

Salud y Servicios de Salud

Dr. Santiago Spadafora

Clase 2

Componentes de los sistemas de salud

Salud: bien superior

“Estar bien” para poder desarrollar las tareas del diario vivir

Dimensión esencial de la calidad de vida del hombre, considerada por todas las culturas como un bien social primario que debe ser máximamente preservado:

- Está ligada a toda la actividad humana
- Es un medio necesario para alcanzar una existencia feliz, digna y productiva

Consenso mundial: la salud es un **bien superior** (preferente, meritorio) tutelado por el Estado (bien tutelar)

Salud: bien tutelado por el Estado

Es responsabilidad del Estado proteger la salud de sus habitantes

El Estado debe cautelar el acceso a los servicios que preservan la salud, particularmente para las personas socialmente más desfavorecidas: aquellas que tienen alguna capa de vulnerabilidad o barrera de acceso

Salud: bien tutelado por el Estado

La tutela del Estado, de la salud de cada persona, se ejerce a través de la misión de las organizaciones que proveen servicios de cuidado de la salud

La función del Estado es de asegurar que los servicios de salud se brinden en tiempo y forma para que la necesidad de salud de cada persona sea satisfecha. Especialmente de la población con alguna “capa de vulnerabilidad

Salud: bien tutelado por el Estado

La tutela del Estado implica:

- 1) Nominalizar la población vulnerable: saber quién es y dónde vive
- 2) Realizar, en la población vulnerable, casa por casa, un censo periódico de salud (socio-sanitario)
- 3) Asegurar la existencia de dispositivos de red que satisfagan las necesidades de salud detectadas en cada miembro de la población vulnerable

Salud: derecho humano

Franklin D. Roosevelt: el **derecho a la salud** como uno de los derechos implícitos en el derecho a la libertad: el derecho a vivir sin penurias (freedom from want)

Derecho a la salud en la Argentina

El derecho a la salud es derivado del derecho a la vida, amparado (implícitamente) dentro de las “garantías innominadas” de la Constitución Nacional de 1994

Tratados Internacionales con Rango Constitucional :

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- Convención sobre Derechos Humanos, Pacto San José de Costa Rica

Salud: construcción social

Salud no es un concepto unívoco e inmutable.

Es una construcción sociocultural relativa a cada momento histórico, sobre la base de los valores, tradiciones, creencias, conocimientos y normas presentes en la evolución de cada grupo social.

Salud y pobreza

La falta de salud afecta mayormente, a los más pobres:

- Mayor una mortalidad prematura
- Mayor índice de enfermedades y discapacidades
- Los ingresos dependen por completo del trabajo y la pérdida de la salud profundiza la pobreza

Salud y desarrollo social

La **salud es un componente esencial del desarrollo social**, y su cuidado, un instrumento muy eficaz de equidad.

Salud: parte de la protección social

El **cuidado de la salud forma parte de la “protección social”** (seguridad social): garantía que la sociedad otorga, a través de regulaciones del Estado, para que un individuo pueda satisfacer su necesidad de bienes y servicios preferentes, sin que la capacidad de pago u otra barrera (geográfica, cultural) sea un factor restrictivo.

Los que no acceden son los “excluidos” o “marginados”

Salud: política de Estado

La salud **no es solamente una tarea médica**, sino un proyecto social por el cual deben asumirse responsabilidades políticas y sociales.

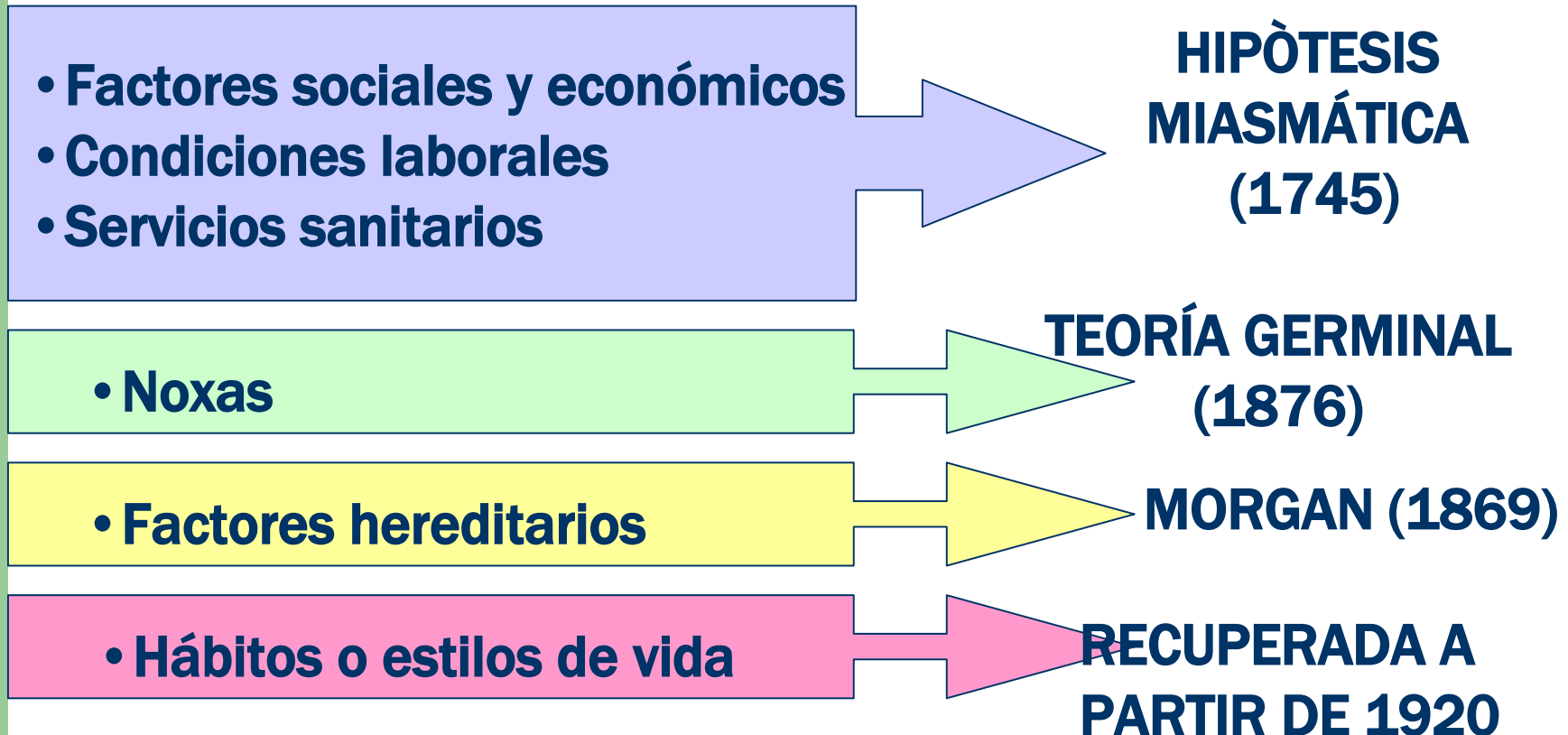
Necesariamente debe ser liderado por el Estado:
política de Estado

Enfermedad

Pérdida del estado de salud, con determinantes y repercusiones biológicas, psíquicas, sanitarias, económicas, sociales y culturales.

FACTORES DETERMINANTES DEL PROCESO SALUD /ENFERMEDAD

En la historia de la ciencia médica (a partir del s. XVII), distintos factores fueron considerados como determinantes del proceso salud/enfermedad:



Fenómenos sociales en las prácticas de los servicios de salud

Sentimientos equívocos de profesionales y pacientes:

- Que los servicios de salud “salvan vidas”, en cambio de contribuir a impedir que la inevitable muerte llegue precozmente
- Que los servicios de salud tienen por misión “curar” antes que cuidar

Fenómenos sociales en las prácticas de los servicios de salud

Reduccionismo biologicista del proceso salud-enfermedad

Homologación de los fenómenos sociales con leyes de la naturaleza como la selección y la supervivencia del más adaptado: “Darwinismo social”

Campo de la salud

- 1) Condiciones de la biología humana
- 2) Condiciones ambientales
- 3) Estilos o hábitos de vida de las personas
- 4) Actuación de los servicios de cuidado de la salud

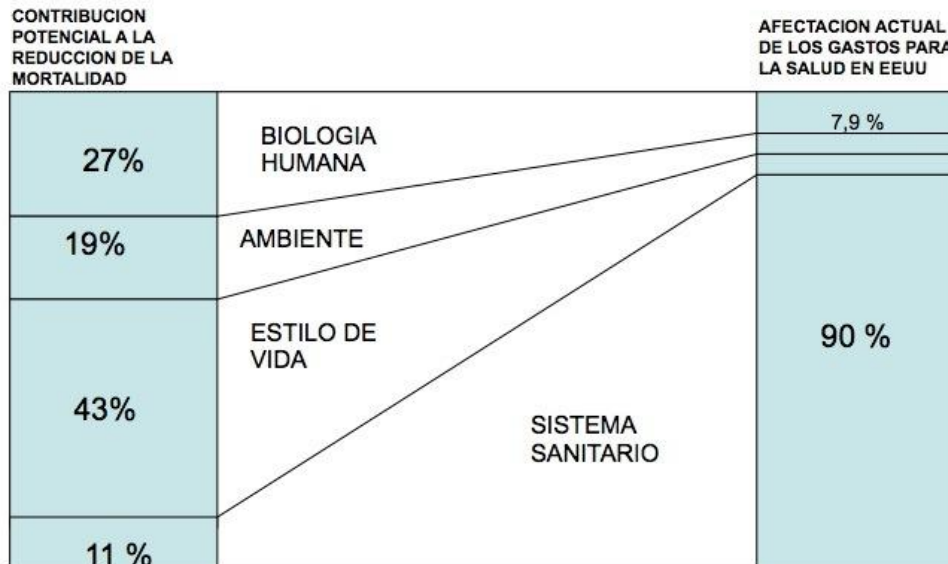
Campo de la salud

Asenjo y Dever (1993); intervienen como causa o influencia en las muertes:

- 1) Biología o herencia: 27% de los casos
- 2) Condiciones del ambiente: 19% de los casos
- 3) Estilos de vida: 43% de los casos
- 4) Otros: 11% de los casos

Campo de la salud

LOS DETERMINANTES DE LA SALUD



Dever, GEA. "An epidemiological Model For Health Policy Analysis". 1976

Salud pública

Tres componentes estructurales:

- 1) Salud pública como campo de conocimiento
- 2) Salud pública como objeto de enseñanza
- 3) Salud pública como práctica social

Funciones esenciales de la salud pública

FESP 1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación en salud

FESP 2. Vigilancia de la salud pública y control de riesgos y daños

FESP 3. Promoción de la salud, con énfasis en enfermedades no transmisibles

FESP 4. Participación de la comunidad, principalmente a través de la estrategia de Municipios Saludables

FESP 5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud

FESP 6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud

Funciones esenciales de la salud pública

FESP 7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud

FESP 8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud

FESP 9. Garantía de calidad en servicios de salud individuales y colectivos

FESP 10. Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud

FESP 11. Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud

Funciones esenciales de la salud pública

Existe una **responsabilidad indelegable del Estado (rectoría)** en la ejecución o en la garantía de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP)

Sin embargo, responsabilidad del Estado en salud pública y salud pública **no son sinónimos**

Las intervenciones en salud pública van más allá de las tareas del Estado y requieren una participación activa de la sociedad civil

Función de rectoría del Estado en salud

1) Funciones esenciales de la salud pública (FESP)

2) Conducción del sistema

- Regulación y el control
- Modulación del financiamiento
- Vigilancia del aseguramiento
- Armonización de la provisión de servicios

Sistema de salud

Conjunto de organizaciones que tienen por objetivo cuidar y mejorar la salud de una determinada población

Servicios de salud

Son las cuatro tareas esenciales de la medicina definidas en 1945 por Henry E. Sigerist:

- 1) La promoción de la salud
- 2) La prevención de las enfermedades
- 3) La atención de los pacientes
- 4) La rehabilitación de las secuelas

Necesidad de salud

Necesidad sentida (primaria): necesidad identificada por el individuo, que puede, o no, convertirse en demanda de servicios de salud

Necesidad expresada: necesidad registrada como demanda por los servicios de salud

Necesidad normativa (secundaria): la necesidad sentida es redefinida por los profesionales de la salud, quienes indican, de acuerdo a las normas del estado del arte de la medicina, cuáles estudios paraclínicos y cuáles terapéuticas debe consumir el paciente.

Necesidad de salud (normativa)

Capacidad de las personas de beneficiar su estado de salud, a través de aquellos servicios de salud que las propias instituciones de salud promueven y que es su misión proveer

La necesidad de salud de las personas es la contracara de la misión de las organizaciones proveedoras de servicios de cuidado de la salud

Necesidad de salud (normativa)

Cantidad de prestaciones (output) con calidad, equidad y eficiencia (outcome), que necesitan las personas para preservar y/o mejorar su estado de salud y su calidad de vida (impacto), de acuerdo al estado del arte del momento, de la medicina

Necesidad de salud (normativa)

La necesidad normativa de salud, para cualquier individuo, está expresada sin duda alguna por todas aquellas prestaciones (servicios de salud: promoción, prevención, atención y rehabilitación) que las propias organizaciones sanitarias establecen que benefician el particular estado de salud de dicha persona.

¡No se puede conocer la necesidad de salud de las personas sin conocer su estado de salud!

Necesidad de salud

A través de la satisfacción de sus necesidades de salud las personas ejercen concretamente su derecho a la salud

Las personas sólo ejercen su derecho a la salud cuando satisfacen su necesidad de salud a través de acceder a los servicios de salud (promoción, prevención, atención y rehabilitación) que benefician su estado de salud

Necesidad de salud

Necesidad de salud de una mujer embarazada:

- Recibir por lo menos cinco (5) consultas durante su embarazo
- Realizarse una ecografía por trimestre
- Recibir la vacuna antitetánica
- Consumir hierro y vitaminas
- Atender su parto en una institución de salud con una capacidad de resolución de acuerdo al tipo de embarazo (riesgo)

Necesidad de salud

Necesidad de salud de un niño menor de un año:

- Recibir por lo menos 10 consultas para el control de su desarrollo (una por mes durante el primer semestre y una bimestral durante el segundo semestre)
- Recibir la alimentación adecuada
- Completar el calendario de vacunas establecido por la autoridad sanitaria

Necesidad de salud

Necesidad de salud de un paciente con diabetes:

- Recibir las consultas especializadas de promoción, prevención, atención y rehabilitación que benefician su estado clínico de paciente diabético
- Realizarse los estudios paraclínicos complementarios según el protocolo para pacientes diabéticos
- Recibir la medicación antidiabética adecuada

Accesibilidad de los servicios de salud

Atributo de los servicios de salud, vinculado a la **equidad**, que pondera la **oportunidad** que tienen los usuarios de recibir el cuidado que necesitan y/o demandan

Falta de accesibilidad a los servicios de salud

Según las barreras de acceso, la falta de accesibilidad a los servicios de salud puede categorizarse en:

1) Falta de accesibilidad **pre-institucional**

1) Falta de accesibilidad **institucional**

Falta de accesibilidad a los servicios de salud

Falta de accesibilidad pre-institucional

Barreras de acceso geográficas, económicas, educativas, culturales, por discapacidad, y de comunicación

Es responsable de la denominada **demanda oculta** o **demanda potencial**.

Falta de accesibilidad a los servicios de salud

Falta de accesibilidad institucional

Barreras de acceso de la estructura y de los procesos de las instituciones proveedoras de servicios de cuidado de la salud

Es responsable de la **demanda insatisfecha**; mejor: **demanda rechazada**

Demanda en salud

Teoría económica: la disposición a pagar por un bien o servicio de salud; la cantidad y la calidad de un producto, que desean adquirir los consumidores, a diferentes precios

En la **práctica:** la necesidad expresada es la solicitud de algún servicio de cuidado de la salud

Demanda en salud

Costo de oportunidad

Especialmente cuando existe un tercer pagador por los servicios de salud (Estado, seguros sociales o privados), se deben considerar el costo de oportunidad en tiempo, molestias y riesgos que cada paciente está dispuesto a “pagar” para ser asistido

Oferta en salud

Teoría económica:

- 1) Disposición de las empresas a vender bienes y servicios,
- 2) Disposición de las familias a vender su fuerza laboral

En la **práctica**: disponibilidad de servicios de salud con los que cuenta una comunidad para atender las necesidades y demandas sanitarias

Oferta de salud: Servicios de salud

Son las cuatro tareas esenciales de la medicina definidas en 1945 por Henry E. Sigerist:

- 1) La promoción de la salud
- 2) La prevención de las enfermedades
- 3) La atención de los pacientes
- 4) La rehabilitación de las secuelas

Componentes de los sistemas de salud

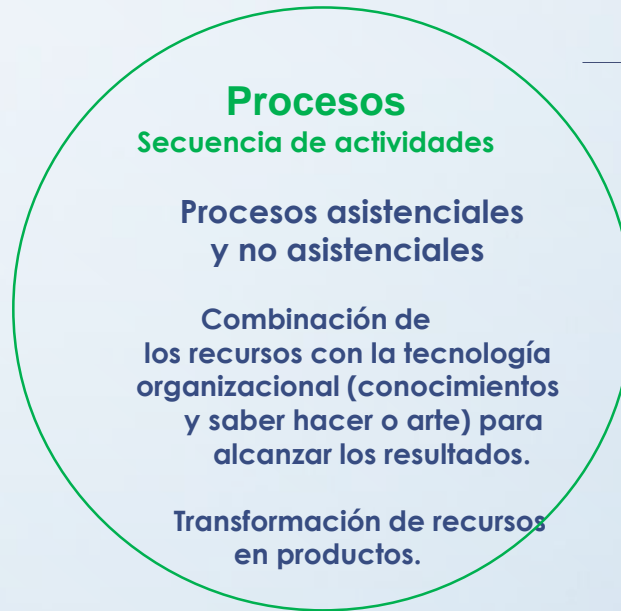
Dos modos de esquematizar los sistemas de salud:

- 1) Según la secuencia estructura (recursos), procesos y resultados de Avedis Donabedian
- 2) Según los tres modelos clásicos: de oferta, financiamiento y atención de la salud

Recursos, procesos y resultados en SS

Inputs: Recursos Corriente de entrada

1. Paciente
2. Determinantes Soc.
3. Recursos:
 - a) Recursos Humanos
 - b) Infraestructura
 - c) Insumos $a+b+c=$ Factores productivos
- d) Información
- e) Normas
- f) Recursos organizacionales:
Misión; Organigrama; Presupuesto
Sistemas de información
- g: Activos intangibles:
conocimiento organizacional



Corriente de salida ó Resultados

1. Output: Productos
2. Outcome:
 - a) Calidad prestaciones
 - b) Equidad
 - c) Satisfacción usuarios internos y externos
 - d) Eficiencia
 - e) Datos e Información
3. Impacto: mejora de la salud y calidad de vida

Tiempo

El paciente, sus necesidades y demandas de salud

Tres elementos que siempre deben considerarse como parte del resultado:

- La demanda oculta
- La demanda rechazada o demanda insatisfecha
- Las listas de espera

Componentes de los sistemas de salud

De acuerdo a **tres tipos de modelos**:

- 1) El modelo de **organización de la oferta de servicios**, según niveles de resolución de los establecimientos de salud
- 2) El modelo de **financiamiento**: cómo se obtienen y se aplican los recursos
- 3) El modelo de **atención (cuidado) de la salud**: con qué estrategias se entregan los servicios de cuidado de la salud

Modelo de organización de la oferta

Componentes del modelo de organización de la oferta:

- 1) Los establecimientos de salud y su nivel de resolución (dónde)
- 2) Los prestadores (quiénes)
- 3) Las prestaciones o tipo de cobertura (qué)

Nivel de resolución de los establecimientos de salud

- 1) Establecimientos del **primer nivel de atención**: establecimientos sin internación. Comúnmente denominados “centros de salud” o centros de atención primaria de la salud (CAPS)
- 2) Establecimientos del **segundo nivel de atención**: establecimientos con internación u hospitales

Categorías de CAPS

Según el nivel de resolución:

- 1) Centros de salud con atención en CCEE algunos días de la semana
- 2) Centros de salud con atención CCEE todos los días de la semana, pero sin atención de urgencias
- 3) Centros de salud con servicio de atención de urgencias, las 24 hs. del día, los 365 días del año

Categorías de hospitales

Según nivel de resolución:

- 1) Hospitales de **nivel I de resolución**: Internación general en cuidados mínimos; no poseen ninguna unidad funcional (“servicio”) de cuidados críticos
- 2) Hospitales de nivel II de resolución: tienen cuidados intensivos; pueden tener también intermedios
- 3) Hospitales de **nivel III de resolución**: desarrollan por lo menos uno de los siguientes servicios: Cirugía cardiovascular; Neurocirugía; Trasplantes; Atención de grandes politraumatizados o grandes quemados

Modelo de organización de la oferta

Supuestos del modelo de organización de la oferta:

- 1) Adecuación de la cobertura a las necesidades y demanda de la población
- 2) Resolución en el nivel adecuado y articulación de los niveles de atención
- 3) Continuidad de la atención de los pacientes

Modelo de financiamiento

El origen de los recursos determina los tres modelos de sistemas de salud:

- 1) El sistema de seguro social, financiado a través de aportes y contribuciones de empleados y empleadores
- 2) El sistema universalista, financiados a partir de rentas generales (impuestos)
- 3) El sistema de seguro privado, cuyo principal componente financiero es el privado (gasto de bolsillo)

Modelo de financiamiento

Supuestos del modelo de organización de financiamiento:

- 1) Eficiencia y calidad
- 2) Conocimiento de productos y costos
- 3) Existencia de mecanismos actuariales en los seguros

Modelo de atención de la salud

Resulta del equilibrio presente en los sistemas de salud, entre dos paradigmas tradicionales y dos actuales:

- 1) Paradigma hospitalario
- 2) Paradigma de Atención Primaria de la Salud (APS)
- 3) Redes Integradas de Servicios de Salud
- 4) Enfoque de Salud Poblacional

Paradigma hospitalario

El hospital del pasado:

Modelo de atención curativo, hospitalario, medicalizado y sobrespecializado

Formando parte del modelo médico hegemónico o paradigma biomédico

Paradigma hospitalario

El hospital moderno:

- 1) Empresa social de servicios gestionada profesionalmente
- 2) Organización que no sólo facilita el acceso a los servicios de salud que presta, sino que los extiende hasta el entorno familiar

Paradigma hospitalario

El hospital moderno:

- 3) Un nodo más, que forma parte de la red de establecimientos que proveen servicios de cuidado de la salud a un determinado colectivo
- 4) Una organización social perteneciente a la comunidad, que requiere de la participación de ésta para legitimarse y cumplir cabalmente con su misión

Atención primaria de la salud

- 1) Atención **nominada**: servicios de cuidado de la salud a personas que se conocen por nombre y apellido, estado de salud y sus determinantes socio-sanitarios
- 2) Atención **inicial**: la APS es responsable del primer contacto del usuario con el sistema de salud (puerta de entrada)
- 3) Atención **continua**: la APS brinda un continuo de prestaciones, desde el nacimiento hasta la muerte y desde la atención de los episodios agudos de las enfermedades hasta la atención en sus fases crónicas

Atención primaria de la salud

- 4) Atención **comprensiva**: la APS comprende las cuatro acciones sustantivas de los servicios de salud.
- 5) Atención **coordinada**: la APS se desempeña coordinadamente como parte consustancial de la red territorial de servicios de cuidado de la salud.
- 6) Atención **cercana**: la APS derriba los muros de las instituciones proveedoras de servicios de cuidado de la salud, llevando sus recursos hasta la persona en el seno de su hogar.

Redes integradas de servicios de cuidado de la salud

Estrategia destinada a tutelar la continuidad de la atención de los pacientes, superando la fragmentación de los cuidados de la salud

Red de organizaciones que:

- 1) Presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida
- 2) Rinde cuentas por sus resultados clínicos, económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve

Salud poblacional

Enfoque estratégico de cuidado de la salud, que abarca los tres niveles de gestión de un sistema de salud; implica:

Desde la perspectiva de la **macrogestión**, el impulso de la calidad sistémica, el correcto alineamiento e integración de todos los agentes del sistema de salud y la visión económica de que una población sana consume menos recursos

Salud poblacional

Enfoque estratégico de cuidado de la salud, que abarca los tres niveles de gestión de un sistema de salud; implica:

Desde la **mesogestión**, la garantía de la continuidad de los cuidados que se brindan, de forma compartida, integral e integrada, entre los diversos niveles de atención, evitando y allanando cualquier tipo de barreras

Salud poblacional

Enfoque estratégico de cuidado de la salud, que abarca los tres niveles de gestión de un sistema de salud; implica:

En el nivel de la **microgestión**, la promoción del liderazgo clínico, con facilitación de las estructuras de gestión en el desarrollo de instrumentos que favorezcan la decisión clínica en el marco del privilegio de abordajes tempranos y preventivos, así como de protocolos de actuación basados en evidencia científica (MBE) y la mayor costo – efectividad, especialmente en el manejo de las enfermedades crónicas (“disease management”)

Tercer pagador y necesidad de gestión basada en resultados

Demanda

Cuando existe un tercer pagador, como es el caso de los servicios de salud (Estado, seguros sociales o privados), la demanda está representada por el costo de oportunidad en tiempo, molestias y riesgos que cada paciente está dispuesto a “pagar” para ser asistido

Pago directo, sin tercer pagador

En los servicios comunes (sin tercer pagador) existe **coherencia decisional: quien consume decide qué consumir y paga por lo que consume.**

Presencia de un tercer pagador

En los servicios de salud (con tercer pagador) existe una triple **incoherencia decisional**:

1 ra. incoherencia: quien consume, el paciente, no decide qué consumir y no paga por lo que consume. Esto es, no decide ni paga los servicios de diagnóstico y tratamiento que consume

Presencia del tercer pagador

2da incoherencia: el prestador, quien decide los servicios que el paciente debe consumir, ni consume ni paga por ellos

3ra. Incoherencia: quien paga los servicios de salud, esto es el financiador (el tercer pagador), ni decide qué se debe consumir, ni consume los servicios

Necesidad de gestionar la incoherencia decisional

La **incoherencia decisional** presente en los servicios de salud a causa de la doble relación de agencia es un componente muy importante que subyace en la **demanda rechazada** (insatisfecha) y las **listas de espera**.

Necesidad de una gestión basada en resultados

1) **Output:** resultados en términos de cantidades de productos que se deben producir

La cantidad de aquellos servicios comprometidos en la cartera de servicios comprometida en la misión deben estar en relación con las necesidades y demandas de la población objeto

Necesidad de una gestión basada en resultados

2) Outcome: resultados en términos de características de los productos que se deben producir:

a) Calidad técnica: que las actividades se desarrollen según los estándares de calidad previstos por el estado del arte de la disciplina en cuestión

Necesidad de una gestión basada en resultados

2) Outcome:

b) Eficiencia: que la transformación de factores productivos en productos sea eficiente

c) Equidad: que aquellos servicios de cuidado de la que las propias disciplinas de la salud establecen que “hacen bien”, las reciban antes quiénes más las necesiten

Necesidad de una gestión basada en resultados

2) **Outcome:**

d) Satisfacción de los usuarios: sean externos (pacientes) o internos (trabajadores de la salud). Sólo se sostienen servicios de cuidados de la salud de calidad, cuando los equipos de salud viven un clima organizacional que brinda satisfacción

e) Resultados en términos de datos e información: acerca de la adecuación del output, y el outcome en relación a las necesidades de la población y los estándares de una buena gestión por resultados

Necesidad de una gestión basada en resultados

3) Impacto de los servicios de cuidado de la salud:

a) Sobre la salud de los pacientes

b) Sobre la y calidad de vida de los población