de Medicina del Hospital Italiano de Buenos Aires • Escuela de Medicina del Instituto Universitario CEMIC • Escuela de Medicina del Instituto Universitario Italiano de Rosario.

son quienes más se enferman. Por eso, por un lado, quienes van a las farmacias tienen una política de prescripción por nombre genérico que ha contenido y hasta abaratado los precios relativos, impidiendo que sigan los ritmos inflacionarios. Por otro lado, los que no tienen suficiente capacidad de compra obtienen la posibilidad de acceder al Programa Remediar, el mayor programa de acceso gratuito a medicamentos esenciales en el mundo. Cuesta \$5 por beneficiario cubierto al año, menos de dos dólares. Es también uno de los programas de mayor eficiencia del mundo. Gracias a ello, la política nacional de medicamentos es la política social actual que más consenso tiene en toda la población, ya que consigue librarse del destino típico de las políticas sociales cuya falta de consenso es producto de que quienes las pagan no son los mismos que se benefician directamente con ellas. El consenso respecto a la política nacional de medicamentos fue alcanzado gracias a que incluye a todos los estratos sociales. El conjunto de acciones que esta política contiene incluye además el aumento en los descuentos para patologías crónicas y los precios de referencia para la Seguridad Social, la desgravación de insumos críticos importados, la promoción de la producción nacional, la protección de programas prioritarios y la negociación conjunta con otros países para reducir los precios de anti-retrovirales y reactivos para el SIDA. A ello habría que agregar la vigilancia y las regulaciones de ANMAT y las acciones de capacitación y de formación en servicio que han venido emprendiendo los programas Remediar y Médicos Comunitarios.

Estas políticas han alcanzado resultados visibles: se estima que hoy acceden a los medicamentos aproximadamente cuatro millones de personas que antes no podían comprarlos. Si adicionalmente se consideran los más de 100 millones de tratamientos que ha brindado en forma gratuita para Atención Primaria el Programa Remediar, los casi 30.000 beneficiarios que obtienen gratis el tratamiento completo para el SIDA y los pacientes con enfermedades crónicas que reciben mayores descuentos de la seguridad social, se puede concluir que nunca en la Argentina ha habido un acceso tan importante a los medicamentos como el que hoy existe. Quiero destacar entonces que esta política promueve el acceso, la calidad, la eficiencia y la equidad. Por eso se han sumado a la iniciativa todas las universidades argentinas que tienen Facultades de Medicina. No se ha practicado ninguna forma de favoritismo político ni de otro tipo. Una política de Estado no sólo debe ser para todos, sino que debe hacerse con todos. Esto tiene que estar más allá de un Ministro, de un Presidente o de un período democrático de Gobierno.

En el tema de la prescripción racional, al igual que en otros, estamos muy retrasados. Tenemos que recuperar tiempo perdido. Para eso también es necesario trabajar con todos, aunque a veces no sea fácil juntar a todas las universidades. Disponemos además de una experiencia extraordinaria, la de médicos comunitarios, que es otro programa masivo del Ministerio de Salud y Ambiente, que se ejecuta en acuerdo con las universi-

dades. Esta experiencia nos ha demostrado que los argentinos nos podemos juntar para ganar todos juntos, ganando el territorio en cantidad, en calidad de vida, en conocimientos terapéuticos y en mejora de la capacidad profesional a lo largo y a lo ancho del país. Esto además es especialmente necesario ahora, porque vivimos una revolución brutal en materia de novedades terapéuticas. El conocimiento biológico tiene un ritmo de innovación mucho mayor que cualquier otro tipo de conocimiento. A la humanidad le costó varios milenios llegar a las cinco mil enfermedades de las cuales se conocen sus mecanismos de producción y se logra tratarlas. Pero se supone que hay otras quince mil enfermedades respecto de las cuales ya estamos en la etapa de descubrir su forma más íntima de producción y reconocimiento. En los próximos cinco años otras cinco mil enfermedades podrán ser descritas y tratadas. Es decir que los próximos cinco años valdrán tanto como los últimos 5.000. Ante un proceso de tal velocidad se requiere establecer un ritmo innovador de distribución del conocimiento que tenga similar intensidad, para que podamos aplicarlo a tiempo a todos nuestros pacientes. Eso obliga a que nos comprometamos en un proceso intensivo de distribución de información, de capacitación, de cambios de actitudes y conductas absolutamente necesarios en un sistema que naturalmente es masivo. No puede dar lugar a sectarismos ni prejuicios.

Las crisis de los últimos años nos han dejado el convencimiento de que lo más importante del sector son las personas que en él trabajan. Por décadas se ha dedicado demasiado esfuerzo a los aspectos técnicos y financieros de las propuestas de reforma y no se ha prestado atención a los actores concretos. La salud no sólo es una de las escasas actividades donde las personas no pueden ser reemplazadas por las máquinas, sino que sigue siendo mano de obra intensiva y conocimiento intensivo. Y por sobre todo, la salud es intensiva en afectos y consensos. Un sistema de salud está conformado esencialmente por personas que brindan atención a personas. Por eso hemos acordado un inédito acuerdo que establece más de cien metas, consagrado en el Plan Federal de Salud 2004-2007, por el cual todas las provincias concertaron con el Gobierno Nacional un conjunto detallado de políticas públicas. Constituye una oportunidad que hace pocos años hubiera sido considerada impensable. Pero para que las políticas allí establecidas puedan ser efectivas, se necesita el compromiso decidido de todos los actores. El Plan será sustentable en el tiempo si logra potenciar el enorme conjunto de habilidades profesionales de quienes conforman todos los subsistemas de salud. Por eso, pretendemos que ustedes no sólo sean beneficiarios de este proyecto, sino que puedan involucrarse y transmitir el valor de esta transformación. Sólo así podremos poner al servicio de la salud de todos los argentinos uno de los más poderosos instrumentos creados por el hombre.

Ginés González García

Ministro de Salud y Ambiente de la Nación

La importancia de conocer la situación de salud

La salud constituye un motor para el desarrollo de las sociedades actuales. Ése es el principal motivo por el que los profesionales que se desempeñan como pilares en el sistema sanitario deben tener conciencia de que sus prácticas exceden los términos de prevención, atención y recuperación de la salud. Cada vez que un enfermero le controla la tensión arterial a un paciente, cada vez que un farmacéutico sugiere un medicamento, y cada vez que un médico recibe a un paciente en el CAPS para responder a las inquietudes que las personas traen consigo, está contribuyendo a construir una sociedad mejor, más justa, porque estándares bajos de salud conducen inevitablemente a la pobreza. Porque para desarrollarnos, pensar, crear y trabajar necesitamos estar en óptimas condiciones de salud. Porque para desarrollarnos en un mundo globalizado y competitivo, tanto o más importante que el capital material es el capital social.

La velocidad con la que se multiplica el conocimiento científico ha generado una gran presión en los profesionales de la salud que deben incorporar diariamente grandes volúmenes de información con vistas a ofrecer a la comunidad una atención de calidad igualmente ascendente. Sin embargo, suele observarse que la formación continua ha avanzado sobre aspectos clínicos y de investigación básica en detrimento de campos menos “tangibles” como los de Salud Pública. Creemos que es imprescindible conocer el contexto en donde se desarrollan nuestras acciones. Por ello se ha decidido comenzar por brindar actualización a los profesionales que se desempeñan en el primer nivel de atención del sistema público de salud y en concordancia con el Plan Federal de Salud, que considera que dicho nivel cuenta con la mayor capacidad de mejorar los indicadores de salud de la comunidad.

El Curso de Uso Racional de Medicamentos, auspiciado por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación a través del Programa Remediar y dictado por las 23 Facultades de Medicina de todo el país, se propone contribuir a la mejora de la situación de salud de la Argentina y de esta manera, al desarrollo y crecimiento de nuestro país.

El Módulo 0 tiene como objetivo introducir a los alumnos a la estructura pedagógica del curso y describir la situación sociosanitaria actual de la Argentina. En dicha descripción se desarrollan tópicos de vital importancia en la comprensión del contexto en donde se sumergen nuestros gestos sanitarios cotidianos. Entre ellos se destacan la estructura del sistema de salud en Argentina, sus indicadores demográficos y de salud. Un acápite especial está dedicado al

“Mercado de Medicamentos”, cumpliendo éste un rol fundamental en la utilización de los mismos. Lejos de proponer un material de carácter meramente informativo, pretendemos dar inicio a una discusión pendiente dentro del ámbito de los establecimientos asistenciales y educativos de nuestro país.

Por último merece una mención especial el hecho de que Proaps-Remediar ha desarrollado sofisticadas herramientas para generar información acerca de los patrones de prescripción en el primer nivel de atención de la salud. Hemos asumido el compromiso de estudiar el impacto de la capacitación en la modalidad de trabajo de los efectores. De esta manera sabremos cuánto estamos contribuyendo a lograr nuestro principal objetivo: el bienestar de la comunidad.

Graciela Ventura

Coordinadora General Proaps - Remediar

USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

CURSO UNIVERSITARIO DE ACTUALIZACIÓN 9

CAPITULO 1: LA SALUD DE LOS ARGENTINOS..... 19

EJERCICIO Nº 1 23

EJERCICIO Nº 2 29

CAPITULO 2: EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO..... 35

EJERCICIO Nº 3 41

EJERCICIO Nº 4 47

EJERCICIO Nº 5 56

CAPITULO 3: MEDICAMENTOS..... 61

EJERCICIO Nº 6 84

ANEXO 1 CLAVE PARA LA AUTOEVALUACIÓN..... 89

ANEXO 2 BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA..... 101

USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

CURSO UNIVERSITARIO DE ACTUALIZACIÓN

¿Por qué un curso sobre este tema?

Entre el MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE de la Nación, representado por el Sr. Ministro de Salud y Ambiente de la Nación, Dr. Ginés González García y la Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina (AFACIMERA) representada por su presidente el Dr. José María Willington, se conviene celebrar, en julio de 2005, un Convenio con el propósito de establecer mecanismos de cooperación con el fin de Fortalecer la Estrategia de la Atención Primaria de la Salud, promoviendo la formación y capacitación de los Recursos Humanos en Salud en el marco de los diferentes Programas y Subprogramas actualmente en desarrollo.

En el marco del Plan Federal de Salud, existe una Política Nacional de Medicamentos: su objetivo primario es garantizar el acceso a los medicamentos esenciales a toda la población y su objetivo secundario es mejorar la calidad de la prescripción. El Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, a través del PROAPS-REMEDIAR lleva adelante un Programa de Uso Racional de Medicamentos. Hay dos dimensiones principales por las que los medicamentos configuran un gran problema social: las dificultades de acceso para una gran parte de la población y el uso inadecuado de los mismos por parte de los que si acceden. REMEDIAR se ha planteado enfrentar ambos desafíos a la vez.

En el mundo, más del 50% de todos los medicamentos se recetan, se dispensan de forma inadecuada. Al mismo tiempo, alrededor de un tercio de la población mundial carece de acceso a medicamentos esenciales y el 50% de los pacientes los toman de forma incorrecta. Los siguientes son algunos ejemplos de uso irracional de medicamentos:

- ❖ uso de demasiadas medicinas por paciente (polifarmacia)
- ❖ uso de medicamentos antibióticos para infecciones no bacterianas
- ❖ uso de inyectables en casos en los que serían más adecuadas formulaciones orales
- ❖ automedicación a menudo con medicinas que requieren receta médica

El uso inadecuado y excesivo de medicamentos supone un desperdicio de recursos –a menudo pagados por el paciente – y trae como consecuencia la falta de resultados positivos y la incidencia de reacciones adversas. La falta de acceso a los medicamentos y las dosis inadecuadas tienen como consecuencia un alto índice de morbilidad y mortalidad sobre todo en infecciones infantiles y en las enfermedades crónicas como la diabetes.

Por otra parte, la permanente evolución científico- tecnológica en el campo de la Farmacología y de la Terapéutica generan desequilibrios entre la disponibilidad de conocimientos científicos y su utilización en la práctica clínica. **La actualización de los profesionales debe ser permanente y los programas de Educación Continua son una prioridad.**

El Curso Uso Racional de Medicamentos se dicta simultáneamente en 23 Facultades de Medicina y se ha elegido la modalidad de Educación a Distancia.

2. ¿Por qué Educación a Distancia?

Porque es la estrategia que mejor se adapta a las posibilidades de los profesionales que se encuentran comprometidos en una intensa actividad laboral y además porque permite llegar, con la misma cantidad y calidad de información, a gran cantidad de profesionales dispersos por todo el país.

LA EDUCACIÓN A DISTANCIA

- ❖ *es una forma de socializar el conocimiento, la información puede llegar a todos los interesados independientemente de qué lejos se encuentren de un centro universitario.*
- ❖ *se basa en el estudio independiente utilizando materiales especialmente diseñados. Las tradicionales "clases teóricas" dictadas por los profesores son transformadas en material didáctico para el autoaprendizaje.*
- ❖ *utiliza materiales educativos impresos y/o en soporte electrónico.*
- ❖ *permite que cada persona decida en qué momento y lugar puede dedicarse a estudiar.*
- ❖ *se caracteriza por su gran flexibilidad: desaparece la asistencia obligatoria a clases en días y horarios preestablecidos. El alumno tiene disponible "su clase" en el momento que él decida estudiar.*
- ❖ *se caracteriza por la separación del profesor y de los alumnos, la comunicación cara a cara, típica de la educación presencial, es reemplazada por la comunicación mediada por la tecnología.*

Los programas de Educación a Distancia contemplan distintas actividades de enseñanza y de aprendizaje.

EN EL CURSO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

- ❖ *la producción de los módulos impresos con el desarrollo de todos los temas del curso está a cargo de un grupo de profesores universitarios de distintas facultades.*
- ❖ *la impresión y distribución de los módulos es responsabilidad del Programa Remediar.*
- ❖ *la organización y coordinación de los cinco encuentros presenciales y la evaluación formativa es tarea de cada Facultad de Medicina.*
- ❖ *la evaluación final es diseñada y corregida en el Programa Remediar, por el grupo de profesores que escribe los módulos.*

3. Propósitos y objetivos generales del curso URM

Este curso ha sido organizado con los propósitos de:

- ❖ **Promover el Uso Racional de Medicamentos como una estrategia para fortalecer la calidad de la Atención Primaria de la Salud.**
- ❖ **Fortalecer el abordaje de los problemas de salud utilizando las mejores evidencias científicas disponibles.**

Al finalizar este curso, se espera que los participantes hayan adquirido los conocimientos y habilidades necesarios para :

- ❖ *Hacer una prescripción razonada.*
- ❖ *Implementar tratamientos no farmacológicos cuando estén indicados.*
- ❖ *Informar y aconsejar a los pacientes sobre las diferentes estrategias terapéuticas y sobre probables efectos indeseables.*
- ❖ *Promover conductas preventivas y hábitos saludables en la comunidad.*
- ❖ *Detectar y notificar las reacciones adversas a través de las fichas amarillas a los centros de Farmacovigilancia.*
- ❖ *Utilizar las fuentes de información con actitud crítica.*

ACTIVIDADES DEL CURSO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

ESTUDIO INDEPENDIENTE

Cada alumno trabaja con los módulos impresos en los que se presentan los distintos temas del curso y se proponen guías de lectura o ejercicios para facilitar el aprendizaje. Un módulo impreso permite reemplazar la asistencia a clases por la lectura de textos especialmente seleccionados y organizados.

Todos los temas del programa se desarrollan en 5 módulos impresos.

Los módulos serán entregados a los profesionales inscriptos en cada una de las Facultades de Medicina.

ENCUENTROS PRESENCIALES

En fechas y horarios establecidos con anticipación, se encuentran un docente y un grupo de alumnos. Los propósitos de los encuentros presenciales son: intercambiar información, plantear y resolver dudas, confrontar ideas, compartir experiencias profesionales, participar en estrategias vivenciales.

Los encuentros presenciales son de asistencia obligatoria. Cada encuentro presencial se desarrolla como una jornada de 8 horas de trabajo. Se combinan reuniones plenarias y pequeños grupos de discusión. Se han previsto 5 encuentros presenciales. Las fechas y horarios son establecidos por cada una de las Facultades.

TUTORÍAS

Los alumnos necesitan tener un referente a quien consultar sus dudas.

Las tutorías son implementadas por cada facultad que utilizará los recursos que tenga disponible (horas docentes, teléfono, e-mail, apoyo administrativo). Cada Facultad debe disponer de horarios de consulta.

EVALUACIONES FORMATIVAS

A través de la discusión en pequeños grupos y de la participación activa en los encuentros presenciales,

el docente orientará sobre las mejores estrategias de estudio y de consulta.

EVALUACIÓN FINAL INTEGRADORA

Al finalizar el estudio de los 5 módulos y realizados los cinco encuentros presenciales se implementará un examen escrito, a libro abierto, en domicilio.

CERTIFICADO

Con el 80% de asistencia a los encuentros presenciales y examen final aprobado se entregará un Diploma por curso de 225 horas.

4. Contenidos de enseñanza

MÓDULO 0

El curso URM: antecedentes, marco de referencia. Propósitos, objetivos, contenidos y organización general. **La salud de los argentinos.**

MÓDULO 1

1.1. Introducción al uso racional de los medicamentos.

Escenario de los medicamentos. Medicamentos esenciales. Mercado de medicamentos. Uso racional. Formularios y Listados. Determinantes de la prescripción. Estrategias de optimización de los hábitos prescriptivos.

1.2. El proceso de la terapéutica razonada.

Sistemática de abordaje de los problemas de salud prevalentes. Criterios de selección de fármacos: cardiopatía isquémica. Elaboración de un formulario personal.

1.3. Uso de Fuentes de información sobre medicamentos.

Identificación de estudios para obtener información sobre eficacia y/o seguridad de los fármacos. Niveles de evidencia y grados de recomendación para la selección y utilización de medicamentos. Tipos de estudios.

1.4. Enfoque racional en la terapéutica de la Hipertensión Arterial esencial

Uso Racional en la HTA. Sistemática de abordaje. Metodología y criterios para la selección de fármacos y tratamientos no farmacológicos. Tratamiento de pacientes en situaciones especiales y comorbilidades-. Seguimiento del paciente. Farmacovigilancia.

MÓDULO 2

2.1. Farmacovigilancia.

Conceptos. Reacciones adversas. Tipos. La farmacovigilancia en Argentina y Latinoamérica. La OMS y el Centro Internacional de Monitoreo de Fármacos. Métodos en Farmacovigilancia. Importancia y características de la notificación voluntaria en Argentina. El papel del médico en la evaluación y clínica de las reacciones adversas a medicamentos: la ficha amarilla de farmacovigilancia.

2.2. Enfoque racional en la terapéutica de la Diabetes Mellitus tipo 2

Uso Racional en la Diabetes Mellitus tipo 2. Sistemática de abordaje. Metodología y criterios

para la selección de fármacos y tratamientos no farmacológicos. Beneficio/riesgo/costo. Tratamiento de pacientes con diabetes, situaciones especiales y comorbilidades. Seguimiento del paciente. Farmacovigilancia.

2.3. Enfoque racional en la terapéutica de la Insuficiencia cardíaca.

Uso Racional en la Insuficiencia Cardíaca. Sistemática de abordaje. Metodología y criterios para la selección de fármacos y tratamientos no farmacológicos. Tratamiento de pacientes con comorbilidades. Seguimiento del paciente. Farmacovigilancia.

2.4. Enfoque racional en la terapéutica del Asma Bronquial

Uso Racional en el Asma Bronquial. Sistemática de abordaje. Metodología y criterios para la selección de fármacos y tratamientos no farmacológicos. Tratamiento de pacientes con asma bronquial agudo y crónico. Seguimiento del paciente. Farmacovigilancia.

MÓDULO 3

3.1. Enfoque racional en la terapéutica del síndrome febril

Uso Racional en el síndrome febril. Estrategias farmacológicas y no farmacológicas. Selección de fármacos en situaciones especiales: embarazo, niños, ancianos. Eficacia y seguridad. Farmacovigilancia.

3.2. Enfoque racional en la terapéutica de las Infecciones respiratorias altas.

Uso Racional en las Infecciones Respiratorias Altas. Otitis media aguda y faringoamigdalitis. Gérmenes prevalentes. Selección y uso adecuado de los antimicrobianos(ATM) Rol del profesional en la aparición de resistencia bacteriana: problema de salud global. Estrategias de prevención- Farmacovigilancia.

3.3. Enfoque racional en la terapéutica de las infecciones urinarias bajas

Uso Racional en las Infecciones Urinarias Bajas. Cistitis simple e infecciones urinarias a repetición. Gérmenes prevalentes. Selección y uso adecuado de los antimicrobianos (ATM) Rol del profesional en la aparición de resistencia bacteriana: problema de salud global. Estrategias de prevención- Farmacovigilancia.

3.4. Enfoque racional en la terapéutica de las infecciones ginecológicas micóticas y/o bacterianas

Uso Racional en las Infecciones ginecológicas frecuentes. Gérmenes prevalentes. Selección y uso adecuado de los antimicrobianos (ATM) Rol del profesional en la aparición de resis-

cia bacteriana: problema de salud global. Estrategias de prevención- Farmacovigilancia.

MÓDULO 4

4.1. Enfoque racional de la terapéutica de los traumatismos osteomusculares, artrosis y odontalgia

Uso Racional. Sistemática de abordaje. Metodología y criterios para la selección de fármacos y tratamientos no farmacológicos. Retiros del mercado por efectos adversos graves. Seguimiento de los pacientes. Farmacovigilancia.

4.2. Enfoque racional de la terapéutica en trastornos del aparato digestivo

Uso Racional en los trastornos del Aparato digestivo. Trastornos del aparato digestivo: manejo racional de náuseas y vómitos, diarrea aguda y estreñimiento. Dispepsia no ulcerosa. Úlcera péptica. Farmacovigilancia.

4.3. Enfoque racional de la terapéutica de las parasitosis cutáneas e intestinales

Uso Racional. Parasitosis prevalentes. Ciclo biológico de los parásitos. Prevención. Estrategias no farmacológicas. Selección y uso racional de fármacos. Información sobre eficacia y seguridad. Rol del médico en la educación de la comunidad. Farmacovigilancia.

4.2. Problemas en la utilización de algunos medicamentos en los centros de atención primaria de la salud: benzodiazepinas, polivitamínicos. Uso Racional. Farmacovigilancia.

CAPITULO 1

La salud de los argentinos



1. CONDICIONES SOCIO ECONÓMICAS Y SANITARIAS

La República Argentina tiene algunas características y logros sociales así como condiciones de salud, que la diferencian de otros países de la región de las Américas. Por ejemplo: su población es producto de una importante corriente inmigratoria europea; temprana incorporación de los derechos civiles y sociales- primer país del continente en abolir la esclavitud y en incorporar el voto femenino (en 1947) y el primer país en desarrollar -en la segunda mitad del siglo XIX- un sistema de educación pública, universal y gratuita. Sin embargo, Argentina no escapó de los mayores azotes políticos y económicos que castigaron a varios países de la región. Los golpes militares y sus consecuentes gobiernos dictatoriales, los conflictos internos armados, la crisis de la deuda externa, la hiperinflación, la estanflación de los ochenta, etc.

Durante los ochenta el país consiguió redemocratizar el Estado y la sociedad. Luego en la década del noventa a través de una política monetaria que establece la paridad de su moneda con el dólar estadounidense, se consiguió recuperar rápidamente el equilibrio macroeconómico y el crecimiento del Producto Bruto. En este contexto de reforma económica se desplegó también una Reforma del Estado que se inició con las privatizaciones de las empresas públicas, la alteración del régimen de los empleados nacionales, y luego afectó a sectores específicos como el de salud. La reforma sectorial de estos años se centra en dos componentes la autogestión de los hospitales públicos y la desregulación de las Obras Sociales.

Desde 1998, la economía se encontraba en una situación de profundo estancamiento y recesión, las condiciones de vida de la población empezaron a deteriorarse y en los últimos meses de 2001 la situación derivó en una crisis política, institucional y socioeconómica sin precedentes. Los principales indicadores se detallan en el cuadro adjunto:

TABLA 1: INFORMACIÓN GENERAL DEL PAÍS *

| INDICADOR Y AÑO DE REFERENCIA | VALOR |
|---|------------|
| Superficie del país (en Km ²) | 2.780.400 |
| Población total. Año 2005 ¹ | 38.592.150 |
| Tasa anual media de crecimiento poblacional, por mil ² | 10.1 |
| Tasa de urbanización. Censo 2000. INDEC | 89.3 |
| Tasa de desempleo (tercer trimestre de 2005) Encuesta Permanente de Hogares Continua INDEC. | 11.1 |
| Población con Necesidades Básicas Insatisfechas (2001) INDEC ³ | 17.7 |
| PBI a precios de mercado. En millones de pesos corrientes 1993. Estimación preliminar. ⁴ | 304.815 |

*Notas al pie de la página siguiente.

A partir del primer semestre del 2003 los porcentajes tanto de pobreza e indigencia, tal como se observa en la Tabla N° 2, fueron mejorando en forma paulatina.

Analizando la situación al primer semestre del 2005 el porcentaje de personas debajo de la línea de pobreza ha bajado 15 puntos porcentuales, pasando del 54 % de personas bajo la línea en el primer semestre del 2003 a 38.5 % en último semestre del 2005.

TABLA 2: POBREZA E INDIGENCIA. TOTAL 28 AGLOMERADOS URBANOS. SEMESTRE 2003 -2005

| | Primer semestre 2003 | Segundo semestre 2003 | Primer semestre 2004 | Segundo semestre 2004 | Primer semestre 2005 |
|-----------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Bajo la línea de pobreza | | | | | |
| Hogares | 42,7 | 36,5 | 33,5 | 29,8 | 28,4 |
| Personas | 54 | 47,8 | 44,3 | 40,2 | 38,5 |
| Bajo la línea de indigencia | | | | | |
| Hogares | 20,4 | 15,1 | 12,1 | 10,7 | 9,5 |
| Personas | 27,7 | 20,5 | 17 | 15 | 13,6 |

Fuente: EPH. INDEC

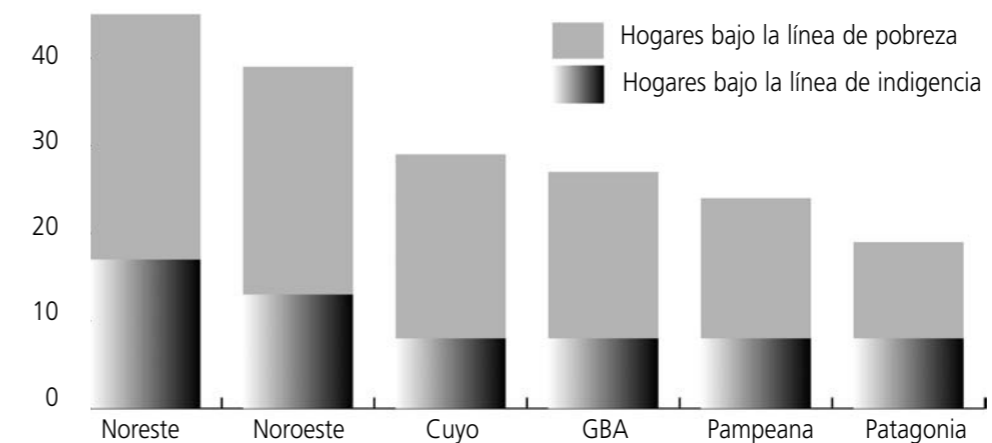
La distribución de la población pobre en regiones con distinto grado de desarrollo económico exige la implementación de políticas diferenciales en materia alimentaria, sanitaria, educativa y de la seguridad social y de promoción de la sustentabilidad ambiental. **Revertir la inequidad equivale a brindar acceso.** De nada vale aumentar la inversión en salud si una madre que vive en una zona carenciada no puede llegar a un centro de vacunación, no tiene un adecuado control perinatal para su bebé, o no puede hacer consultas preventivas para sus hijos.

- ❖ Si observamos el problema por regiones (Gráfico 1), la región del Noreste presenta las tasas más altas de pobreza e indigencia y las provincias de Corrientes y Chaco son las que presentan los índices más elevados de todo el país (68,7% y 65,5% respectivamente).
- ❖ 17 de las 24 provincias argentinas presentan tasas de pobreza superiores al promedio nacional.

NOTAS de la Tabla 1, página 19

1. Estimaciones y proyecciones nacionales de población por sexo y edad. 1950-2015. INDEC. Ministerio de Economía y Producción.
2. Estimaciones y proyecciones nacionales de población por sexo y edad. 1950-2015. INDEC. Ministerio de Economía y Producción.
3. Las Necesidades Básicas Insatisfechas fueron definidas de acuerdo con la metodología utilizada por INDEC en "La Pobreza en la Argentina", (Serie Estudios INDEC N° 1, Buenos Aires, 1984). Los hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas son aquellos que presentan al menos uno de los siguientes indicadores de privación: a) Hacinamiento: hogares que tuvieran más de 3 personas por cuarto, b) Vivienda: hogares que habitaran en una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo), c) Condiciones sanitarias: hogares que no tuvieran ningún tipo de retrete, d) Asistencia escolar: hogares que tuvieran algún niño en edad escolar que no asista a la escuela, e) Capacidad de subsistencia: hogares que tuvieran 4 ó más personas por miembro ocupado y, además, cuyo jefe tuviera baja educación.
4. Fuente: Dirección Nacional de Cuentas Nacionales. INDEC.

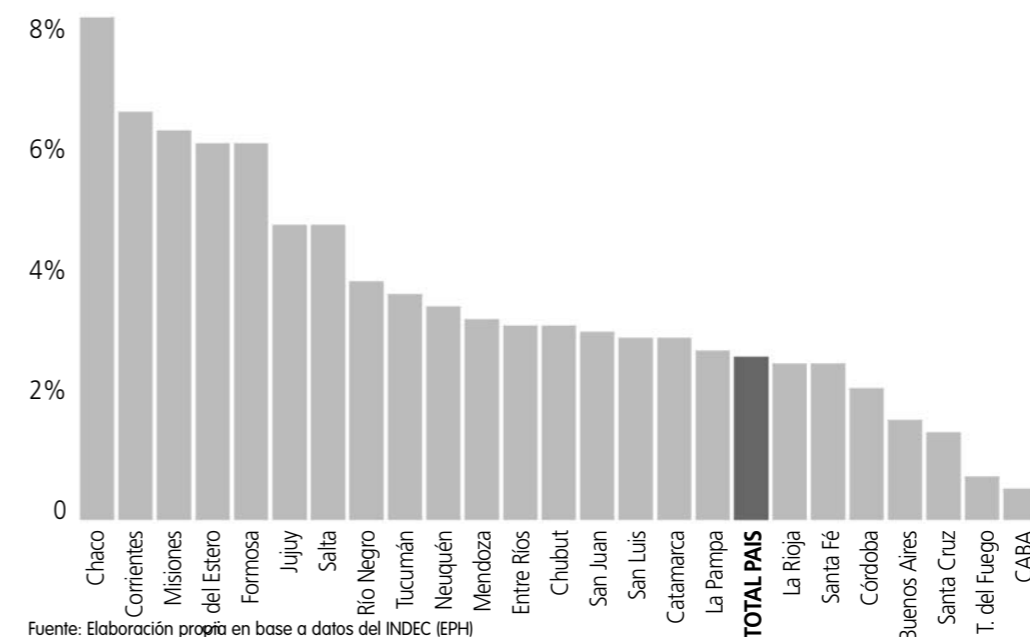
GRÁFICO 1. POBREZA E INDIGENCIA SEGÚN REGIÓN DEL PAÍS. PRIMER SEMESTRE DE 2005, EN %



Fuente: Elaboración propia en base a datos del INDEC (EPH)

Un indicador de importancia para dimensionar **las inequidades en la población**, es la condición de analfabetismo –se considera alfabetizada a la persona que sabe leer y escribir en cualquier idioma– en el Gráfico N° 2 se presenta por provincia. Las jurisdicciones que presentan mayores tasas de analfabetismo son Corrientes, Chaco, Misiones, y Santiago del Estero, con porcentajes superiores al promedio del país que es de 2.6 %. Mientras que Capital Federal, Tierra del Fuego, Santa Cruz y Buenos Aires resultan las mejores posicionadas.

GRÁFICO 2. POBLACIÓN DE 10 Y MÁS AÑOS EN CONDICIÓN DE ANALFABETISMO, AMBOS SEXOS. AÑO 2001. EN %

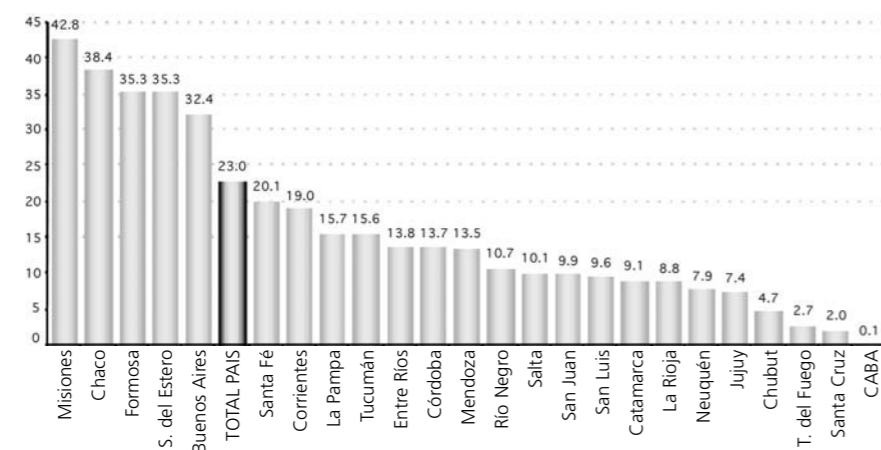


Fuente: Elaboración propia en base a datos del INDEC (EPH)

EJERCICIO N° 1

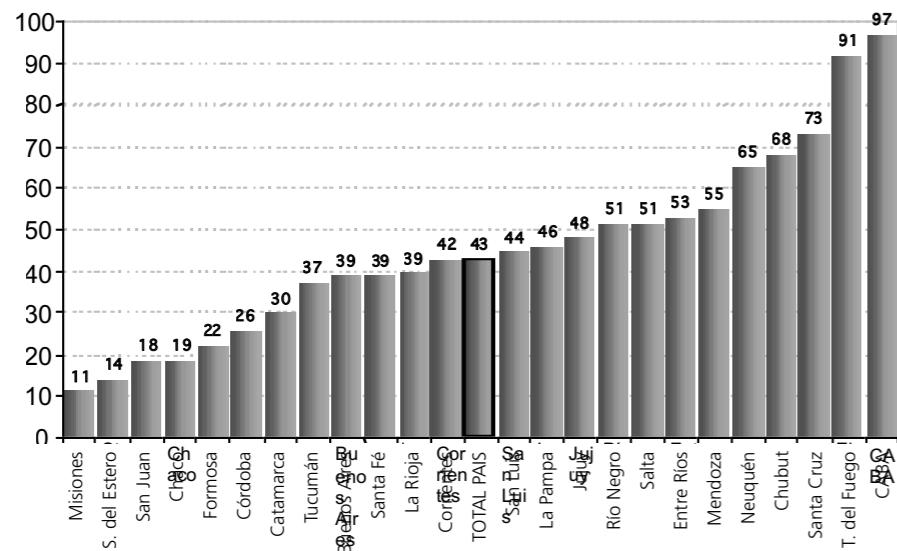
Tanto los indicadores de ingresos – población bajo la línea de pobreza e indigencia -, como también los indicadores de infraestructura en servicios – población con cobertura de agua potable y cloacas -, que se observan en el Gráfico 3 y 4, y condiciones de analfabetismo demuestran coincidencia a nivel de las jurisdicciones. Los peores porcentajes se repiten en las provincias del Noreste y Noroeste, esto tiene una correspondencia fuerte con los indicadores de salud a nivel provincial.

GRÁFICO 3. POBLACIÓN POR PROVINCIAS SIN AGUA CORRIENTE—AÑO 2001 (EN PORCENTAJE)



Fuente: Elaboración propia en base a datos del INDEC

GRÁFICO 4. POBLACIÓN POR PROVINCIAS CON DESAGÜES CLOCALES - AÑO 2001 (EN PORCENTAJE)



Fuente: Elaboración propia en base a datos del INDEC

Sin embargo, y a pesar de todo, durante los últimos veinte años la salud de los argentinos mejoró notablemente. Esta es una realidad que surge de la mayoría de los indicadores aceptados en todo el mundo. En promedio, vivimos más y mejor que antes.



A. Lea cada uno de los enunciados y marque V si considera que lo que se dice es verdadero y marque F si es falso. Si no está seguro, puede marcar la opción no sé.

- Argentina es el primer país del continente que desarrolló un sistema de educación pública, universal y gratuita. _____
- Las mujeres argentinas obtuvieron el derecho a votar antes que las mujeres de otros países de América. _____
- En la región de las Américas, Argentina fue el primer país que abolió la esclavitud. _____
- En 5 años, de 1998 a 2003, la pobreza prácticamente se duplicó. _____
- La pobreza se distribuye más o menos homogéneamente en todo el país. _____
- Las provincias del Noreste registran un porcentaje de analfabetismo que es el triple del promedio nacional. _____
- El 60% de las personas que viven en provincia de Buenos Aires carecen de desagües cloacales. _____
- El 100% de la población argentina tiene agua corriente. _____
- En Misiones sólo la mitad de los habitantes tiene agua corriente. _____
- En Ciudad de Buenos Aires, el 99,9% tiene agua corriente. _____
- En la provincia de Córdoba, sólo el 25% de la población tiene desagües cloacales. _____
- Las condiciones de pobreza, el analfabetismo y la falta de agua segura y de desagües cloacales tienen una relación indirecta con las condiciones de salud de los niños. _____

| | V | F | no sé | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12 |



B. Explique, con sus propias palabras, qué significa "revertir la inequidad".

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Puede comparar sus respuestas con las que figuran en el anexo Clave para la Autoevaluación.

1.1. Transición epidemiológica

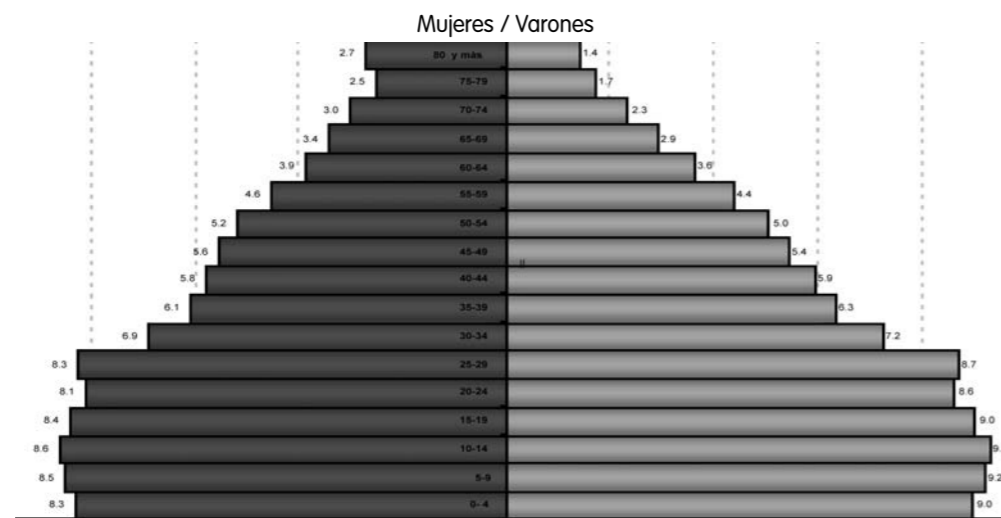
La transición epidemiológica es definida como cambios en la evolución de las enfermedades, invalidez y muerte de una población. La transición epidemiológica en su conjunto se muestra asociada al desarrollo económico y social, a los procesos de modernización y al mejoramiento de los niveles de educación. Se sostiene que los países desarrollados ya completaron la transición de enfermedades transmisibles a no transmisibles.

El envejecimiento poblacional provoca la cronicidad de enfermedades e incrementa el costo de la cobertura médica. Los cambios demográficos promueven modificaciones en el perfil epidemiológico del país.

La dinámica de las poblaciones ha experimentado cambios en el ritmo de crecimiento, en la composición por edad y por sexo. En la República Argentina, como en otros países, se observa una situación demográfica opuesta a la de hace un siglo atrás:

- ❖ una disminución en cifras relativas del grupo de edad joven,
- ❖ una expansión importante del grupo de edad avanzada y
- ❖ una estatificación del grupo de edad activa.

GRÁFICO 5. PIRÁMIDE DE POBLACIÓN POR SEXO. ARGENTINA AÑO 2005.



Por sus características demográficas, Argentina se ubica en un punto intermedio entre los países europeos y América Latina. Presenta una pirámide poblacional con ligera tendencia al envejecimiento, aunque aún con una población infantil proporcionalmente mayor a la que presentan los países nórdicos. De manera complementaria, el peso proporcional de los ancianos (10%) es en Argentina aún bajo, si se lo compara con los países desarrollados donde ronda el 12%, se espera que este grupo poblacional crezca en forma acelerada.

Como ocurre en la mayoría de los países de la región, se registra en Argentina una alta heterogeneidad regional. Por ejemplo, la población menor de 15 años en Capital Federal es casi la mitad de la que representa la misma faja de edad en las provincias más desfavorecidas como Formosa.

TABLA 3: POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDAD. AÑO 2005 (VALORES Y %)

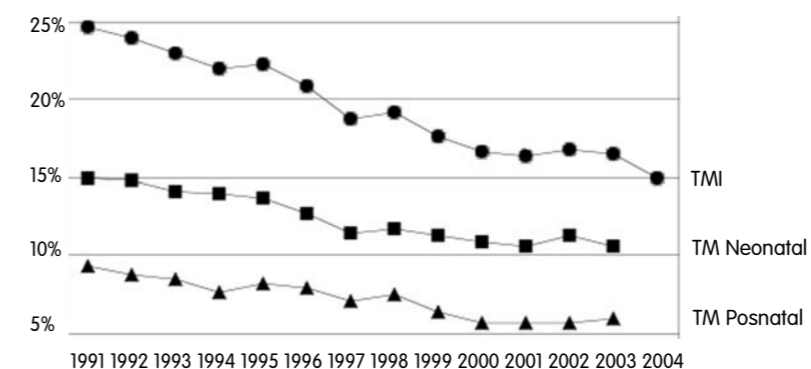
| GRUPOS DE EDAD | CANTIDAD | EN % |
|----------------|-------------------|------------|
| 0-4 | 3,329,198 | 8.6 |
| 5-14 | 6,875,421 | 17.8 |
| 15-34 | 12,587,990 | 32.6 |
| 35-49 | 6,779,008 | 17.6 |
| 50-64 | 5,147,363 | 13.3 |
| 65 y más | 3,873,170 | 10 |
| TOTAL | 38,592,150 | 100 |

FUENTE: Estimaciones y proyecciones nacionales de población por sexo y edad. 1950-2015. INDEC. Ministerio de Economía y Producción

La esperanza de vida al nacer evolucionó favorablemente en el transcurso de estos últimos treinta años: en el período 1975-1980: 65,4 años para los hombres y 72,1 años para las mujeres. Los datos actuales⁵ muestran que para los hombres llega a 70,6 y en las mujeres 78,1 años, mejorando el indicador para la población en total que llega a 74,28 años.

En el año 2003 empieza un descenso marcado de la mortalidad infantil. Según datos en el 2004 se registraron alrededor de 1000 muertes infantiles menos que el año anterior llegando a ser de 14.4 por mil nacidos vivos, notándose el impacto de las políticas socio sanitarias implementadas, esta tendencia sigue manteniéndose.

FIGURA 1. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL Y SUS COMPONENTES, 1991-2003. EVOLUCIÓN.



Fuente: Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud y Ambiente. República Argentina

5. Estimaciones y proyecciones nacionales de población por sexo y edad. 1950-2015. INDEC. Ministerio de Economía y Producción

Una vez más, las asimetrías regionales son pronunciadas, y es por ello que una de las metas comprometidas en el Plan Federal de Salud es no sólo la reducción de la tasa sino de las asimetrías; según los datos del 2004:

- ❖ la Ciudad Autónoma de Buenos Aires registra una mortalidad infantil de 8.7 por mil nacidos vivos,
- ❖ las Provincias de Catamarca, Chaco, Formosa y Tucumán superan el 20 por mil nacidos vivos,
- ❖ Formosa con una tasa del 25.1 por mil nacidos vivos es la tasa más alta del país.

El descenso de las tasas de mortalidad se está logrando con la implementación de estrategias de Salud Pública y con la incorporación de tecnología médica. Entre las medidas más efectivas se destacan los programas de vacunación masiva, la ampliación de la cobertura de atención en salud, la provisión gratuita de medicamentos, la realización de campañas masivas de prevención y promoción de la salud, la formación y capacitación de recursos humanos en APS entre otras.

Con respecto a la Mortalidad Materna, la tasa registrada en el año 2003 fue de 4,4 por 10.000 nacidos vivos. Las causas obstétricas directas (53%) y el embarazo terminado en aborto (31%) constituyen las principales causas de defunción materna. Una proporción importante de mujeres embarazadas llega al momento del parto con un número insuficiente y muchas veces tardío de controles prenatales.

TABLA 4: INDICADORES DE SALUD SELECCIONADOS. AÑO 2004.

| INDICADOR SELECCIONADO | VALOR EN % |
|--|------------|
| Tasa bruta de natalidad por 1,000 habitantes | 19.3 |
| Tasa bruta de mortalidad por 1,000 habitantes | 7.7 |
| Tasa de mortalidad infantil por 1,000 nacidos vivos | 14.4 |
| % de muertes neonatales reducibles | 56.1 |
| % de muertes post-neonatales reducibles | 56.7 |
| Tasa de mortalidad < de 5 años por 1,000 nacidos vivos | 10 |
| Mortalidad de men. de 5 años por diarreas | 110 |
| Mortalidad de menores de 5 años por IRA | 488 |
| Tasa de mortalidad materna por 10,000 nacidos vivos | 4.0 |
| % recién nacidos con un peso < a 2500g | 7.56 |
| % recién nacidos con un peso < a 1500g | 1.2 |

FUENTE: DEIS - Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación; Indicadores de Natalidad y Mortalidad; disponible en línea en www.deis.gov.ar.

La transición epidemiológica expresada en el descenso de la mortalidad y de la fecundidad, también significa variaciones en las principales causas de muerte. En términos generales, se manifiesta un desplazamiento del predominio de enfermedades infecciosas y parasitarias, a los tumores y enfermedades del tipo degenerativo; así como también a las causas externas, como accidentes y suicidios. La transición epidemiológica hacia las enfermedades no transmisibles que se debe, en parte, a estilos de vida poco saludables y a la preponderancia de ciertos factores de riesgo entre los que se destaca el tabaquismo, hábito que, en los hombres de 16 a 64 años, supera el 45%.

En tal sentido, el ministerio de Salud de la Nación ha implementado el Programa Nacional de Control del Tabaco que ofrece un enfoque integral de la problemática del tabaco, abarcando los aspectos principales que determinan el alto consumo de tabaco en Argentina. Se realizan campañas por radio, televisión y medios gráficos.

En relación a las principales causas de muerte, en el último decenio, se observa un patrón similar a los países desarrollados. En los menores de 45 años la principal causa de muerte son los accidentes, en segundo lugar otras causas extremas de traumatismo y en tercer lugar tumores. En el caso de mayores de 45, se diferencian aquellos entre 45 a 64 años donde la primer causa son tumores y en segundo lugar las enfermedades del sistema respiratorio.

La presencia de enfermedades infecciosas emergentes y re-emergentes indica que Argentina no ha dejado atrás los riesgos sanitarios de los países en vías de desarrollo. Es importante recordar que en menores de 5 años los casos de muerte por infecciones representan el 21,7%. Algunas enfermedades como el hantavirus, la leishmaniasis e incluso el dengue, están relacionadas con el deterioro del medio ambiente público y privado. Otras, como la triquinosis y el síndrome urémico hemolítico, con el descuido en los hábitos alimentarios. Pero todas, en general, hablan de una baja en la calidad de vida en ciertas regiones y en determinados sectores de la población. Problemas como el SIDA, Tuberculosis y Chagas no están ausentes. Cuando se analizan la cantidad de defunciones neonatales según criterios de reducibilidad, se puede observar que el 34.3 % son causas reducibles por diagnóstico y tratamiento oportuno en el embarazo, el 10.6 % por diagnóstico en el parto y el 9.9 % por diagnóstico en el recién nacido. El 40 .1 % se produce por causas difícilmente reducibles. (Ver Tabla 5 en la página siguiente).

EJERCICIO N° 2

TABLA 5. DEFUNCIONES SEGÚN CAUSAS SELECCIONADAS. ARGENTINA. AÑO 2004 (VALORES Y %)

| GRUPOS DE CAUSAS DE DEFUNCIÓN | TOTAL | PORCENTAJE |
|--|----------------|------------|
| TOTAL | 294,051 | 100 |
| A. CAUSAS DEFINIDAS | 272,299 | - |
| Enf. del Sistema Circulatorio | 90,993 | 30.9 |
| Tumores | 57,772 | 19.6 |
| Enf. del Sistema Respiratorio | 41,246 | 14.0 |
| Causas Externas | 18,094 | 6.2 |
| Enfermedades Infecciosas o Parasitarias | 13,343 | 4.5 |
| Diabetes Millitus | 9,246 | 3.1 |
| Enf. del Sistema Genitourinario | 8,382 | 2.9 |
| Ciertas Infecciones originadas en el Período Perinatal | 5,538 | 1.9 |
| Malformaciones Congénitas, Deformidades y Anomalías Cromosómicas | 2,864 | 1.0 |
| Ciertas Enf. Crónicas del Hígado y Cirrosis | 2,571 | 0.9 |
| Trastornos Mentales y del Comportamiento | 2,452 | 0.8 |
| Deficiencias de la Nutrición y Anemias Nutricionales | 1,547 | 0.5 |
| Apendicitis, Hernia de la Cavidad Abdominal y Obstrucción Intestinal | 1,231 | 0.4 |
| Meningitis | 396 | 0.1 |
| Embarazo, Parto y Puerperio | 313 | 0.1 |
| Otras Causas Definidas | 16,311 | 5.5 |
| B. CAUSAS MAL DEFINIDAS Y DESCONOCIDAS | 21,752 | |

FUENTE: DEIS-Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación; Estadísticas Vitales – Información Básica 2004; Diciembre de 2005 (www.deis.gov.ar)



Verifique cuánto aprendió sobre la transición epidemiológica en Argentina...

A.- Marque la respuesta correcta.

1. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca de la transición epidemiológica es FALSA?

- a) Los cambios demográficos y los cambios socio-económicos son los que determinan la "transición epidemiológica"
- b) La transición epidemiológica se define como cambios en las enfermedades, invalidez y muerte de una población
- c) Pasar de la prevalencia de enfermedades transmisibles a la prevalencia de enfermedades no transmisibles
- d) Pasar de la falta de datos epidemiológicos a disponer de información confiable.

2. ¿Cuántos niños nacen cada año en Argentina?

- a) más de 1 millón
- b) alrededor de 700.000
- c) medio millón
- d) alrededor de 300.000

3. Argentina tiene, en promedio, un 10% de su población de 65 años y más. ¿Qué jurisdicciones son las que tienen un porcentaje de mayores de 65 y más por encima del promedio nacional?

- a) Ciudad de Buenos Aires, Santa Fé, Córdoba, Buenos Aires
- b) Ciudad de Buenos Aires, La Pampa, Mendoza, Entre Ríos
- c) Ciudad de Buenos Aires, Santa Fé, Córdoba, La Pampa
- d) Córdoba, Santa Fé, Buenos Aires, La Pampa

4. ¿Cuál de los siguientes indicadores demográficos NO ES CIERTO?

En la Argentina...

- a) nacen cerca de 700.000 niños por año
- b) el 27% de la población es menor de 15 años
- c) el 10% de la población tiene 65 años y más
- d) la esperanza de vida al nacer de los varones es mayor que la de las mujeres

5. La Argentina tiene una mortalidad infantil de 14. Esto significa que cada año mueren 14 niños

- a) menores de 5 años por cada 1.000 habitantes
- b) menores de 1 año por cada 1.000 habitantes
- c) menores de 1 año por cada 1.000 nacidos vivos
- d) recién nacidos por cada 1.000 nacidos vivos

6. Cuáles son las tres primeras causas de muerte en Argentina? Recuerde que causas externas incluye accidentes, homicidios y suicidios.

- a) cardiovasculares, tumores, causas externas
- b) tumores, infecciosas, causas externas
- c) deficiencias de la nutrición y anemias nutricionales, diabetes mellitus, infecciosas
- d) cardiovasculares, tumores, enfermedades del sistema respiratorio

7. El 56% de las muertes neonatales es reducible. Esto significa que podría evitarse la mitad de las muertes de niños menores de

- a) 28 días
- b) 6 meses
- c) 1 año
- d) 5 años

8. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca de la salud materno infantil es FALSA?

- a) el 8% de los recién nacidos tiene un peso por debajo de los 2.500 g
- b) la tasa de mortalidad de los menores de 5 años es 16,6 cada 1.000 nacidos vivos
- c) la tasa de mortalidad materna es de 4 cada 10.000 nacidos vivos
- d) en 2004, 560 niños menores de 5 años fallecieron por diarrea

9. Si la tasa de mortalidad materna es de 4 por 10.000 nacidos vivos y en 2003 se registraron 697.952 nacidos vivos ¿cuántas mujeres murieron por causas vinculadas al embarazo, parto y puerperio?

- a) 232
- b) 279
- c) 310
- d) 418



**B. Escriba algunas reflexiones sobre su práctica clínica...
¿cómo se ven los datos demográficos y epidemiológicos
en la vida "real"?**

¿Cuáles son las características de la población que ud. atiende en el centro de salud? ¿Todas las personas saben leer y escribir? ¿Ud. puede hacer por escrito las indicaciones al paciente?

.....
.....
.....
.....

¿Atiende igual número de varones que de mujeres? ¿En el Centro de Salud, cuál es el motivo de consulta más frecuente? Consulte a sus colegas.

.....
.....
.....
.....

¿Qué grupo etario es el que más consultas demanda en el centro de salud?

.....
.....
.....
.....

¿Participa en algún programa o actividad dirigida a disminuir la mortalidad infantil? Enumere y describa las actividades en las que participa.

.....
.....
.....
.....

¿Qué relación puede establecer entre el creciente número de transplantes hepáticos en niños que se realiza en nuestro país y las condiciones que se muestran en los gráficos 2-3 y 4 ?

.....
.....
.....
.....

Menciones 3 motivos de consulta frecuentes en su práctica que estén directamente relacionados con las condiciones de saneamiento básico.

.....
.....
.....
.....

¿Cuántos certificados de defunción ha firmado? ¿Cuáles fueron las causas de muerte?

.....
.....
.....
.....

¿Tiene alguna idea sobre la cantidad de mujeres que fallecen por sepsis por abortos clandestinos, en el área de referencia del Centro de Salud?

.....
.....
.....
.....

¿Cree que la información presentada en este capítulo tiene alguna utilidad para su práctica profesional? ¿Por qué?

.....
.....
.....
.....



Anote sus reflexiones y llévelas al Encuentro Presencial. El próximo paso es analizar las características del sistema de salud.

CAPITULO 2

El sistema de salud argentino



1. Componentes de un sistema de salud

Un sistema de salud es un modelo de organización social para dar respuesta a los problemas de salud de la población. El sistema de salud es el resultado de la articulación de tres componentes: el político, el económico y el técnico. La articulación de estos tres componentes da lugar a tres modelos:

1. Modelo de Gestión (político).
2. Modelo de Financiación (económico).
3. Modelo de Atención (técnico).

El **Modelo de Gestión** define las prioridades del sistema en función de los valores que lo guían y establece las actividades que le corresponden al Estado. En cuanto a los valores: cada sistema de salud privilegia determinados aspectos sobre otros; por ejemplo, algunos se preocupan más por la universalidad de la cobertura, mientras otros lo hacen por la efectividad de las acciones y su impacto sobre la calidad de vida de los ciudadanos. En cuanto a las actividades del Estado se pueden mencionar: informar a la población; proveer directamente servicios a la población; comprar servicios al sector privado; financiar servicios de salud; regular la salud (ejercicio de las profesiones, exigencias de los establecimientos, aprobación de medicamentos).

El **Modelo de Financiación** define: ¿Cuánto debe gastar en salud el país? ¿De dónde provienen los recursos? ¿Cómo se asignan los recursos? Los cambios en la economía (en especial en las bases tributarias de los países) llevan a la redefinición permanente de las fuentes de recursos para financiar las acciones de salud. Una serie de variables deben ser consideradas para dar respuestas a estos interrogantes: los niveles de salud de la población; los modelos de sistemas de salud; el tamaño de la economía. La mayoría de los países expandió y consolidó sus sistemas de salud sobre la base de un impuesto al trabajo (obras sociales). En la actualidad la tendencia es reemplazar esta fuente de financiación por otras.

El **Modelo de Atención** define qué tipo de acciones y servicios se debe prestar a la población. ¿A quién cubrir? (criterios de elegibilidad o inclusión dentro del sistema); ¿Cómo prestar? (con qué criterios o padrones); ¿Dónde prestar? (en qué lugares, de qué manera distribuir la oferta, qué criterios de referencia y contrarreferencia adoptar).

6. Este capítulo ha sido elaborado utilizando como fuente la siguiente publicación: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Programa de Médicos Comunitarios. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Módulo 5. Políticas de salud. Octubre 2005.

2. Breve Historia del sistema de salud argentino

La organización del sistema de salud de nuestro país es compleja. Un brevísimos repaso de su historia ilustrará sobre cómo se desarrollaron sus principales sectores. Todas las sociedades, cualquiera sea su evolución cultural, cuentan con algún tipo de medicina. La que en nuestro territorio preexistió a la llegada del conquistador europeo todavía se mantiene viva en regiones con tradición indígena como la puna noroesteña, o en poblaciones rurales. El español trajo a América su medicina occidental, representada tanto por los cirujanos que acompañaban las expediciones militares cuanto por quienes -en buena o dudosa ley- ejercieron luego sus artes curativas en los asentamientos coloniales.

Desde 1611 la ciudad-puerto tenía un pequeño hospital, limitado primero a la atención de los militares del presidio; una cédula real de 1745 lo convirtió en Hospital General de Hombres, a cargo de los padres bethlemitas y sostenido en parte por la caridad pública.

Hacia 1780 el virrey Vértiz instala en Buenos Aires el Tribunal del Protomedicato, cuyas funciones y facultades permiten considerarlo el primer organismo de salud pública de nuestras tierras. A comienzos del siglo XIX se inicia, sobre todo en Buenos Aires, la etapa fundacional hospitalaria; en poco tiempo se crearon hospitales, dispensarios, asilos y pequeñas salas de atención, en todo el territorio nacional, que tendieron a solucionar los problemas de salud de los grupos de bajos recursos económicos.

La **medicina mutual** -un rasgo peculiar de la Argentina- surge con la incorporación masiva de inmigrantes, que fundan sociedades de socorros mutuos basadas en el agrupamiento por colectividades étnicas. Ya por 1827 los comerciantes ingleses habían establecido una precursora Sociedad Filantrópica y a fines del siglo XIX han surgido mutualidades tales como Hospital Italiano, Español, Británico o Francés. Estas organizaciones se basan en los siguientes principios: adhesión voluntaria, organización democrática, neutralidad ideológica, contribución pecuniaria en consonancia con los beneficios a recibir y capitalización de los exedentes. Estas mutuales han ido perdiendo poco a poco importancia relativa dentro del sistema, especialmente por el desarrollo avasallador de las obras sociales.

En la **evolución de las obras sociales** en la Argentina, como en muchos otros países donde se ha impuesto el concepto de la seguridad social, se pueden identificar unas tres etapas. La primera etapa, voluntarista, muestra la aparición espontánea y dispersa de servicios sociales de diferente naturaleza -tanto de salud como de turismo y recreación-, por lo general vinculados a la acción de las asociaciones gremiales de trabajadores. Este proceso se acelera a partir de los años cuarenta al mismo tiempo que se manifiestan signos de la segunda etapa,

la del seguro social obligatorio. Lentamente el Estado toma intervención en el tema y con diferentes medidas de gobierno convalida legalmente la previa existencia de "obras sociales" y crea directamente otras nuevas.

El dictado de la ley 18.610 (1971), que ordenó y consolidó con criterio general el régimen de obras sociales de nuestro país, cierra el período voluntarista y señala la plenitud de la segunda etapa del desarrollo de la seguridad social: la extensión, por imposición del Estado, de la obligatoriedad legal de la afiliación y la contribución pecuniaria a las obras sociales. El sistema de obras sociales está iniciando su tercera etapa: la progresiva articulación de las múltiples y diversas entidades que lo integran en una política general común de cobertura poblacional, de régimen de prestaciones y de procedimientos operativos que las vincule apropiadamente con la política de salud sin perderse por ello la identidad de cada obra social.

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

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

3. Situación actual

La Constitución Argentina en su artículo 13 establece la salud como derecho del pueblo y deber del Estado. La República Argentina es un Estado Federal; integrada por 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Capital Federal). Estas 24 unidades político-administrativas son las que tienen, por mandato constitucional, la responsabilidad del cuidado y la protección de la salud de la población. Como la salud es un derecho constitucional, se puede afirmar que no existen barreras legales que impidan el acceso de los argentinos a los servicios públicos de salud. Por eso es que se considera que éstos brindan una "cobertura universal".

Glosario
se entiende como cobertura de salud a la atención de una población determinada en base a un conjunto de acciones normatizadas sobre el individuo y el medio ambiente, estableciendo la magnitud y distribución de la misma por parte de los distintos subsectores – público, seguridad social y privado- en cada país².

La cantidad de personas que es atendida por el sistema de salud se identifica como "cobertura".

Según los datos del Censo de 2001, aproximadamente un 50% de la población total de Argentina estaba atendida -cubierta- por el sector público y otro 50 % eran beneficiarios de alguna obra social o de un seguro de salud voluntario (pre-pago).

Argentina enfrenta fuertes desafíos en materia de salud:

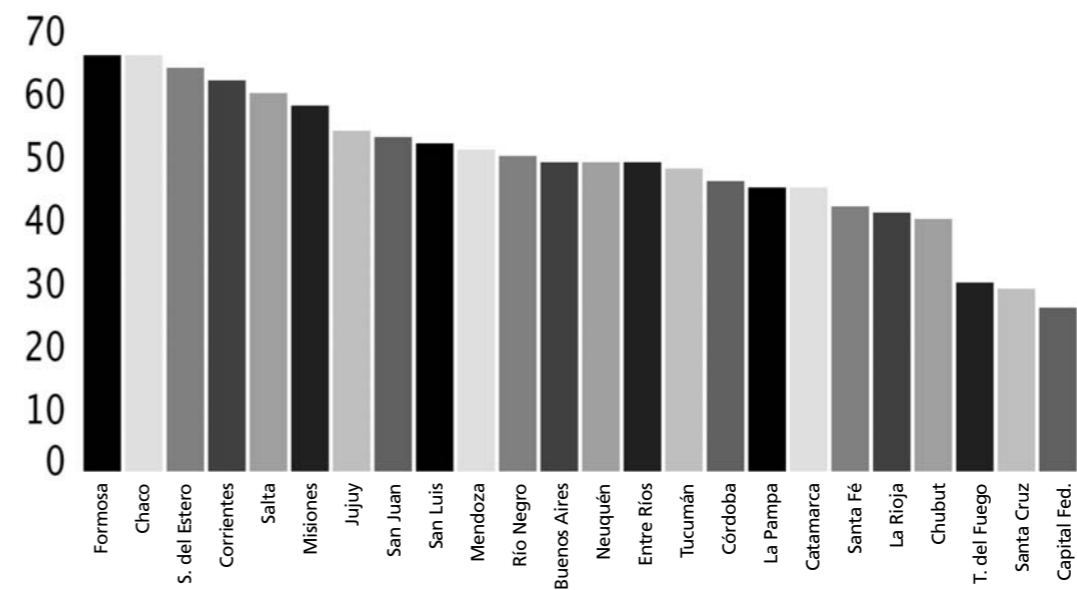
- ❖ proteger el terreno ganado en los últimos veinte años
- ❖ alcanzar la equidad en salud, cerrando la brecha que existe entre los sectores más ricos y los más pobres y que los promedios estadísticos suelen esconder.
- ❖ garantizar el acceso de toda la población a servicios y medicamentos esenciales.
- ❖ lograr que los servicios de salud asuman la Promoción de la salud y la Prevención de las enfermedades como herramientas para transformar la salud de la población.

El Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación es la máxima autoridad en materia de salud; a nivel provincial y municipal existen los respectivos Ministerios y Secretarías de Salud. El Estado actúa a través de sus tres niveles: nación, provincias y municipios. La financiación de estos servicios se realiza a través de los impuestos que se recaudan. La Nación ejerce funciones de coordinación, regulación y asistencia técnica y financiera. Las provincias y municipios brindan servicios directos de asistencia a la población.

El Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación tiene a su cargo la conducción del Sector en su conjunto a través del diseño de políticas, el dictado de normas y la ejecución de acciones que permiten la coordinación entre los distintos sub-sectores. Todas estas decisiones son compartidas en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA), y luego son llevadas adelante por las provincias y los municipios.

Un organismo de alta importancia dentro del sistema es la Superintendencia de Servicios de Salud, cuya función central es regular y ejercer el control sobre las Obras Sociales Nacionales y administrar un fondo de redistribución que compensa a las Obras Sociales más desfavorecidas.

GRÁFICO 6. POBLACIÓN CUBIERTA POR EL SECTOR PÚBLICO. EN PORCENTAJES. POR PROVINCIAS. 2001



Fuente: Elaboración propia en base a datos del INDEC

El sistema de salud en la Argentina incluye tres sub-sectores cuya regulación es responsabilidad del Estado Nacional.

- ❖ Público
- ❖ Seguridad Social
- ❖ Privado

El **sub-sector público**: presta servicios a la población a través de hospitales y de los centros de salud, los gobiernos provinciales y municipales tienen los establecimientos de atención bajo su jurisdicción y son los responsables directos de la misma. Atiende a las familias de menores ingresos, a las personas que no tienen cobertura de la seguridad social porque no son trabajadores en relación de dependencia o porque no tienen capacidad de pago. También atiende a personas que si bien tienen cobertura por alguna obra social, tienen limitaciones de acceso por razones geográficas o económicas.

El **sub-sector de la seguridad social**, presta servicios a los trabajadores en relación de dependencia y sus familiares directos.

El **sub-sector privado**, presta servicios a personas y familias que pagan por acto médico o que pagan las cuotas de un plan de salud (pre-pago) Las entidades de medicina prepaga cubren una población cercana a 2,500,000 personas, de las cuales el 60% se afilia en forma individual o familiar, y el resto a través de empresas.

EJERCICIO N° 3

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



El sistema de salud argentino se caracteriza por una excesiva fragmentación.

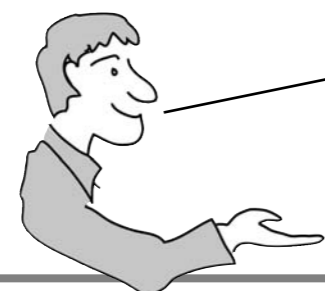
Esta fragmentación se expresa en: distintas fuentes (y volúmenes) de financiamiento. Diferentes coberturas, coseguros y copagos aplicados. Regímenes y órganos de control y fiscalización. Además, la fragmentación también se observa al interior de cada uno de los subsectores.

El **subsector público**, fragmentado en niveles: nacional, provincial y municipal queda sometido a normativas emanadas de las distintas jurisdicciones.

El **subsector de la seguridad social** resulta el ejemplo más claro de esta situación de fragmentación. Cuando se habla de seguridad social, se hace referencia, por lo menos, a cuatro universos diferentes:

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

El **subsector privado**, seguros voluntarios (medicina prepaga), incluye numerosas entidades, con una población cubierta de aproximadamente dos millones ochocientos mil personas.



Para sintetizar los componentes de un sistema de salud y recordar las particularidades del sistema de salud argentino le proponemos completar los siguientes cuadros y responder los cuestionarios...

A. Complete el cuadro con la información que corresponda para explicar cada uno de los componentes

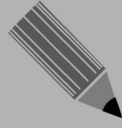
componentes de un sistema de salud

| | |
|------------------------------------|-------------|
| modelo de gestión (político) | define..... |
| modelo de financiación (económico) | define..... |
| modelo de atención (técnico) | define..... |

B. Complete el cuadro con datos que puedan ejemplificar la excesiva fragmentación del sistema de salud argentino

fragmentación del sistema argentino

| | |
|-------------------|---|
| subsector público | atiende al 50% de la población aproximadamente |
| | 285 obras sociales nacionales 11 millones de personas |
| | 25 obras sociales provinciales 5 millones de personas |
| | obras sociales de las fuerzas armadas y de seguridad atienden unas 800.000 personas |
| | obras sociales de las universidades y del poder legislativo y judicial 320.000 personas |
| subsector privado | numerosísimas entidades de medicina pre-pagapersonas |



C: lea cada uno de los enunciados: marque V si considera que es verdadero y F si es falso....

- | | V | F | no sé | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|
| 1. Las provincias y municipios son los responsables de brindar los servicios de atención médica _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2. El Ministerio de Salud de la Nación tiene por mandato constitucional la obligación de brindar los servicios de atención de la salud. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 3. El COFESA está integrado por los gobernadores de todas las provincias y el Jefe de Gobierno de la Ciudad de Bs As _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 4. En la Argentina el papel de rectoría en términos de política sanitaria nacional es ejercido por el Ministerio de Salud y Ambiente, que se interrelaciona con los respectivos ministerios provinciales en el marco del COFESA . _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 5. El Ministerio de Salud de la Nación tiene a su cargo la conducción del sector en su conjunto a través del diseño de políticas, del dictado de normas y la coordinación entre los subsectores. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5 |
| 6. La Superintendencia de Servicios de Salud es el organismo que tiene la responsabilidad de ejercer el control sobre las Obras Sociales Nacionales y redistribuir los fondos. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6 |
| 7. Las políticas y normas diseñadas en el nivel nacional son analizadas y consensuadas en el COFESA y son implementadas por los gobiernos provinciales y municipales. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7 |
| 8. Todos los hospitales públicos son de jurisdicción nacional _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8 |
| 9. El 40% de los establecimientos con internación corresponden al sector público _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9 |
| 10. El sub sector de la seguridad social comprende las OS nacionales, OS provinciales, el PAMI y muchas más _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10 |

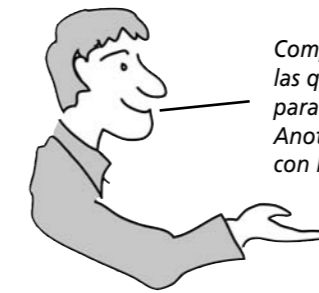
D. Aplique los conceptos aprendidos a su situación personal. Piense en su práctica de todos los días...

- Ud., como profesional de la salud, ¿en qué subsector trabaja?
.....
- La población que ud. atiende, ¿está cubierta por la seguridad social?
.....

- ¿Ud cobra honorarios directamente de sus pacientes? ¿Ud. cobra sus honorarios profesionales a través de una entidad aseguradora?
.....

- Ud. como ciudadano, ¿contribuye a financiar los servicios públicos de salud? ¿De qué manera?
.....

- Ud. y su familia, ¿qué tipo de cobertura para atención médica tienen?
.....



Compare sus respuestas con las que figuran en el Anexo de Clave para la autoevaluación... Anote sus reflexiones para discutir las con los colegas en el Encuentro Presencial...

4. El papel del Estado

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



El progreso técnico de la medicina facilita pero no garantiza, de por sí, el progreso de la salud de la población. Más aún, pueden coexistir mercados de salud muy desarrollados con alta incorporación de tecnología médica y resultados de salud en la población general relativamente malos.

Las acciones de Estado antiguo se orientaban más a cuidar la salud mientras que en el Estado moderno las acciones se inclinan más hacia curar la enfermedad. La historia de la salud pública muestra que los modelos centrados en la curación son relativamente recientes. El Estado tradicional centraba su intervención en salud en aspectos preventivos y especialmente en la regulación del medio ambiente y los estilos de vida. En un primer momento la función del Estado en salud fue policíaca. Aquel modelo higienista de intervención del Estado estaba más relacionado con las prácticas autoritarias que con los derechos y la democracia. En el siglo pasado los grandes sanitaristas, como lo fue Oswaldo Cruz en Brasil, formaban brigadas que perseguían a los habitantes para vacunarlos a la fuerza. El primer rol del Estado con relación a la salud ha sido con funciones de policía más que de proveedor, financiador y regulador del mercado de salud.

En la Argentina, hasta 1943 la salud era competencia del Departamento Nacional de Higiene del Ministerio del Interior. Ese mismo año se dio el primer paso hacia el reconocimiento de la salud pública como área de interés específico con la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social que en 1949 se transformó en Ministerio.

En términos mundiales, la diferencia entre la vida saludable de ricos y pobres ha tendido a aumentar. A casi cincuenta años del Sistema Nacional de Salud inglés, las diferencias de morbilidad y mortalidad entre clases sociales han aumentado. En Canadá, los pobres tienen once años menos de vida saludable que los ricos. En Francia, la esperanza de vida de un profesor universitario es nueve años mayor que la de un obrero especializado, países todos con servicios de salud con asistencia universal e igualitaria.

En la Cumbre Social de marzo de 1995 convocada por la Organización de las Naciones Unidas en Copenhague, quedó establecido que el aumento de la inequidad es el mayor de los problemas comunes a todas las naciones del mundo.

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



La lucha contra las inequidades constituye el mayor desafío de todos los sistemas de salud.

La política de salud es un ámbito privilegiado para alcanzar la equidad porque es uno de los instrumentos más poderosos para corregir las desigualdades en la distribución de la renta que genera el mercado. Además, en un orden mundial en el cual aumenta la exclusión, la búsqueda de la equidad en salud es fundamental porque los excluidos de la producción y el consumo son mucho más vulnerables a la enfermedad y la muerte que quienes están integrados al mercado. Pero un sistema de salud equitativo no alcanza para resolver problemas de equidad anteriores a la asistencia médica tal como la falta de agua potable y saneamiento, de vivienda adecuada, de educación y alimentación.

Aun en sistemas de salud equitativos los resultados de salud tienden a mantener las desigualdades sociales que caracterizan a la sociedad. En países ricos y con sistemas de salud altamente solidarios y equitativos, como es el caso de Gran Bretaña³, por cada rico que enferma de tuberculosis lo hacen 4,6 pobres; en cáncer de esófago la relación baja a 1,9; en reumas a 5, en accidentes de tránsito al 2,2. El sector Salud es el más potente de los sectores sociales para disminuir fácilmente los determinantes sociales que hace que las enfermedades sean más frecuentes en los pobres que en el resto. Si los servicios funcionan mejor, si aumentan su efectividad con medicamentos esenciales y atención programada desde el embarazo hasta la hipertensión o la diabetes, los pobres pueden disminuir notablemente las consecuencias de carga de enfermedad.



La igualdad en el acceso a los servicios de salud es condición necesaria pero no suficiente para alcanzar la equidad.

La desigualdad es identificada como obstáculo para el crecimiento económico. Las sociedades de mayor crecimiento en el mundo actual son las que han logrado una mayor equidad dentro de ellas. Distribuir salud, educación, ingresos y alimentos, es el corazón de una política de Estado que intenta disminuir las injusticias que crea el Mercado.

EJERCICIO N° 4

El dogma del Mercado como único motor de las sociedades ha fracasado. En nuestro país ese fracaso representa una enorme deuda social y sanitaria acumulada.

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



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

Glosario:
COFESA: Consejo Federal de Salud integrado por todos los ministros y secretarios de salud de las distintas jurisdicciones (provincias y ciudad de Buenos Aires)

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

Todos los países tienen una agencia nacional de salud (ministerio, secretaría, etc.), cuya responsabilidad esencial es la rectoría, la cual puede resumirse como el trazado de los grandes lineamientos de la política sanitaria, en términos de prevención de enfermedades, planeamiento y formación de recursos humanos, condiciones de gestión de los establecimientos de salud, control de enfermedades transmisibles, control de alimentos y productos farmacéuticos. Algunas de las actividades de regulación y control son ejercidas, además de por el ministerio, por organismos con distintos grados de descentralización que dependen de él, como la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT) y la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).



el próximo ejercicio ayuda a focalizar la atención en las principales ideas....



A: lea cada uno de los enunciados: marque V si considera que es verdadero y F si es falso....

1. El progreso científico-técnico de la medicina garantiza, de por sí, el mejoramiento de la salud de la población. _____
2. Inicialmente la intervención del Estado en salud fué policíaca (modelo higienista). _____
3. En Argentina el Ministerio de Salud se creó en 1949. _____
4. En los países desarrollados las diferencias en la morbi-mortalidad entre clases sociales ya han desaparecido. _____
5. En Francia la esperanza de vida de un profesor universitario es nueve años mayor que la de un obrero especializado. _____
6. El aumento de la inequidad es el mayor de los problemas comunes a todas las naciones del mundo. _____
7. Un sistema de salud equitativo compensa todas las inequidades. _____
8. La equidad es condición necesaria para el desarrollo económico. _____
9. Las leyes del mercado, sin ningún tipo de regulación del Estado, conducen a la igualdad en el acceso a servicios de salud. _____
10. El sistema de salud argentino se caracteriza por su alto grado de integración. _____
11. Las reformas del sector presentadas en el Plan Federal apuntan a una paulatina integración de los subsectores. _____
12. La APS es una estrategia que integra la curación y la prevención de enfermedades junto con la promoción de la salud y la rehabilitación. _____
13. La APS promueve la participación comunitaria en la organización y control de los servicios de salud. _____
14. La APS se fundamenta en el trabajo intersectorial. _____
15. El Plan Federal de Salud se propone lograr más equidad entre los argentinos. _____

| | V | F | no sé | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15 |



B: ¿Cuáles son sus reflexiones personales sobre el tema de la inequidad? ¿Cuáles son las intervenciones que resultan más efectivas para corregir las desigualdades?

Ud. participa en los esfuerzos por superar las inequidades? ¿De qué manera?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

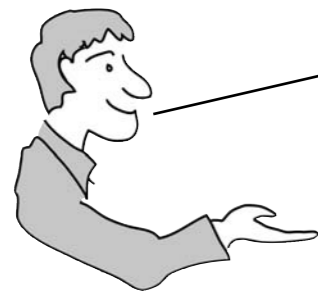
.....

.....

.....

.....

.....



Compare sus respuestas con las que figuran en el anexo de Clave para la autoevaluación. Lleve sus notas personales al Encuentro Presencial. Es frecuente escuchar que faltan recursos... ¿Sabemos cuántos millones se gastan en salud y cuánta población es atendida?

5. Gasto y Financiamiento⁷

Los tres subsectores: público, de la seguridad social y privado, no poseen la misma importancia en cuanto al papel que cumplen respecto de las prestaciones médico-asistenciales. Es imprescindible distinguir entre prestar efectivamente un servicio (ser un prestador) y hacerse cargo del costo de ese servicio (ser un agente financiador o, más directamente, un asegurador).

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

En ciertos casos, son distintos el financiador y el prestador de servicios (las compañías de seguros y algunos prepagos médicos privados). Resulta claro que la entidad sólo cubre -total o parcialmente, según sea el plan elegido o la prima abonada- el gasto incurrido por la persona para asistirse médicamente, mientras que la prestación asistencial propiamente dicha, sea una consulta médica, un análisis clínico o la internación por un parto, es efectuada por un profesional médico, un laboratorio o una clínica u hospital, que reciben su pago a través de la entidad aseguradora que cubre esa contingencia de salud (o la paga el paciente y el asegurador le reintegra luego el gasto).

El **gasto en salud** comprende el gasto público y el gasto privado.

El **gasto público** comprende las erogaciones de todo el conjunto de bienes y servicios en materia sanitaria realizadas por el sector estatal, estando en él comprendido el gasto directo de la Nación, Provincias y Municipios, cuya fuente de financiación son los impuestos que pagan los ciudadanos, como así también el gasto de la Seguridad Social cuya fuente de financiación está relacionada a los aportes de los trabajadores y de los empleadores tanto de empresas privadas como de los entes nacionales, provinciales o municipales.

El **gasto privado directo** se refiere al pago que realizan las familias para obtener algún bien o servicio que tenga relación con la salud, y al pago de cuotas de un seguro (pre-pago).

❖ El **sub-sector público se financia con recursos provenientes de las rentas generales**. Estos recursos son fijados anualmente en los presupuestos nacionales, provinciales y municipales. Además de financiar la provisión directa de servicios a tra-

7. Tobar F., Ventura G. y otros: Gasto en salud y en medicamentos en la Argentina y su financiación. ISALUD 2001

vés de los establecimientos públicos (hospitales, centros y puestos de salud), el Gasto Público financia acciones de Salud Pública relacionadas con la promoción, la prevención, la regulación.

❖ **La Seguridad Social** tiene como fuentes de financiamiento las contribuciones que hacen trabajadores y empleadores en relación a los salarios públicos y privados, y a las jubilaciones y pensiones. Los aportes, para las obras sociales, alcanzan el 8 %, correspondiendo un 3% al empleado y el 5% al empleador, mientras que en el caso de las provinciales los aportes alcanzan en promedio al 11 % variando según la jurisdicción considerada. Las Obras Sociales ejecutan sus gastos a través de sus efectores propios y también contratan servicios en el sector privado.

❖ **Los gastos privados de las familias** incluyen gastos directos en prestaciones médicas y medicamentos, pagos de coseguros, bonos contribución, aranceles y cuotas de seguros voluntarios.



En 2003 los argentinos gastaron en salud aproximadamente 27,833 millones de pesos, lo que representó el 7.3% del P.B.I.

- ❖ el 46 % del gasto en salud corresponde al gasto de bolsillo de las familias (desembolsos directos y pago de primas y mensualidades de sistemas pre - pagos).
- ❖ el 54% del gasto lo manejan los sub-sectores público y seguridad social.

TABLA 6. COBERTURA. GASTO. FINANCIAMIENTO. 2003

| COBERTURA | GASTO 2003 | FUENTE DEL FINANCIAMIENTO |
|---|---|--|
| Por sector público 17.400.000 personas | \$ 6.826 millones (25%) | rentas generales; impuestos pagados por los ciudadanos |
| por seguridad social 16.000.000 personas | \$ 8.085 millones (29 %) | aportes de trabajadores y empleadores y de jubilados y pensionados |
| por sector privado 2.500.000 personas | \$ 12.920 millones (46%) | gasto directo, del bolsillo de las familias |
| TOTAL 36 millones de habitantes | TOTAL \$ 27.831 millones de pesos | 7.3% del PBI |

Fuente: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Remediación. Elaboración propia.

GRÁFICO 7. GASTO TOTAL EN SALUD. 2003

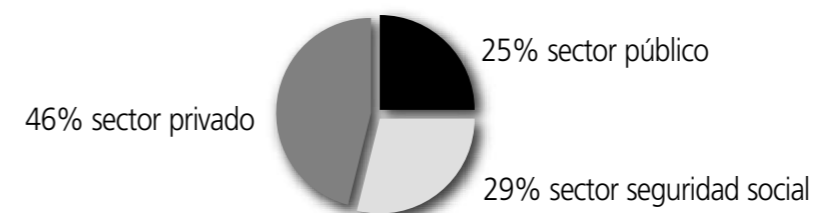
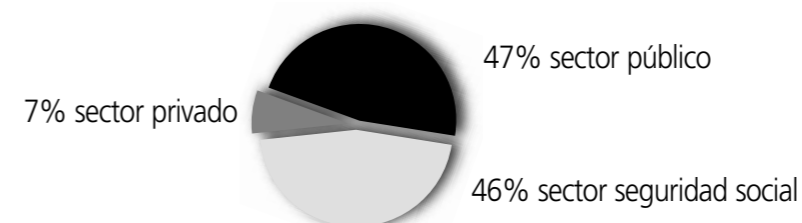


GRÁFICO 8. POBLACIÓN CUBIERTA POR CADA SUBSECTOR. 2003



Fuente: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Cobertura en salud. 2003

Los datos corresponden a estimaciones ya que es difícil establecer con exactitud la cobertura por cada uno de los subsectores ya que hay familias que estando cubiertas por la seguridad social financian directamente de su bolsillo un plan de salud pre-pago. También muchas personas que tienen cobertura por la seguridad social concurren al hospital público.

Dentro del gasto en salud, el gasto en medicamentos es un componente muy importante. En Argentina los medicamentos son financiados principalmente por los pacientes y en alguna medida por las obras sociales, pre-pagos y organismos públicos. No resulta fácil determinar con exactitud cuánto del gasto es financiado por cada actor y mucho menos saber la diferente financiación en cada grupo de medicamentos por la heterogeneidad de productos y porque el circuito de producción, comercialización y distribución de los medicamentos es muy complejo.

6. Plan Federal de Salud

La relación entre Nación y Provincias, materializada en el seno de COFESA y, simultáneamente, la vinculación de las provincias con los municipios, constituyen el eje articulador por donde hoy transitan las reformas en nuestro país: un fiel reflejo de la consagración constitucional de la autonomía provincial y municipal, que promueve el protagonismo conjunto de todos los niveles de gobierno.

El Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación es parte activa en la organización general del sector, armonizando el sistema en su conjunto e impulsando la participación igualitaria de las diferentes jurisdicciones en la discusión y definición de las reformas. Las reformas que se plantean en el Plan Federal encaran simultáneamente los problemas en las dimensiones de la equidad y la eficiencia. Las reformas que se plantean en el Plan Federal encaran simultáneamente los problemas en las dimensiones de la equidad y la eficiencia.

El Plan Federal propone seguir un sendero de reformas que

- ❖ apunten a la paulatina integración de los sub-sectores
- ❖ defina mecanismos de redistribución que compensen las fuertes disparidades regionales respecto de la capacidad de financiamiento.



Lograr más equidad entre los argentinos es la preocupación central del Plan Federal de Salud.

La reforma primordial se traduce en el diseño de un nuevo modelo sanitario basado en la Atención Primaria de la Salud y en la construcción de redes de atención propiciando la participación responsable de la población en las acciones de salud.

La Atención Primaria de la Salud es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud -enfermedad- atención de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación. La Atención Primaria es prioridad absoluta y las acciones de promoción y prevención tendrán una asignación creciente de recursos. La APS implica múltiples acciones y áreas de trabajo, tales como

- ❖ el abastecimiento adecuado de agua potable y el saneamiento básico
- ❖ la promoción de la alimentación y de los nutrientes adecuados
- ❖ la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas
- ❖ la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales
- ❖ el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes
- ❖ la disponibilidad de medicamentos esenciales
- ❖ la asistencia materno- infantil incluyendo la planificación familiar
- ❖ la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención correspondientes

Para llevar adelante estas acciones es indispensable la participación, además del sector salud, de todos los sectores y campos de actividad conexas del desarrollo nacional y comunitario,

en particular el agropecuario, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros, exigiendo los esfuerzos coordinados de todos estos sectores. Además se ha de fomentar, en grado máximo, la auto-responsabilidad y la participación de la comunidad en la planificación, organización funcionamiento y control de la atención primaria de la salud.



La imagen objetivo de los gobiernos municipales es garantizar el acceso a los servicios de salud y llegar a ser "un municipio saludable" integrando las áreas de salud con las de ambiente y desarrollo sustentable.

Es necesario vincular el diagnóstico del paciente con las condiciones sanitarias de la comunidad en la que vive, sus hábitos personales, sus actividades ocupacionales. Se tiene que trabajar teniendo en cuenta las características del ecosistema y los factores de vulnerabilidad y riesgo socioambiental tales como las condiciones sanitarias inadecuadas, la falta de acceso a agua potable, la deforestación, la pérdida de diversidad biológica, el deterioro de la calidad de aire en el espacio urbano y en el interior de las viviendas, la exposición a sustancias químicas.

Los lineamientos del Plan Federal de Salud se materializan en Programas Nacionales.

- ❖ Federal de Salud
- ❖ de Garantía de Calidad
- ❖ Médicos Comunitarios
- ❖ PROAPS-REMEDIAR
- ❖ Materno Infantil
- ❖ de Recursos Humanos para la Atención Primaria de la Salud
- ❖ Prevención y Control de Diabetes
- ❖ Prevención y Control de Enfermedades Cardiovasculares
- ❖ Control de Lepra
- ❖ Vigilancia y Control Aedes Aegypti
- ❖ Control de Paludismo
- ❖ Lucha contra los Retrovirus del Humano VIH-SIDA Y ETS
- ❖ Inmunizaciones
- ❖ Prevención y Control de Intoxicaciones
- ❖ Salud del Trabajador
- ❖ Prevención de la Violencia Familiar
- ❖ Educación para la Salud. Escuelas Promotoras de Salud
- ❖ Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones indígenas (ANAHI)

Subprograma de Prevención Secundaria del Cáncer de Mama
Subprograma de Detección Precoz de Cáncer de Cuello Uterino.
Subprograma Banco Nacional de Drogas Antineoplásticas

En Argentina hay niveles razonables, aunque insuficientes, de recursos como para garantizar mejores y mayores posibilidades de salud para todos. Lo que se plantea largo plazo es un sistema de salud integrado, con un rol activo del "Estado garante" del bienestar de la población.



Las instituciones del sector salud deben articular sus recursos con otros sectores y con las organizaciones de la comunidad.

La Nación, las provincias, los municipios, las sociedades científicas, los colegios profesionales, las asociaciones gremiales, las casas de estudio e investigación y las instituciones de la sociedad civil, acordarán periódicamente compromisos de políticas saludables, estableciendo prioridades, definiendo metas y evaluando su cumplimiento.

En esta mirada, el país se ha organizado en regiones compuestas por grupos de provincias, que comparten prioridades, metas y estrategias comunes y articulan una coordinación y desarrollo conjunto de políticas sociales nacionales, regionales y provinciales. Las regiones se están organizando de modo de favorecer el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles. Existe un adecuado sistema de vigilancia a escala nacional que permite la evaluación periódica de los objetivos de políticas saludables consensuados.

El sistema de salud se está organizando en redes regionales de servicios, de gestión pública y privada, que responden a las necesidades de la población. Las personas acceden a una red, y no a servicios aislados, donde sus distintos componentes son instituciones organizadas por niveles de atención y localizadas con criterios de necesidad regional. Esto significa avanzar hacia un sistema plural y que respete la historia y la organización política de la Argentina. La reconstrucción del modelo argentino de salud debe evitar destruir o lastimar lo que resta de nuestros antiguos servicios de salud. Es necesario definir un rol para los hospitales públicos y privados, para las obras sociales y las prepagas y para los tres niveles de gobierno (nación, provincias y municipios) buscando que el todo sea más que la suma de las partes y no un desparramo de esfuerzos y recursos.



Uno de los desafíos mas importantes en el desarrollo del país es lograr un sistema de salud equitativo y eficiente.

Una administración eficiente y proactiva en la programación, regulación, monitoreo y fiscalización puede contribuir en gran medida a un proceso sano y sostenible de reconversión del sector, corrigiendo las asimetrías potenciales de un sistema desregulado de manera total.



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



¡muy bien! Ha finalizado la lectura del capítulo 2. ¿Qué tal? ¿está satisfecho con su nivel de aprovechamiento?...Controle su aprendizaje con el siguiente ejercicio.



EJERCICIO N° 5

A. Compare los gráficos de Gasto total en salud y Población cubierta por cada uno de los subsectores: ¿Qué conclusiones puede sacar?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

B. Lea los enunciados y marque V si considera que son verdadero y F si son falsos

- | | V | F | no sé | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| 1. Los trabajadores en relación de dependencia financian los servicios que les brindan las OS a través de los descuentos que se realizan de sus haberes. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2. El subsector privado brinda servicios a las personas y familias que pagan directamente al médico y/o sanatorio o que pagan mensualmente una cuota (plan de salud- prepago). _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 3. La seguridad social brinda atención a los trabajadores en relación de dependencia y a sus familiares directos. También cubre a pensionados y jubilados. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 4. Los datos correspondientes al año 2001 permiten afirmar que el sector público brinda servicios de salud al 30% de la población. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 5. El 25% de la población total del país paga sus servicios de atención médica a través de un seguro de salud voluntario (medicina pre-paga). _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5 |
| 6. El "gasto total en salud" en Argentina incluye los gastos públicos: nacional, provincial y municipal. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6 |
| 7. Los fondos para el gasto "público" provienen de los impuestos que pagan los ciudadanos. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7 |
| 8. Los servicios que brinda la seguridad social son financiados con los aportes de los trabajadores y de los empleadores. _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8 |

9. Se denomina "gasto privado directo" al que hacen los individuos al abonar los servicios de un profesional o sanatorio y/o al pagar la cuota del plan de salud (medicina pre paga). _____
10. El Plan Federal de Salud apunta a una futura integración del sistema de salud. _____
11. La imagen objetivo son los "municipios saludables". _____
12. Las principales herramientas para la transformación del sistema de salud son las acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades. _____
13. La relación entre nación y provincias y entre provincias y municipios es el eje alrededor del cual se instalan las reformas del sistema de salud argentino. _____
14. Uno de los principios de la APS es la participación de la comunidad en la planificación y control de la calidad de los servicios. _____
15. La transformación de la salud de los argentinos depende exclusivamente del compromiso y esfuerzo de los profesionales que trabajan en el sector público. _____

| V | F | no sé | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15 |



compare sus respuestas con las que figuran en el Anexo de clave para la autoevaluación. ¡Adelante! En el próximo capítulo entramos en el tema Medicamentos.