

Salud y servicios de salud

Santiago Gerardo Spadafora

Abril de 2018

Índice

Introducción	3
1. Salud y gestión.....	4
1.1 La salud como bien, derecho humano, construcción histórico -cultural, un proyecto social y una política de Estado	4
1.2 Salud y enfermedad	21
1.3 Campo de la salud y determinantes sociales de la salud.....	28
1.4 Salud pública	32
1.5 Las actuales once funciones esenciales de la salud pública.....	35
1.6 La salud como indicador del bienestar de los individuos y de una población..	39
2. Necesidad de salud y misión de los establecimientos que brindan servicios de salud; demanda y oferta de servicios sanitarios	41
3. Componentes y modelos de los sistemas y servicios de salud	51
3.1 Modelo de organización de la oferta.....	53
3.2 Modelo de financiamiento.....	57
3.3 Modelos de atención de la salud	59
3.3.1 Paradigma hospitalario	59
3.3.2 Paradigma de Atención Primaria de la Salud (APS)	63
3.3.3 Paradigma de redes integradas de servicios de salud con enfoque de salud poblacional	72
3.4 Tercer pagador y necesidad de una gestión basada en resultados	75
3.4.1 Relación de agencia.....	75
3.4.2 Incentivos presentes en los mecanismos de pago a los prestadores	77
4. Servicios de cuidado de la salud	79
4.1 Promoción de la salud	82
4.2 Prevención de la enfermedad	84
4.3 Atención de pacientes enfermos o con estados particulares de salud.....	86
4.4 Rehabilitación.....	87
5. Ética y sistemas de salud.....	89
6. Anexos.....	92
7. Bibliografía	93

Introducción

Este primer documento es ante todo una verdadera declaración de los principios rectores que en la Universidad de la Fundación ISALUD sostenemos en torno a la salud, los servicios y los sistemas de salud: la **salud** es considerada por nosotros, además de un **bien individual preferente y tutelar sin el cual no es posible acceder a otros bienes tutelares** (educación, trabajo, justicia y seguridad), un **derecho humano** y un **proyecto social, que por su gran poder de inclusión, necesariamente, debe ser liderado por el Estado y por el cual deben asumirse responsabilidades políticas y económicas**. Un Estado que tiene la responsabilidad de desarrollar una **política pública de salud** que asegure el efectivo ejercicio del derecho a la salud a todos sus ciudadanos.

Es en este marco, donde las organizaciones proveedoras de servicios de cuidado de la salud, tienen como misión cuidar la salud de las personas. Contexto que tantas veces no es valorado adecuadamente, malinterpretándose entonces que las organizaciones sanitarias existen sólo como meras fuentes de empleo para los trabajadores de la salud. Ciertamente son aquellos que tienen responsabilidades de gestión, aquellos que primeramente deben comprender y transmitir, este aspecto crítico de la misión y del destino de las organizaciones del sector salud: **la razón de ser y de existir de los hospitales y los centros de salud, es la de brindar los cuidados de la salud que las personas necesitan y tienen derecho a recibir**. Tanto o más importante de lo que hacemos las organizaciones de salud (brindar prestaciones de cuidado de la salud), es **por qué lo hacemos y cómo lo hacemos; los valores que subyacen en el porqué y cómo lo hacemos**.

Sabemos perfectamente que en todas las relaciones interhumanas la comunicación gestual, más allá de los propios actos, adquiere un valor esencial; crítico en el cuidado de la salud, dónde personas ayudan íntimamente a otras personas. Es por ello que **a través de nuestras actitudes frente a los usuarios y los pacientes se comunican muy intensamente los valores que tanto en nosotros como en nuestra organización subyacen: por qué hacemos lo que hacemos**. De hecho, conocemos, también, que en el resultado de nuestro actuar como equipo que presta servicios de salud, el **hacer “sentir” a las personas que verdaderamente las estamos cuidando es tanto o más importante que las propias prácticas que estamos realizando**. Por todo ello, este primer documento está destinado íntegramente a profundizar este encuadre socio-político-sanitario y de valores, recorriendo los principales temas, que, en la evolución histórica de siglos, han ido conformando los actuales servicios y sistemas de salud.

1. Salud y gestión

1.1 La salud como bien, derecho humano, construcción histórico - cultural, un proyecto social y una política de Estado

La salud, un bien superior, meritorio y preferente, tutelado por el Estado

La salud, en la experiencia cotidiana del común de las personas, es **estar bien para poder hacer las cosas**; es estar bien, sin malestares, para poder realizar las actividades del diario vivir (“capacidad de funcionar”) y poder gozar de los demás bienes. Todos hemos tenido la experiencia de que sin salud es más difícil realizar las actividades del diario vivir (ADV); sea las actividades básicas, las instrumentales y/ o las avanzadas (ver anexo 1 en página 76). Sin salud tampoco es posible gozar completamente de los demás bienes y servicios (productos la economía) que están a nuestra disposición.

En la concepción moderna la **salud es considerada un proceso dinámico y variable, de equilibrio entre el organismo humano y el medio (ambiente)**. En este proceso, la **enfermedad es considerada un evento donde existe una pérdida de un aspecto de la salud, con determinantes y repercusiones biológicas, psíquicas, sanitarias, económicas, sociales y culturales**. Por consiguiente, a partir de esta conceptualización, los servicios de cuidado de la salud no sólo debieran focalizarse en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan a las personas, sino, además, y de un modo cada vez más sustantivo, en intervenir en el “diagnóstico y tratamiento” de los determinantes de la pérdida de la salud, así como del **cuidado de los aspectos sanos de los pacientes**; esto es, del **cuidado de aquellos aspectos biológicos, psíquicos, sanitarios, económicos, sociales y culturales** que no son afectados directamente por la enfermedad; pero sí los amenazan. Ciertamente es un cambio de paradigma de la misión de los establecimientos que prestan servicios de salud. Comúnmente abreviado como “establecimientos de salud”.

La salud constituye una **dimensión esencial de la calidad de vida del hombre y es considerada por todas las culturas como un bien social primario (o superior) que debe ser máximamente preservado**. No sólo porque está ligada a toda la actividad humana, sino, además porque constituye un medio necesario para alcanzar una **existencia feliz, digna y productiva**, tanto en el aspecto social como en el económico. En el clásico gráfico de Milton Terris, profesor de Medicina Preventiva y Comunitaria del New York Medical College (1975) se expresa la relación del bienestar y el malestar (subjetivos) con el grado de afectación de realizar las actividades diarias (funcionar) sobre el continuo salud-enfermedad.

Bienestar y funcionamiento

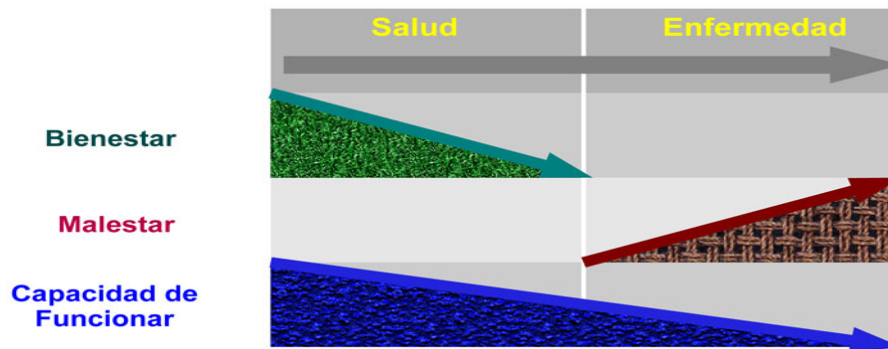


Gráfico basado en la Teoría de Terris, M.

De hecho, dos son los motivos de consulta genéricos más frecuentes en los establecimientos que prestan servicios de salud de todas partes del mundo: el **dolor** y la **impotencia funcional** para la realización de las actividades diarias.

Al ser necesaria para **el bienestar de las personas y su actuación como agentes sociales**, en todas las sociedades modernas, la salud es considerada también un **bien meritorio**, esto es, un **bien prioritario para la comunidad y de interés para que todas las personas lo consuman**. Las personas “merecen” este bien prioritario. Los bienes meritorios pueden producirse por entidades públicas o por empresas privadas; lo relevante, no es quién los produce, sino que sean producidos en las cantidades y la calidad que las personas lo necesiten y las sociedades así lo deseen. Además de ser considerado un bien meritorio por su influencia sobre la calidad de vida de cada individuo, la salud es considerada un **bien preferente** por cuanto los beneficios del “consumo” de bienes y servicios que concurren al cuidado de la salud son superiores a los gozados por el propio consumidor. Richard Musgrave (economista alemán 1910/2007) definió a los bienes meritorios y preferentes como aquellos que por sus características hacen que la asignación de los mismos exclusivamente por el mercado de lugar a un volumen de provisión inadecuado. Entre esas características se encuentra, por un lado, la información imperfecta que impide una adecuada valoración individual por parte de los consumidores.

Al ser los beneficios del “consumo” de bienes y servicios que concurren al cuidado de la salud superiores a los gozados por el propio consumidor, se dice que **“la salud contagia”**. Este contagio de la salud es un mecanismo que los economistas denominan **“externalidad positiva” para el bienestar social**. La externalidad positiva es el mecanismo por el cual, cuando las personas consumen o las empresas producen, se genera un beneficio a terceros, por el cual, aquellos (personas y empresas) no reciben ninguna retribución a cambio. Ejemplo: las **vacunas**, donde la persona que se vacuna, esto es, quién demanda y consume vacunas, además de protegerse, evita la propagación del germen, lo cual representa un beneficio a terceros por el cual, quien se vacuna no recibe recompensa alguna.

Sin embargo, a pesar de que la salud es universalmente considerada un bien superior, prioritario y preferente, no todas las personas acceden equitativamente, esto es, en la medida en que lo necesitan, a los bienes y servicios que la preservan. **Existen barreras educativas, geográficas, económicas y de la organización y funcionamiento de los propios establecimientos de salud**, que hacen que algunas personas no accedan a los bienes y servicios que mejoran su estado de salud. De hecho, numerosas personas no acceden a los **bienes y servicios de salud que necesitan, esto es a los bienes y servicios de salud que existen y benefician su estado de salud**, por diversos motivos; a saber:

- 1) No tienen conocimiento de que dichos bienes y servicios de salud existen: **barreras educativas**;
- 2) Viven lejos de los proveedores de bienes y servicios de salud: **barreras geográficas**;
- 3) No poseen recursos económicos, a veces siquiera para viajar hasta el servicio de salud; otras veces para no perder un día de trabajo que representa la comida de la familia: **barreras económicas**;
- 4) Los proveedores de bienes y servicios de salud tienen una organización que no permite dar respuesta a toda la demanda que reciben y por ende parte de esa demanda es rechazada (demanda insatisfecha): **barreras de los propios establecimientos que brindan servicios de salud** (establecimientos de salud).

La baja accesibilidad a los bienes y servicios que mejoran la salud, de parte de las personas, sea por causas extra-institucionales (las primeras tres barreras) o por causas intra-institucionales (la cuarta barrera), explica la **mayor presencia de morbilidad (enfermedades) y mortalidad en este colectivo** (grupo social).

Asimismo, debido a las denominadas fallas del mercado de la salud, esencialmente representada tanto por la asimetría de conocimiento entre los proveedores y los consumidores de servicios de salud como por las “externalidades” mencionadas, si se dejara al propio mercado (libre juego de la oferta y la demanda) que asignara las

cantidades y los precios a dichos bienes y servicios de salud, el equilibrio al que se llegaría (en cantidad y precios) seguramente sería negativo para el consumidor; dicho de otro modo, **si no existiese la intervención del Estado (regulando y controlando) en el mercado de la salud, la cantidad de bienes y servicios sanitarios sería inferior a lo deseable y/o los precios serían más altos.** Situación que haría que muchas más personas sin recursos se quedaran sin los bienes y servicios de salud que necesita para mejorar su estado de salud. De hecho, la **falta de salud afecta siempre, mayormente, a las personas y comunidades más pobres;** como se ha expresado, entre éstas se observa una mayor **mortalidad prematura evitable y un mayor índice de enfermedades y discapacidades.**

Es ampliamente conocido que los ingresos de las personas pobres dependen casi por completo del trabajo físico que puedan desarrollar, por lo cual, la **pérdida de la salud profundiza enormemente su condición de pobreza.** De hecho, ya en la década de 1941/1950, Henry Sigerist (Médico e historiador de la medicina -Francia 1891 / Suiza 1957-; Profesor y Director del Instituto de Historia de la Medicina de la Universidad Johns Hopkins de Baltimore, EE.UU) describió el “**círculo vicioso pobreza - enfermedad - pobreza**”, dónde la enfermedad agrava la pobreza, la cual a su vez genera más enfermedad. Sigerist describió dicho círculo vicioso de la pobreza, impulsado por las observaciones que realizara Peter Frank, entre los años 1790 y 1805, estudiando la salud de las/los trabajadoras/es de los arrozales, mientras era Director Sanitario de la Lombardía y director de la Escuela de Medicina de la Universidad de Pavía. Peter Frank (Alemania 1745 / Suiza 1821), uno de los más claros promotores de la salud social, sobre la base de sus observaciones en Pavía, acerca de la relación entre la miseria y la enfermedad, escribió el famoso artículo, “**La miseria del pueblo, madre de las enfermedades**”.

Ampliar en textos complementarios: SIGERIST, Henry. Johann Peter Frank: Un Pionero de la Medicina Social. También en Salud colectiva[online]. 2006, vol.2, n.3 [citado 2015-02-20], pp. 269-279:

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652006000300005&lng=es&nrm=iso. ISSN 1851-8265.

Consecuentemente, tanto por la existencia de barreras extra-institucionales (educativas, geográficas y económicas) como por las fallas del mercado de la salud, en todas las sociedades modernas, la salud es considerada además un **bien tutelar**, esto es, un bien que debe ser “**tutelado por el Estado**”. En este sentido es responsabilidad del Estado **proteger la salud de sus habitantes**, lo cual esencialmente significa **cautelar el acceso a los mecanismos que la preservan, particularmente para las personas socialmente más desfavorecidas.** Tutela que debe ser desarrollada por acciones concretas de promoción, prevención, atención y rehabilitación, integradas en

el marco de una **política pública desarrollada por el Estado**. Política de Estado que debe ser explícita y por la cual se deben rendir cuentas.

En síntesis, al reconocerse que **el consumo de bienes meritorios y preferentes resulta socialmente deseable, en tanto conducen a un mayor bienestar social**, se considera que debe haber una intervención estatal (bienes tutelares), a fin de que **el acceso a estos bienes se escinda de la capacidad adquisitiva individual**.

En este contexto, cuando se habla seriamente sobre la **efectiva tutela del bien salud de cada uno de los habitantes**, se debe siempre considerar que **existen dos tipos totalmente diferentes de poblaciones sobre los cuales el Estado debe ejercer dicha tutela**:

- 1) Aquella población que **no tiene barreras económicas, educativas ni geográficas** para acceder a las prestaciones que benefician su estado de salud, que requiere escasas acciones de parte del Estado para que acceda a dichos bienes y servicios;
- 2) Aquella población que, **por tener barreras económicas, educativas y/o geográficas para acceder a las prestaciones que benefician su estado de salud, requiere que el Estado realice muchas acciones como sistema de salud, no sólo porque lo exige la equidad, sino, además, por el efecto contagio que produce la salud (externalidades positivas) y que beneficia al conjunto social**, más allá del individuo que consume los bienes y servicios de salud.

Es en esta segunda población vulnerable donde el **Estado debe focalizar su accionar**. En este aspecto es muy importante reflexionar acerca de la definición de vulnerabilidad, tal como lo hace Florencia Luna (2009 en su metáfora de las “capas de vulnerabilidad”. La autora invita a una nueva forma, flexible, de concebir la(s) vulnerabilidad(es). Esto es, **la vulnerabilidad no es una característica esencial que las personas poseen** y, por lo tanto, **no debería ser entendida como una “categoría”**. Sino que se trata de una **condición relacionada a una determinada situación: económica, educativa, idiomática, geográfica**. Por consiguiente, la vulnerabilidad no debería ser entendida como una condición permanente y categórica, una etiqueta que es aplicada a alguien bajo ciertas circunstancias (como la falta de poder o incapacidad) y que persiste durante toda su existencia. No es un concepto de todo o nada: un rótulo que incluye o excluye a un grupo particular. Más que considerarla una etiqueta o una característica esencial, debería ser analizada de esta manera más sutil, como una capa. ***Ampliar en textos complementarios: Vulnerabilidad: La metáfora de las capas, de Florencia Luna.***

En principio es esta la población objeto prioritaria del accionar del Estado, llegando con sus recursos hasta el mismo lugar donde vive, para en principio hacer un

diagnóstico de salud de cada una de las personas de este colectivo, y luego, en consecuencia, planificar y realizar las acciones de educación para la salud, promoción de hábitos de vida saludables, prevención de las enfermedades, atención y rehabilitación que cada persona individualmente necesita, de acuerdo a cuál es el set de prestaciones que benefician su estado de salud; esto es, **las prestaciones que conforman su necesidad de salud**. En este sentido, **la necesidad de salud de un paciente con hipertensión arterial** es recibir las consultas especializadas de promoción, prevención, atención y rehabilitación que benefician su situación clínica de paciente hipertenso, así como los estudios paraclínicos complementarios del diagnóstico y toda la medicación antihipertensiva que su estado requiera.

Para conocer la necesidad de salud de un determinado individuo es necesario **conocer los datos acerca de las variables que hacen a su estado de salud**: edad, sexo, antecedentes familiares y personales en relación a la salud, hábitos de vida, controles de salud y acciones preventivas realizadas (por ejemplo, control del niño sano, aplicación de vacunas), enfermedades, tratamientos recibidos y secuelas (discapacidades, por ejemplo). Claramente todos estos datos son fáciles de recabar cuando las personas concurren a los centros de salud. O por lo menos debieran serlo. El problema surge cuando las personas no concurren a los centros sanitarios por causa de las barreras arriba mencionadas. Recordemos siempre que la necesidad de salud de cada individuo es su particular capacidad de beneficiarse con prestaciones sanitarias que existen y forman parte de la misión de algún servicio de salud concreto de su barrio (o cobertura social), el proveerlos. **Dicho de otro modo, la misión de los establecimientos que prestan servicios de salud es la otra cara de una misma moneda. De un lado está la necesidad de salud de las personas (las prestaciones sanitarias que mejoran su estado de salud), y, del otro lado está la misión de los establecimientos de salud de proveer dichas prestaciones sanitarias (¡las mismas!). Todas las prestaciones: de promoción, de prevención, de atención y de rehabilitación. ¡No sólo la atención de las enfermedades!**

La tutela efectiva del Estado, de la salud de cada persona, se ejerce, entonces, a través de la misión de las organizaciones que proveen servicios de cuidado de la salud, sean de propiedad Estatal o privada. La función del Estado es de asegurar que dichas prestaciones se brinden en tiempo y forma para que la necesidad de salud sea satisfecha. Especialmente el Estado debe asegurar que la población con alguna “capa de vulnerabilidad”, a causa de las barreras previamente mencionadas, acceda a las prestaciones que como hemos visto no sólo benefician su estado de salud, sino que, por contagio (externalidad positiva) benefician al conjunto social. La tutela del Estado, entonces, implica mínimamente, realizar las siguientes tres acciones:

1) Tener **nominalizada la población vulnerable**: saber quién es y dónde vive;

- 2) Haber desarrollado, en esta población vulnerable, casa por casa, un **censo de salud** para conocer datos acerca de las variables que hacen al estado de salud arriba mencionadas;
- 3) Asegurar la existencia de dispositivos de red (de prestadores de servicios de salud) que brinden aquellos servicios de cuidado de la salud que, efectivamente, satisfagan las necesidades de salud detectadas en cada miembro de dicha población vulnerable.

No existe efectiva tutela de la salud si en el primer nivel de atención de salud de cualquier municipio, gestionado por dicho municipio o por la provincia a la cual pertenece, no se realizan estas tres acciones mínimas para proteger la salud de las personas más vulnerables. Como en tantas otras cosas, en tal caso, existirá una tutela de la salud, “de palabra”.

Es interesante mencionar que el único país desarrollado dónde la tutela de la salud no es universal (no lo es para toda la población), es los Estados Unidos de América, dónde la protección de la salud alcanza solamente a las personas mayores de 65 años, discapacitados, los pobres y los niños. Dicha protección social tutelada por el Estado se efectiviza a través de tres seguros públicos: Medicare (mayores y discapacitados), Medicaid (pobre) y State Children’s Health Plan (SCHIP; niños).

La salud, un derecho humano

La tutela del bien salud por parte del Estado está íntimamente relacionada con el reconocimiento de la salud como un derecho humano. Existe un amplio consenso mundial (ONU, UNESCO) en reconocer a **la salud como un derecho humano fundamental que es necesario proteger** en cuanto conforma un prerrequisito esencial para la realización de los proyectos de vida de las personas, así como una condición indispensable para garantizar la igualdad de oportunidades en la construcción de sociedades más democráticas. El derecho a la salud, junto a los derechos económicos y culturales, es conocido como un **derecho social**.

A partir de la reforma Constitucional de 1994, se produjo un importante avance en el reconocimiento del derecho a la salud a través del art. 75° inc. 22, al otorgarle jerarquía constitucional a los tratados que sí declaran expresamente este derecho. El derecho a la salud se encuentra enunciado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que en su art. 25 parr. 1° señala que "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial (...) la asistencia médica y los servicios sociales necesarios". Por otra parte, los Estados partes del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconocen en el art. 12° “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

El derecho comprende obligaciones básicas de efecto inmediato y de carácter indelegable, entre las que se encuentra la de facilitar el acceso a los medicamentos esenciales. Ese deber implica, según la ONU, que los Estados “(...) tienen una obligación inmediata de evitar la discriminación y de lograr que ciertos productos farmacéuticos –denominados “medicamentos esenciales”– estén disponibles y accesibles en todas sus jurisdicciones. Esas obligaciones básicas de efecto inmediato no están sujetas a la realización progresiva” (Relatoría Especial de la ONU, cito en Allard Soto, 2015:12). En cambio, en lo que respecta a los medicamentos no esenciales, al Estado le corresponde facilitar progresivamente el acceso.

Paradójicamente, fue un presidente de los Estados Unidos (Franklin Delano Roosevelt 1882/1945) quién proclamara el derecho a la salud como uno de los derechos implícitos en el derecho a la libertad de vivir sin penurias (“freedom from want”). Para Roosevelt, único presidente de los Estados Unidos en ganar cuatro elecciones presidenciales en esa nación (1932, 1936, 1940 y 1944) existían cuatro libertades esenciales, necesarias para alcanzar la seguridad humana: la libertad de expresión, la libertad de religión, la libertad de vivir sin penurias y la libertad de vivir sin miedo. Esta proclamación de Roosevelt fue hecha en el discurso dirigido al Congreso de los Estados Unidos el 6 de enero de 1941. La denominada Roosevelt’s “Second Bill of Rights” incluía también el derecho al trabajo, al salario digno (para una adecuada alimentación), al vestido, a la recreación, a la vivienda, a la seguridad económica y a la educación. En relación al derecho a la salud, Roosevelt, quien había sido víctima de la poliomielitis, concretamente sostenía que las personas tenían derecho a la oportunidad de alcanzar y disfrutar de una buena salud y de recibir cuidados médicos adecuados. *Mensaje del presidente Roosevelt (1944) al Congreso de los Estados Unidos.* <http://www.worldpolicy.org/globalrights/econrights/fdr-econbill.html>.

Sin que Roosevelt pudiera ver concretado en su país, el anhelo expresado en las “cuatro libertades”, tras su muerte (1945), su viuda Eleanor influyó en la redacción de la Carta de las Naciones Unidas, aprobada el 26 de junio de 1945, en San Francisco, al terminar la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Organización Internacional, hito fundacional de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

Eleanor Roosevelt influyó decididamente en la Declaración Universal de los Derechos Humanos proclamada el 10 de diciembre de 1948, al presidir su comité de redacción. El segundo considerando del Preámbulo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos recoge casi textualmente, en su versión inglesa, las cuatro libertades enunciadas por Franklin D. Roosevelt.

Los derechos sociales son derechos de “segunda generación” (luego de los derechos civiles, que son de primera generación). Se trata de derechos propios del **Estado Social de Derecho**, que aparecen históricamente como superación del Estado de Derecho Liberal. Los derechos sociales son los que humanizan a los individuos, sus relaciones y el entorno en el que se desarrollan. **Son garantías de la igualdad y la libertad reales, pues la libertad no es posible si es imposible ejercerla por las condiciones materiales de existencia.** Son derechos sociales:

- 1) **Derecho a un empleo y a un salario**
- 2) **Derecho a la protección social**
- 3) **Derecho a una vivienda, a la educación y al cuidado de la salud**
- 4) **Derecho a un ambiente saludable**
- 5) **Derecho al acceso a la cultura**
- 6) **Derecho de acceso a todos los ámbitos de la vida pública**

Algunos autores consideran que los derechos políticos son derechos de segunda generación (los derechos civiles son de primera generación), que los derechos sociales son derechos de tercera generación y que existen también derechos de cuarta generación: los derechos de los ciudadanos a participar activamente (comprometerse) con el destino de la sociedad y al control de la “cosa pública” (Pagani, 2007). Este control de la cosa pública es la **contracara de la “rendición de cuentas”** que debieran dar los funcionarios públicos; esto es, la denominada **“accountability”**.

La declaración Universal de los Derechos Humanos aprobada en 1948 reconoció, por primera vez en la historia, que la protección de la salud es un derecho fundamental que debe ser garantizado a toda la ciudadanía en condiciones de igualdad.

Ampliar en textos complementarios:

- 1) *Declaración universal de derechos humanos ONU*
- 2) *Declaración de bioética y derechos humanos UNESCO*

En las Constituciones Nacionales de los países de Sud América el derecho a la salud presenta diversos enfoques. Sólo la mitad de los países suramericanos considera explícitamente a la salud como un derecho universal en su Constitución Nacional: Bolivia, Brasil, Ecuador, Paraguay, Suriname y Venezuela. Los otros hacen referencia al derecho a la salud de un modo general o de un modo implícito. En nuestro país, el prestigioso constitucionalista José Germán Bidart Campos (1927/2004) sostenía que en la Argentina, ***“el derecho a la salud es corolario (derivado) del derecho a la vida”...***, ***“legalmente amparado (implícitamente) dentro de las denominadas “garantías innominadas” (artículo 33 de la Constitución Nacional Argentina -CNA-), de manera tal que todo desconocimiento de ese derecho es inconstitucional, pudiendo buscarse la vía de amparo para hacerlo efectivo (artículo 43 de la CNA)”***.

También el artículo 42 de la CNA hace mención sobre la protección de la salud como un derecho reconocido a los consumidores y usuarios de bienes y servicios en su relación de consumo. Asimismo, todas las constituciones provinciales de la Nación Argentina, o bien reconocen la salud como un bien social y/o un derecho humano, o bien hacen referencia a la protección de la salud como una responsabilidad del Estado.

La Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina (CSJN) define el derecho a la vida, como “el primer derecho natural de la persona humana, preexistente a toda legislación positiva que, obviamente, resulta reconocido y garantizado por la Constitución Nacional”. En lo que se refiere al papel del Estado Nacional en particular, la CSJN se ha pronunciado definiendo la obligación impostergable que tiene el mismo de garantizar el derecho a la salud “con acciones positivas, sin perjuicio de las obligaciones que deban asumir en su cumplimiento las jurisdicciones locales, las obras sociales o las entidades de la llamada medicina prepaga” (CSJN, 2000).

NORMAS CONSTITUCIONALES PROVINCIALES EN MATERIA DE SALUD	
CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES	Establece, en su artículo 20, la garantía del derecho a la salud integral que está directamente vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente. El gasto público en salud es una inversión social prioritaria. Se aseguran a través del área estatal de salud, las acciones colectivas e individuales de promoción, protección, prevención, atención y rehabilitación, gratuitas, con criterio de accesibilidad, equidad, integralidad, solidaridad, universalidad y oportunidad. Se entiende por gratuidad en el área estatal que las personas quedan eximidas de cualquier forma de pago directo. Rige la compensación económica de los servicios prestados a personas con cobertura social o privada, por sus respectivas entidades. De igual modo se procede con otras jurisdicciones.
PROVINCIA DE BUENOS AIRES	Establece en su artículo 36 que “la provincia promoverá la eliminación de obstáculos económicos, sociales que afecten o impidan el ejercicio de los derechos y garantías constitucionales: a la salud” (inciso g).
PROVINCIA DE CATAMARCA	Establece en su artículo 64 que “la provincia promoverá la salud como derecho fundamental del individuo y de la sociedad...”.

NORMAS CONSTITUCIONALES PROVINCIALES EN MATERIA DE SALUD	
PROVINCIA DE CHACO	Establece en su artículo 36 que “la provincia tiene a su cargo la promoción, protección y reparación de la salud de sus habitantes con el fin de asegurarles un estado completo bienestar físico, mental y social”.
PROVINCIA DE CHUBUT	Establece en su artículo 18 que “todos los habitantes de la Provincia gozan de los siguientes derechos en especial a la promoción de la salud..”.
PROVINCIA DE CORDOBA	Establece en su artículo 19 que “todas las personas en la Provincia gozan de los siguientes derechos: a la vida desde la concepción, a la salud...”.
PROVINCIA DE CORRIENTES	<p>Establece, en su artículo 40, que las medidas de protección familiar deben contemplar políticas activas de lucha contra las adicciones perjudiciales para la salud. El Estado Provincial debe desarrollar, en coordinación con la Nación, los municipios y los actores sociales, campañas de información general y de asistencia familiar, proveyendo los recursos necesarios para la investigación, prevención y atención de la problemática, como asimismo para el tratamiento, recuperación e inserción social de los afectados.</p> <p>En su artículo 48 establece que consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos, a una información adecuada y veraz, a la libertad de elección y a condiciones de trato equitativo y digno.</p>
PROVINCIA DE FORMOSA	Establece en su artículo 80 que “el estado reconoce a la salud como un hecho social y un derecho humano fundamental tanto de los individuos como de la comunidad contemplando sus diferentes pautas culturales”.
PROVINCIA DE JUJUY	Establece en su artículo 21 inc.1 que “todos los habitantes de la Provincia gozan del derecho a la salud y a su protección mediante la creación y la organización de los sistemas necesarios”.
PROVINCIA DE LA PAMPA	Establece en su artículo 6 que “las normas legales y administrativas garantizarán el goce de la salud integral de los habitantes”.

NORMAS CONSTITUCIONALES PROVINCIALES EN MATERIA DE SALUD	
PROVINCIA DE LA RIOJA	Dispone en su artículo 57 que “el estado asegurará la salud como derecho fundamental de la persona humana...”
PROVINCIA DE ENTRE RÍOS	<p>En su artículo 19, reconoce la salud como derecho humano fundamental, desarrollando políticas de atención primaria.</p> <p>La asistencia sanitaria será gratuita, universal, igualitaria, integral, adecuada y oportuna. Será prioritaria la inversión en salud, garantizando el primer nivel de atención, así como la formación y capacitación. Se implementará un seguro provincial de salud para toda la población y una progresiva descentralización hospitalaria.</p> <p>El medicamento es un bien social básico. El Estado regula y fiscaliza el circuito de producción, comercialización y consumo de éstos y de los productos alimenticios, tecnología médica y acredita los servicios en salud.</p>
PROVINCIA DE MENDOZA	La Constitución mendocina (1916) enfoca así a la salud más que nada desde la óptica clásica del poder de policía de salubridad, más allá de recurrirse al expediente de los “derechos implícitos” que contiene la norma de su artículo 47, de factura parecida al art. 33 de la Constitución Nacional.
PROVINCIA DE MISIONES	Establece en su artículo 39 que “la provincia garantizará la atención de la salud de la población...”.
PROVINCIA DE NEUQUÉN	Establece en su artículo 287 que es obligación ineludible de la Provincia velar por la salud y la higiene públicas, especialmente en lo que se refiere a la prevención de enfermedades, poniendo a disposición de sus habitantes servicios gratuitos y obligatorios en defensa de la salud, por lo que ésta significa como capital social.
PROVINCIA DE RIO NEGRO	Establece en su art. 59 que “el estado provincial garantizará la salud a través de un sistema integrador establecido por la Ley.

NORMAS CONSTITUCIONALES PROVINCIALES EN MATERIA DE SALUD	
PROVINCIA DE SALTA	Dispone en su artículo 40 que “Compete al Estado el cuidado de la salud física, mental y social de las personas...”.
PROVINCIA DE SAN JUAN	Establece en su artículo 61 que “el estado garantiza el derecho a la salud a través de medidas que la aseguren para toda persona...”.
PROVINCIA DE SAN LUIS	Dispone en su artículo 57 que “el estado garantiza el derecho a la salud con medidas que lo aseguran para toda persona...”.
PROVINCIA DE SANTA CRUZ	Establece en su artículo 57 que “la provincia velará por la higiene y salud pública...”.
PROVINCIA DE SANTA FE	Dispone en su artículo 19 que “la provincia tutela la salud como derecho fundamental del individuo e interés de la colectividad”.
PROVINCIA DE SANTIAGO DEL ESTERO	Establece en su artículo 70 que “el estado provincial asegurará la salud como derecho fundamental de la persona humana...”.
PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO ANTARTIDA E ISLAS DEL ATLÁNTICO SUR.	Dispone en su artículo 14 que “todas las personas gozan en la Provincia de los siguientes derechos... a la salud”.
PROVINCIA DE TUCUMÁN	Establece en su artículo 146, que “El Estado reconoce la salud como derecho fundamental de la persona”.

Desde el punto de vista normativo el derecho a la salud está también reconocido en los siguientes **Tratados Internacionales con Rango Constitucional** (Art.75 inc.22):

- El artículo 12, inciso c, del **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)** adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1966;
- El inciso 1 de los artículos 4 y 5 de la **Convención sobre Derechos Humanos, Pacto San José de Costa Rica**, suscrita en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos en 1969;

En estos tratados internacionales el derecho a la salud no está referido sólo a la salud individual, sino, también, a la salud “colectiva”. En este contexto, sistemas de salud tradicionalmente innovadores como el de Gran Bretaña, han introducido (2007) el enfoque de derechos humanos en el cuidado de la salud como marco para las acciones sanitarias.

Ampliar en textos complementarios:

- 1) *El derecho a la salud y su protección constitucional, de Andrea Fabiana Mac Donald*
- 2) *El derecho a la salud en Latinoamérica, de Ingrid Brena Sesma*
- 3) *Human Rights in Healthcare –A Framework for Local Action*

Claramente, aunque no se encuentra fácilmente de forma explícita, el derecho a la salud implica no sólo el acceso a las prestaciones que benefician la salud de personas y comunidades, sino, además, a que dichas **prestaciones sean brindadas con calidad, equidad, eficiencia y produciendo la información necesaria que retroalimente el sistema de salud.**

El derecho a la información salud como parte sustantiva del derecho a la salud

La OPS viene sosteniendo que las instituciones nacionales incluyendo gobiernos, universidades, ONG, y el sector privado, deben reconocer que **el acceso a información en salud es un constituyente clave del derecho a la salud.** El derecho a la información se establece en diversos instrumentos de derechos humanos:

- En el artículo 19 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) y de sus dos protocolos (1966 y 1989);
- En los artículos 10, 14 y 16 de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDM);
- Los artículos 12, 13 y 17 de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN).

La información conforma una de las capas, en la metáfora de las “capas de vulnerabilidad” formulada por Florencia Luna. En este marco, en el sector salud, el acceso a la información abarca una gran cantidad de acciones. Entre ellas:

- 1) Identificar las barreras para el acceso a la información a fin de poder superarlas: limitaciones de tiempo, información demasiado extensa y compleja de procesar por la multiplicidad de variables;
- 2) Pensar la información en asociación con una “capa de vulnerabilidad”, en términos de capacidades y competencias necesarias para que se pueda procesar o no la información que se está brindando.
- 3) Brindar información pormenorizada de la cartera de servicios por parte de los centros de salud y las redes de servicios: quiénes deben proveer qué servicios en qué tiempo;
- 4) Brindar información clínica a pacientes y familiares, de un modo llano y comprensible, según la “capa de vulnerabilidad” educativa-idiomática presente en relación a la información que recibe del sistema de salud;
- 5) Brindar información relevante en relación al rendir cuentas de las acciones realizadas y como un modo de facilitar la transparencia;

6) Determinar pautas y normativas claras que contemplen la privacidad de la información.

Ampliar en textos complementarios:

Derecho a la salud y acceso a la información OPS 2014:

La salud como una construcción histórico-cultural y un proyecto social con eje en la protección social

Al momento de intentar realizar una descripción operativa de la salud, rápidamente se advierte que **la salud no es, más que un concepto unívoco e inmutable**. Esto es debido a:

- 1) La gran cantidad y complejidad de variables involucradas;
- 2) En su conceptualización intervienen los **valores, tradiciones, creencias, conocimientos y normas presentes en cada grupo social a lo largo de su historia**.

Por consiguiente, **la salud es, más que un concepto unívoco e inmutable, una construcción sociocultural relativa a cada momento histórico**. En este sentido, la salud es un **proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos**, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Asimismo, atendiendo a que **la falta de salud afecta siempre, mayormente, a las personas más pobres**, la salud se torna un **componente esencial del desarrollo social**, y su cuidado, un **instrumento muy eficaz de equidad y justicia social**. Consecuentemente, **la identificación de las brechas en materia de cuidados de la salud, así como las medidas para superarlas, deben considerarse como objetivos estratégicos de todo gobierno y como un componente esencial de la acción pública integral destinada a romper el círculo vicioso de la pobreza y alcanzar un desarrollo humano sostenible**.

Siguiendo este concepto, el cuidado de la salud forma parte de la denominada **protección social**, esto es, de la “tutela”, la “seguridad”, “la garantía” que una sociedad otorga, a través de regulaciones del Estado, para que un individuo o grupo de individuos, pueda satisfacer sus necesidades y demandas por bienes y servicios preferentes necesarios para alcanzar una calidad de vida que dicha sociedad considera digna, sin que la capacidad de pago u otra barrera (geográfica, cultural) sea un factor restrictivo.

Aquellos grupos de la sociedad que no pueden hacer uso de esta garantía constituyen los **excluidos o marginados**. La seguridad social se hace efectiva a través de un conjunto de acciones denominadas **prestaciones de la seguridad social**, esto es, en forma de **renta mínima o prestaciones individualizadas (bienes y servicios) económicamente evaluables, dirigidas a prevenir y atender las situaciones de necesidad o riesgo que alcanzan a los individuos, afectando su calidad de vida (enfermedad o incapacidad) y su patrimonio (cese en el empleo)**. En esta lógica, la **protección social en salud** es la garantía que la sociedad otorga a través del Estado para que los individuos puedan satisfacer sus necesidades y demandas de salud.

Ampliar en textos complementarios:

1) Prestaciones de la seguridad social y Protección social en salud.

2) Protección social OMS OPS y Protección social en la Unión Europea 2005.

Dentro de este concepto de protección social, **la salud es comprendida como:**

- Un proyecto social por el cual **deben asumirse responsabilidades políticas y económicas;**
- Un proyecto social que necesariamente **debe ser liderado por el Estado, a través de una política pública específica;**
- Un proyecto social cuyo objetivo central es el **desarrollo del capital humano y social de la nación;**
- Un proyecto social que tiene la enorme capacidad de poner en acto “ya”, de un modo muy efectivo, **la equidad social, promoviendo la integración de los grupos excluidos (cohesión social) y facilitando su acceso a otros bienes tutelares: la educación, la justicia, la seguridad y el trabajo.**
- Un proyecto social por el cual **la satisfacción de las necesidades de salud de la población, a través del cumplimiento de la misión de las organizaciones que proveen servicios de cuidado de la salud, representa el modo concreto y medible de ejercicio del derecho a la salud, por parte de dicha población.**

Salud y su relación con el poder

Finalmente, es importante reconocer que a pesar de todo lo antedicho, existe una amplia difusión del concepto erróneo de que el nivel de salud de las sociedades se construye fundamentalmente a través de intervenciones de los poderosos prestadores de servicios de salud. Esencialmente de prácticas médicas basadas en los avances tecnológicos y del conocimiento de las diversas disciplinas, que son aplicados en forma de intervenciones diagnósticas y terapéuticas. Terapias donde los medicamentos tienen una creciente. Esto, a pesar de que, desde hace ya varios siglos el pensamiento teórico y el desarrollo de las prácticas de los propios sistemas de salud, ha presentado pruebas claras de la importancia de una consideración más amplia en la construcción del

concepto de salud y sus determinantes. **Sin embargo, cualquier antecedente y/o argumento social, siempre ha sido diluido por el arrollador impulso de la “industria de la salud”, que ha llevado a un peligroso reduccionismo de la medicina, como una mera ciencia natural.** Esta perspectiva biologicista fue ganando fuerza en el discurso de las ciencias de la salud y en el imaginario colectivo, como la portadora de las fuerzas de progreso en el nivel de salud de las poblaciones humanas.

Es por ello que resulta imperioso comprender que la construcción del **concepto de salud no puede entenderse al margen de la idea del poder**, en tanto las dinámicas de poder en la sociedad donde éste se concentra, determinan qué es lo que se entiende por salud y enfermedad. En este sentido, la bio-medicina constituyó el poder hegemónico en el campo de la salud y en el imaginario colectivo. En esta comprensión de los sistemas de salud como espacios de poder, se impone un abordaje explícito de los necesarios **contrapesos a favor de los menos poderosos** dentro de las dinámicas de poder de las sociedades.

Un camino de equilibrio que puede transitarse para contrabalancear los poderes hegemónicos dentro de los sistemas de salud, es el empoderamiento y la participación social, cuyo elemento esencial debe ubicarse en el nivel local y en el desarrollo de la estrategia de la atención primaria de la salud (APS). Sólo fortaleciendo con políticas activas la construcción colectiva de la salud y la autodeterminación por parte de la población a cargo de la APS, y resguardando especialmente la voluntad de los sin voz, podrán configurarse los sistemas de salud, de forma real y efectiva, **como elementos de construcción de equidad e incidencia positiva en el contexto social.**

Otro elemento crítico está dado por la capacidad de rectoría por parte del Estado, con su capacidad para regular el sistema, particularmente a partir de una política sólida y explícita en relación a la **evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias**, incluidos los **nuevos procedimientos y medicamentos**. La adecuada asignación de recursos, basada en **decisiones informadas por la evidencia, identificando y seleccionando aquellos más costo-efectivos**, es el camino más equitativo, ético y transparente para lograr una **cobertura universal**. En este sentido, sólo la presencia de una política pública liderada por un Estado con capacidad de rectoría, puede garantizar que no se trate, meramente, de una simple contención de costos.

1.2 Salud y enfermedad

Salud

En la antigüedad la **salud equivalía a la posibilidad de realizar las tareas cotidianas y disfrutar de la vida**. Definición concisa y pragmática que aún hoy expresan las personas simples.

Progresivamente, con el advenimiento de la medicina científica y el sucesivo descubrimiento de las enfermedades, así como de sus causas y los sustratos anatómo-funcionales subyacentes, se fue consolidando la cosmovisión de origen médico, en donde la **salud comenzó a ser definida como ausencia de enfermedad**. El momento de máximo apogeo de esta tendencia se dio en la primera mitad del siglo XX, cuando la medicina se “subordinó” a la biología.

A partir de la segunda mitad del siglo XX, afortunadamente, comenzó a definirse la **salud como un proceso dinámico y variable, de equilibrio entre el organismo humano y el medio (ambiente)**, retomándose importantes ideas del siglo XIX acerca de la importancia de los factores externos en la génesis de las enfermedades (condiciones sociales, económicas y laborales). Fue entonces que tomó fuerza el concepto de **proceso salud-enfermedad**, y se fueron introduciendo otras disciplinas en el campo de la salud: **la economía, la sociología y la antropología**.

Sin embargo, esta concepción dicotómica, esto es, conformada por **dos nociones antagónicas que establecen una pareja de valor (salud-enfermedad), exhaustiva** (por comprender todos los estados posibles) **y excluyente** (por precisar estar dentro de una u otra condición), **no refleja la compleja realidad del ser humano**. Existen situaciones (psíquicas y sociales) donde no se identifican enfermedades conocidas que sin embargo generan, en las personas, malestares percibidos como un empobrecimiento del estado de salud.

La máxima expresión de la incorporación de las dimensiones psíquica y social en la definición de salud se encuentra en el Acta constituyente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en momentos de su creación, el 7 de abril de 1946: **“la salud es un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”**. Definición concebida originalmente en 1945 por Andrija Stampar, médico pionero de la moderna salud pública, nacido en Drenovac (actual Bosnia y Herzegovina) y de destacada actuación en el campo de la salud de la ex Yugoslavia.

Esta definición de salud ha recibido diversas críticas:

- 1) **Poco realista:** nunca existe un completo bienestar
- 2) **Subjetiva:** equipara bienestar a salud
- 3) **Poco operativa:** resulta difícil de medir

En 1985, **la propia OMS redefinió la salud como el grado en que una persona o grupo es capaz, por un lado, de llevar a cabo sus aspiraciones y de satisfacer sus necesidades, y, por el otro, de enfrentarse con el ambiente.** Esta definición está en línea con la sencilla definición de salud expresada por las personas: *“estar bien para poder hacer las actividades diarias y gozar de las cosas”*.

En la actualidad existe consenso en considerar:

- 1) Los conceptos de salud y enfermedad como partes de un proceso, donde los extremos son **contrarios parcialmente independientes**;
- 2) El grado de **autonomía de una persona en la realización de las tareas diarias** como un instrumento válido para objetivar su estado de salud.

Enfermedad

En este nuevo contexto, **la enfermedad es considerada un evento donde existe una pérdida del estado de salud, con determinantes y repercusiones biológicas, psíquicas, sanitarias, económicas, sociales y culturales.** La enfermedad así definida:

- Contempla las características biológicas y los hábitos de las personas
- Considera las condiciones de vida y existencia de las personas
- Refleja la historia intelectual e institucional de la medicina
- Brinda la oportunidad para desarrollar y legitimar ciertas políticas públicas
- Manifiesta aspectos de las identidades individuales y colectivas
- Expresa valores culturales
- Estructura relaciones entre enfermos y proveedores de cuidados de la salud

Finalmente, siempre debe considerarse el riesgo de intentar asociar cualquier situación que comporte algún grado de sufrimiento, a una enfermedad que justifique una intervención de la medicina, en una concepción reduccionista de las actuaciones sanitarias, que pretende dejar exclusivamente en manos de la medicina la resolución de los problemas de salud de las personas (medicalización).

Evolución histórica de los conceptos “salud” y “enfermedad”

A lo largo de la **etapa científica de la historia universal de la medicina** (que va del siglo XVII al siglo XIX), previo al desarrollo de la teoría de los gérmenes como causa de las enfermedades (fines del siglo XIX), se establecieron conceptos de mucha

importancia para **explicar los factores determinantes del proceso salud-enfermedad**. Se trataba, esencialmente, de **la influencia del ambiente en las enfermedades**. Era la **teoría miasmática** de la causa de las enfermedades (impulsada por el médico inglés Thomas Sydenham, el Hipócrates inglés; 1624/1689), por medio de la cual se sostenía que los **miasmas** (conjunto de emanaciones fétidas de suelos y aguas impuras), eran la causa de las enfermedades.

La teoría miasmática contribuyó a que a lo largo de los siglos XVIII y XIX se prestara particular importancia, en el origen de las enfermedades, a las condiciones de pobreza, higiénicas y laborales. Antecedente muy importante de la actual concepción de **“determinantes sociales de la salud”**. En esta interpretación del ambiente como factor determinante de las enfermedades se destacaron:

1) Condiciones sociales y económicas, vinculando las enfermedades y la pobreza

- El médico y filósofo alemán **Johan Peter Frank** (1745-1821), pionero de la “Salud colectiva” y fundador de la “Higiene” que se desempeñó como titular de la Escuela de Medicina de la Universidad de Pavía (1790) y como director general de salud pública de La Lombardía (1806), acuñó la frase **“la miseria es la madre de toda enfermedad”**. Frank sostenía que **los gobiernos debían ser responsables de la salud de sus pueblos**, aunque visualizaba la sanidad pública esencialmente como “policía médica”.
- El profesor de jurisprudencia médica **William Allison**, en **1820, en Escocia**, luego de estudiar la estrecha relación de la pobreza y la enfermedad en Edimburgo, defendió la **“necesidad de atacar las causas de las miserias para mejorar el estado de salud de la población”**.

2) Condiciones laborales, vinculando enfermedades y ambiente de trabajo

- El médico inglés **Percival Pott** (1714-1788), uno de los fundadores de la ortopedia, en **1775**, sostuvo la relación entre el cáncer y las condiciones del ambiente al describir la correspondencia entre el cáncer de piel y el trabajo de los deshollinadores.
- El médico y economista francés **Louis René Villermé** (1782-1863), en **1826**, estableció que **la muerte prematura observada en los obreros de las fábricas de algodón respondía a sus condiciones de trabajo**.
- **Edwin Chadwick** (1800-1890), un funcionario del Estado Británico que no era médico, en **1842**, denunció en un escrito que el **miserable ambiente laboral de los obreros urbanos contribuía en la génesis de las enfermedades que presentaban, así como en la menor expectativa de vida de éstos respecto de**

aquellos que trabajaban en el campo (en la ciudad de Bolton (GB) la expectativa de vida de los obreros era de 17 años).

- El médico alemán **Rudolf Virchow** (1821-1902; padre de la Patología y de la teoría celular de las enfermedades, las cuales se originarían en las células de los tejidos), **al investigar en 1847 una epidemia en Silesia** (actual República Checa), **concluyó que las causas de las enfermedades eran tanto sociales y económicas como físicas, y recomendó como remedio la prosperidad, la educación y la libertad.**

3) Condiciones higiénicas, vinculando el proceso salud-enfermedad con la disposición de servicios sanitarios

El médico inglés **John Snow** (1813-1858), en **1857**, demostró **la conexión de los servicios sanitarios de las ciudades con la enfermedad**, al relacionar la epidemia de cólera de Londres con el aprovisionamiento de agua en una determinada fuente.

En Inglaterra, considerando los citados antecedentes, y sobre la base del dictamen de la comisión creada en 1843 para el estudio de las condiciones sanitarias de la población, se dictó **la primera ley de salud pública en 1848**. Nació de este modo el **concepto de salud pública**, definida luego por **Charles Edward Amory Winslow** (médico bacteriólogo norteamericano -1877/1957- fundador, en 1915, de la escuela de salud pública en la Universidad de Yale) como **“la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud física y mental, por medio de los esfuerzos organizados de la comunidad”**.

Virchow indicaba además que las condiciones de prosperidad, educación y libertad necesarias para el desarrollo de la salud pública sólo podían desplegarse en una democracia libre e ilimitada, garantizada por el Estado. Sostenía también (1848) que **“los médicos eran los abogados naturales de los pobres y los problemas sociales caen en su mayor parte bajo su jurisdicción”**. **“La medicina es una ciencia social y la política no es otra cosa que la medicina a gran escala”**.

Ya en la **etapa moderna de la historia universal de la medicina** (siglos XX y XXI), a los factores ambientales se agregaron, como **factores determinantes del proceso salud-enfermedad:**

- 1) Las noxas (agentes nocivos para la salud) en general, y los gérmenes en particular**
- 2) Las condiciones biológicas del huésped, determinadas esencialmente por la herencia**
- 3) Los hábitos o estilos de vida**

Tres hechos ocurridos en Europa, en la segunda mitad del siglo XIX, conformaron los hitos sobre los cuales se produjo la bisagra de la medicina moderna:

- 1) En 1856, el biólogo austriaco **Johann Gregor Mendel** (doctor en matemáticas y ciencias, luego monje agustino), profesor de la Real Escuela de Brünn, a partir de experimentos de cruzamientos con guisantes (plantas de jardín tricolores), definió las **tres leyes de la herencia o leyes de Mendel**, gracias a las cuales es posible describir los mecanismos de la herencia. Estos mecanismos empíricos **fueron explicados con posterioridad por el padre de la genética experimental moderna, el biólogo estadounidense Thomas Hunt Morgan (1866-1945)**, sobre la base de otro descubrimiento, el del ADN, realizado por el biólogo suizo **Friedrich Miescher** en 1869.

- 2) En 1859, el biólogo inglés **Charles Darwin** (padre de la biología moderna), en **“El origen de las especies”**, sostuvo que el mundo orgánico era esencialmente un proceso evolutivo impulsado por **la selección natural**: en una misma especie **se van produciendo variaciones (micromutaciones) no por adaptación al medio, sino simplemente por azar; luego de todas estas variaciones espontáneas, sólo los individuos con ciertas características que les permiten adaptarse al medio son los que sobreviven y tienen descendencia.**

- 3) En 1876 y 1877, tanto el médico alemán **Roberto Koch** (1840-1910) como el médico francés **Luis Pasteur** (1820-1895) dieron inicio al **desarrollo de la bacteriología y la teoría germinal como causa de las enfermedades** al descubrir (ambos médicos trabajaban de forma separada) que el “Bacillus anthracis” (ya conocido) era el bacilo productor del **carbunco**. Koch descubrió también el germen productor de la tuberculosis (1882) y el cólera (1883). A lo largo de la década 1881/1890, continuó aceleradamente el desarrollo de la bacteriología y la teoría germinal con los siguientes descubrimientos:
 - El origen bacteriano (1878), por estreptococos, de **algunas infecciones y de la gangrena: Luis Pasteur**. Pasteur inició la **microbiología científica** al demostrar, en 1857, que la **acidificación de la leche** dependía de unos micro-organismos que denominó **“fermentos vivos”**. También desarrolló la **teoría del origen microbiano de la putrefacción**, que fuera utilizada por el notable cirujano escocés Joseph Lister (1865) para introducir el concepto de **antisepsia en las intervenciones quirúrgicas** y aplicar, como primer antiséptico, el ácido fénico, evitando las infecciones misteriosas y letales que en muchos hospitales mataban ocho de cada diez personas. Pasteur también sostenía que algunas enfermedades, como la rabia, eran causadas por algún tipo de virus, “microbio que no era posible encontrar” y que seguramente el “virus de la rabia” atacaba el sistema nervioso

de las personas mordidas por animales rabiosos, por lo cual allí era donde debía buscarse para cultivarlo y luego inyectarlo como vacuna a los pacientes mordidos.

- A partir de entonces se sucedieron los descubrimientos del germen productor de la **fiebre tifoidea** (1880), por el bacteriólogo alemán **Carl Joseph Eberth**; del germen productor de ciertas **neumonías** (1882), por el patólogo y bacteriólogo alemán **Carl Friedländer**; del germen productor de la **difteria** (1884), por el bacteriólogo alemán **Friedrich Loëfler**; del germen productor del **tétanos** (1889), por el bacteriólogo japonés **Shibasaburo Kitasato**; del germen productor de la **peste bubónica**, por el bacteriólogo franco-suizo Alexandre Yersin (1894), del germen productor de la **disentería** (1898), por el bacteriólogo japonés **Kiyoshi Shiga** y del germen productor de la **tos ferina** (1906), por los bacteriólogos **Vincent Bordet** (francés) y **Octave Gengou** (belga).

Aunque todos estos descubrimientos contribuyeron mucho en la eficacia diagnóstica, la prevención y el tratamiento de las enfermedades infecciosas, con lo cual se salvaron, y se salvan aún hoy millones de vidas humanas, lamentablemente, también ayudaron a **consolidar el pensamiento mecanicista, puramente biologicista y la relación lineal entre la causa y el efecto en las enfermedades, abandonándose el concepto de influencia ambiental en la génesis de las mismas.**

Pese al reconocido avance de las ciencias, a partir de la biología evolucionista darwiniana, con su teoría de la selección natural y la supervivencia del más apto o adaptado, así como también con el descubrimiento de la herencia a través de los genes y de los gérmenes causantes de diversas enfermedades infecciosas, concomitantemente se fueron perfilando dos fenómenos sociales que impactaron profunda y negativamente en la práctica de la medicina:

- 1) **Un progresivo reduccionismo biologicista del proceso salud-enfermedad**
- 2) **Una peligrosa homologación de “las leyes fundamentales de la naturaleza” como la selección y la supervivencia del más adaptado, a los fenómenos sociales”. Herbert Spencer (Gran Bretaña 1820/1903), filósofo, psicólogo y sociólogo, fue quien instauró el concepto de “Darwinismo social” en Gran Bretaña.**
- 3) **Un doble sentimiento equívoco, por parte de profesionales y pacientes:**
 - **Que los prestadores de servicios de salud “salvan vidas”, en cambio de contribuir a impedir que la inevitable muerte llegue precozmente, o bien, acompañada de sufrimiento;**
 - **Que los establecimientos que brindan servicios de salud tienen por misión “curar” antes que cuidar.**

“La concepción del proceso salud-enfermedad con un gran predominio biologicista perduró por varias décadas hasta que, tibiamente, a partir de la segunda década del siglo XX, con la aparición del **concepto de vitaminas y enfermedades carenciales**, se fue reintroduciendo el concepto de la incidencia del medio en la génesis de las enfermedades.

Este proceso de reinstalación de los **factores ambientales como concausas de la enfermedad** se consolidó a mediados de siglo, con la descripción de la **vinculación entre el cáncer de pulmón y el hábito de fumar**. A partir de este momento, y, definitivamente a partir de la tesis de **Thomas McKeown** (1955) del informe **Lalonde** de inicios de la década 1971/1980, que tanto **las condiciones sociales como las decisiones que toman los individuos respecto a los hábitos personales son consideradas determinantes sustantivos del proceso salud-enfermedad**. Dichos determinantes, esbozados a mediados del siglo XX por Dr. Charles Edward Amory Winslow como factores de importancia en la génesis de las enfermedades crónicas, son conocidos como **hábitos o estilos de vida**.

1.3 Campo de la salud y determinantes sociales de la salud

Campo de la salud

Ya a mediados del siglo XX, Thomas McKeown, médico e historiador de la medicina Británico (1912/1988), planteó que los grandes progresos observados en el ámbito de la salud (menores tasas de mortalidad y un considerable crecimiento poblacional durante los siglos XIX y XX en Reino Unido), se debían mayoritariamente a la **mejoría de las condiciones sociales**, más que a las invenciones e intervenciones biomédicas. Luego, el Dr. Marc Lalonde, ex Ministro de Salud y Bienestar Nacional de Canadá (década 1971/1980), introdujo el concepto de **campo de la salud**, definiendo los **cuatro componentes que deben considerarse al momento de analizar la morbilidad y mortalidad de una comunidad o país**:

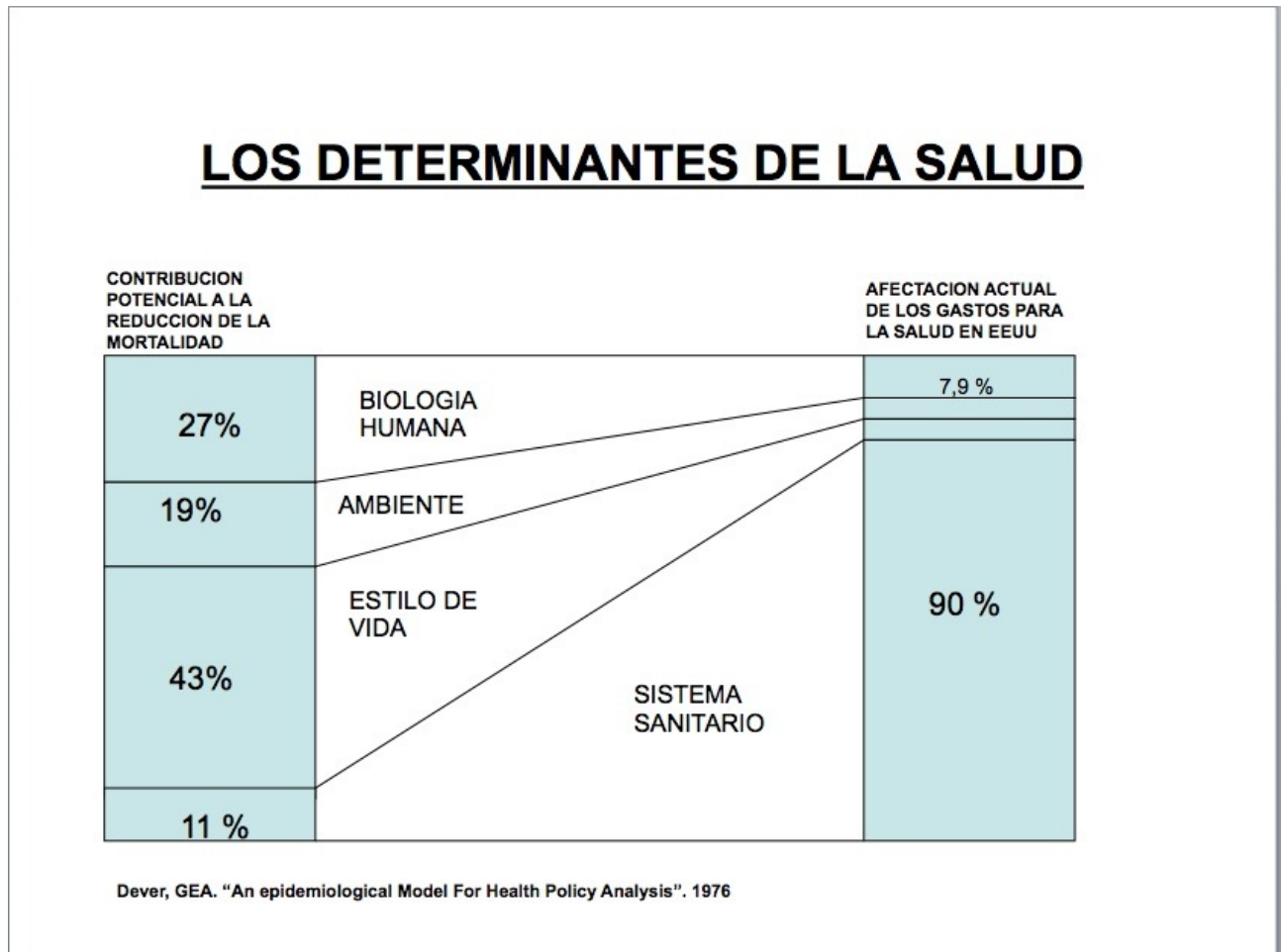
- 1) **Las condiciones de la biología humana**: factores hereditarios y congénitos; envejecimiento;
- 2) **Las condiciones ambientales**: condiciones físicas, químicas, biológicas, laborales, y socioculturales;
- 3) **Los estilos o hábitos de vida**: presencia o ausencia de hábitos de vida saludables;
- 4) **La estructura, organización y funcionamiento (actuación) de los servicios dedicados al cuidado de la salud**: cobertura (horizontal y vertical), accesibilidad y calidad (No variabilidad; continuidad y seguridad).

Según Lalonde, el análisis de estos cuatro componentes **es suficiente para abarcar la totalidad de las variables que intervienen en los problemas de salud. Dicho de otro modo, cualquier problema de salud puede ser causado por uno de ellos o por una combinación de los cuatro**. En consecuencia, el concepto de campo de la salud es de gran importancia en la **sistematización del análisis investigativo**. Por ejemplo, las causas y otras variables intervinientes en las muertes violentas pueden analizarse ya sea desmenuzando cada uno de los cuatro componentes (biología, ambiente, estilos de vida y actuación de los prestadores de servicios de salud) como estableciendo la relación existente entre los mismos.

El concepto de campo de la salud y los datos abajo señalados resaltan una gran **paradoja de los sistemas de salud**: **A pesar de que el 62% de la mortalidad es debida a causas evitables (ambientales y de estilos de vida), en general, los sistemas de salud destinan cerca del 90% del total de sus recursos a la organización y funcionamiento de los servicios de atención de la enfermedad, prevención secundaria (diagnóstico precoz y prevención de las complicaciones de los procesos curativos) y prevención terciaria (rehabilitación precoz y reinserción social del paciente), asignando tan sólo un 10% a los servicios de promoción de la salud y prevención primaria de las enfermedades**.

Según Asenjo y Dever (1993), intervienen **como causa o influencia en las muertes:**

- **Biología o herencia: 27% de los casos**
- **Condiciones del ambiente: 19% de los casos**
- **Estilos de vida: 43% de los casos**
- **Otros: 11% de los casos**



Finalmente, en 1980 el **Black Report** en el Reino Unido sistematizó lo que desde hacía varias décadas, incluso siglos, era ya conocido: **la clase social representaba una gran influencia en la salud de las personas, documentándose gradientes del nivel de salud entre las distintas clases sociales, incluso ajustadas por otros factores socio-demográficos.**

Determinantes Sociales de la Salud (DSS)

Sobre la base de estos antecedentes, las condiciones ambientales, en la actualidad conforman uno de los capítulos fundamentales de la salud pública: los **determinantes sociales de la salud (DSS)**, campo en el cual cobra crucial importancia la

estratificación social, esto es **las brechas sociales, el gradiente social**. En este acápite cobran gran importancia los procesos de estratificación dados por posición socioeconómica, género y raza, que se observan en casi todos los países.

En este capítulo de DSS, es necesario considerar:

- 1) La educación, particularmente de las mujeres, principales proveedores de cuidados que hacen a la salud de la familia;
- 2) Los ingresos, segmentando la población en quintiles, para evitar los sesgos de las medias;
- 3) La vivienda y los servicios básicos asociados: agua, disposición de residuos sólidos y líquidos, y eliminación de excretas;
- 4) Las condiciones laborales: riesgos ocupacionales;
- 5) El medio o ambiente: aire (humo, “smog”, plomo, mosquitos...), agua (contaminación: desagües cloacales e industriales; parasitosis: esquistosomiasis; inundaciones y sequías), suelo (parásitos...) y cambio climático (agujero de ozono: emisiones de gases de efecto invernadero ...);
- 6) Las condiciones de seguridad: vial, personal;
- 7) El acceso a alimentos en cantidad y calidad para una nutrición adecuada;
- 8) El acceso a servicios socio-sanitarios preventivos y curativos;

En el análisis de los determinantes sociales de la salud, se ha superado la consideración del individuo como unidad de análisis, pasándose a considerar explícitamente los fenómenos sociales y sus interacciones, en lo que se denomina “modelo de base poblacional”. Asimismo se ha instalado ampliamente el concepto de **“Salud en todas las Políticas (Health in All Policies: HiAP)**, como **estrategia horizontal intersectorial**, cuyo “core” es **examinar integradamente los determinantes de la salud y establecer políticas públicas articuladas entre los diversos sectores gubernamentales** (educación, bienestar social, vivienda, infraestructura, economía,...) **en todos los niveles** (Nación, Provincias y Municipios).

Ampliar en textos complementarios:

- 1) *“Determinantes sociales de la salud OPS 2008) y link: [http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/curso/ Dispositivo global de aprendizaje \(autoaprendizaje a distancia\): Determinantes sociales de la salud y formulación de políticas públicas](http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/curso/Dispositivo_global_de_aprendizaje(autoaprendizaje_a_distancia):_Determinantes_sociales_de_la_salud_y_formulación_de_políticas_públicas)*
- 2) *El desafío de los sistemas de salud en el siglo XXI: ¿cómo incorporar el enfoque de los determinantes sociales de la salud?*
- 3) *Inequidad en salud: un abordaje integral*
- 4) *Health in all Policies*

Esta línea de **desarrollo social de la medicina, de ampliación de la cobertura y de equidad en el campo de la salud**, es la que durante la primera década del siglo XXI ha llevado a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a convocar a un esfuerzo global que intenta sistematizar la evidencia en esta área, buscando, además, plantear estrategias concretas de acción y estableciendo un movimiento que aglutine los esfuerzos existentes hasta la fecha en ese sentido. El objetivo es que los sistemas de salud no sean solo **meros modificadores de los efectos de la estratificación social, sino actores clave para el desarrollo de políticas públicas orientadas hacia el desarrollo de libertades y el ejercicio de derechos**.

Estilos de vida

Los **estilos de vida saludables hacen referencia a la manera como las personas se comportan con respecto a la exposición a factores nocivos que representan riesgo para la salud**. Los estilos de vida con repercusión en la salud comienzan a moldearse en la infancia de cada persona, siguiendo los patrones de comportamiento que se observan en el entorno familiar y social. En la actualidad, los estilos de vida saludable están referidos a:

- 1) **Promoción de una alimentación adecuada**
- 2) **Promoción de la actividad física**
- 3) **Control del tabaquismo**
- 4) **Control del alcoholismo**
- 5) **Control de otras adicciones**
- 6) **Prevención de accidentes de tránsito**
- 7) **Prevención de accidentes laborales**
- 8) **Prevención de accidentes hogareños**
- 9) **Promoción de ambientes saludables en el entorno hogareño**
- 10) **Promoción de ambientes saludables en el entorno laboral**
- 11) **Prevención de conductas sexuales de riesgo**

1.4 Salud pública

El concepto de salud pública ha atravesado, desde su instalación y hasta la fecha, un proceso evolutivo que puede esquematizarse en **tres fases**:

- 1) **Fase inicial**: coincidente con el desarrollo de la revolución industrial en Europa y la migración masiva de población rural hacia los grandes orbes en busca de trabajo. En esta fase, las actividades se centraron en las **mejoras de la calidad de vida de las personas, esencialmente a través de mejoras en el hábitat** (provisión de agua potable y desagües cloacales) y de la **prevención de las enfermedades a través de las inmunizaciones**. Participaron activamente de esta fase, los “próceres de la salud pública” que participaron de la visualización de las causas ambientales de la salud, hoy denominadas determinantes sociales (Johan Peter Frank; William Allison, Percival Pott, Louis René Villermé, Edwin Chadwick , Rudolf Virchow, John Snow y Charles Edward Amory Winslow).
- 2) **Fase intermedia**: ubicada entre el último tercio del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, donde con el desarrollo de la medicina y de los hospitales, **crecieron los servicios asistenciales y se debilitaron, tanto el concepto de salud pública como los incipientes departamentos de salud pública de los ministerios nacionales**.
- 3) **Fase actual**, donde por presión del nuevo paradigma de APS, el desarrollo y difusión de conceptos tales como “determinantes ambientales”, “factores de riesgo”, “rectoría del estado”, “salud poblacional”, las intervenciones de la OMS y la OPS, así como la acción de los ministerios de salud de diversas naciones y provincias (por ejemplo: el Centro para el Control de las Enfermedades (CDC) del Ministerio de Salud de los Estados Unidos, secretarías de salud de municipios europeos), **se reinstala el concepto de salud pública, particularmente a través de la conceptualización de las denominadas “Funciones Esenciales de la Salud Pública” (FESP)**. En este marco, los actuales profesionales de la salud pública consideran que su **misión es la de promover y participar de un cambio social orientado a mejorar la calidad de vida de las personas**, retomando conceptos de los próceres de la salud pública de la primera fase.

El concepto actual de **salud pública** abarca el complejo entramado de **tres componentes estructurales diversos** que, en conjunto, procuran **desarrollar las mejores condiciones para que las personas logren una vida saludable**:

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

Salud pública no es solamente una disciplina académica sino también una **práctica social de naturaleza multidisciplinaria**. Una **intervención del conjunto social, tanto del Estado como de la sociedad civil, orientada a proteger y mejorar la salud de las personas, por medio de actuaciones de alcance colectivo; esto es la “salud a escala poblacional”**.

Aunque existe una responsabilidad indelegable del Estado en la ejecución o en la garantía de las Funciones Esenciales de la Salud Pública, **responsabilidad del Estado en salud pública y salud pública no son sinónimos**, por cuanto:

- a) Las intervenciones en salud pública van más allá de las tareas del Estado y requieren una participación activa de la sociedad civil.
- b) Las FESP representan sólo una fracción de las responsabilidades indelegables de los Estados (en mano de las autoridades sanitarias) en el ámbito de los sistemas de salud; responsabilidades indelegables que complejivamente se denominan **“función de rectoría sectorial”**. El resto de las responsabilidades comprendidas en la función de rectoría del Estado, están vinculadas a la **conducción del sistema de salud** y comprenden las siguientes acciones:
 - **La regulación y el control**
 - **La modulación de la financiación del cuidado de de la salud**
 - **La vigilancia del aseguramiento**
 - **La armonización de la provisión de servicios**

La **función de rectoría sectorial (responsabilidad indelegable del Estado en mano de la autoridad sanitaria)** comprende entonces dos grandes grupos de acciones:

- **Las vinculadas a las FESP**
- **Las vinculadas a la conducción del sistema de salud**

La salud pública, en tanto campo de conocimiento, ha evolucionado mucho desde la detección de factores de riesgo en la génesis de las enfermedades hasta la explicación de los determinantes producto de la organización de las sociedades modernas. Sin embargo, **el eje explicativo dominante ha sido casi siempre la enfermedad, soslayándose una interpretación científica de la salud**. También existe una gran deuda pendiente en la vertiente de la **salud pública como práctica social multidisciplinaria favorecedora de entornos y conductas saludables**.

La reinscripción de la salud pública en la agenda de los gobiernos y de las reformas del sector salud de numerosos países, ha transcurrido por la **definición clara de su rol**, así como por la **operacionalización de los conceptos que le dan fundamento, entre ellos el de funciones esenciales de salud pública (FESP)**.

Como antecedentes de la definición de las actuales FESP, observamos:

- 1) En **1966, el Grupo de Trabajo de la OMS** sobre las funciones esenciales de la salud pública. Definieron diez funciones (casi idénticas a las actuales).
- 2) En **1988, el Proyecto Nacional de Medición de Estándares y Desempeño de la Salud Pública (NPHPSP) de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) del Ministerio de Salud los Estados Unidos (DHHS)** definió tres grupos de funciones que competen a los responsables de cuidar la salud pública:
 - a) Evaluación del sistema de salud;
 - b) Desarrollo de políticas sanitarias;
 - c) Vigilancia del aseguramiento.
- 3) En **1994, el Comité Directivo de Funciones Esenciales de Salud Pública de la OPS adoptó el documento “Salud Pública en los Estados Unidos de América”** (donde también se mencionan diez funciones que son casi idénticas a las actuales) **y desarrolló uno propio denominado “Salud Publica en las Américas” (2002)** donde se caracterizan las once FESP actualmente aceptadas.

1.5 Las actuales once funciones esenciales de la salud pública

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

- Evaluación de la situación y las tendencias de salud del país y de sus factores determinantes, con atención a las desigualdades existentes entre los distintos grupos.
- Manejo de estadísticas vitales y de la situación de grupos de riesgo.
- Generación de información para la evaluación de desempeño de los servicios.
- Identificación de recursos disponibles que puedan mejorar la promoción de la salud y la calidad de vida.
- Desarrollo de la tecnología para el manejo y difusión de la información.
- Definición y desarrollo de mecanismos de evaluación de la calidad.

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

- Capacidad para llevar a cabo la investigación y vigilancia de brotes epidémicos y los modelos de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, factores de comportamiento, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales perjudiciales para la salud.
- Desarrollo de infraestructura apropiada para conducir la realización de análisis e investigación epidemiológica en general.
- Instalación y apoyo a laboratorios de capaces de realizar análisis rápidos y de procesar un alto volumen de pruebas para la identificación y el control de nuevas amenazas.
- Desarrollo de programas activos de vigilancia epidemiológica y de control de enfermedades infecciosas.
- Vinculación con redes internacionales que permitan afrontar conjuntamente problemas de salud de mayor interés.
- Fortalecimiento de la autoridad sanitaria a nivel local para generar respuestas rápidas ante eventuales problemas de salud o de riesgos específicos.

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

- Fomento de los cambios en los modos de vida y en las condiciones del entorno para impulsar el desarrollo de una cultura de la salud.
- Fortalecimiento de alianzas intersectoriales para hacer más eficaces las acciones de promoción.
- Evaluación del impacto en la salud de las políticas públicas.
- Desarrollo de acciones educativas y de comunicación dirigidas a promover modos de vida, comportamientos y ambientes saludables.

- Reorientación de los servicios de salud con el fin de desarrollar modelos de atención que favorezcan la promoción.

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

- Refuerzo del poder de los ciudadanos para formar parte activa del proceso dirigido al desarrollo de comportamientos y ambientes saludables.
- Apoyo a la participación de la comunidad organizada en las decisiones y acciones relativas a los programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud.

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

- Definición de objetivos de salud pública en todos los niveles, que sean medibles y congruentes con un marco de valores que promueva la igualdad.
- Desarrollo, seguimiento y evaluación de las decisiones de política sanitaria a través de un proceso participativo coherente con el contexto político y económico en el que se desarrollan.
- Capacidad institucional para la gestión de los sistemas de salud pública, con especial interés en los procesos de construcción, ejecución y evaluación de iniciativas dirigidas a resolver los problemas de salud de la población.
- Desarrollo de competencias para la adopción de decisiones, basadas en pruebas que incorporen su planificación y evaluación, la capacidad de liderazgo y de comunicación eficaz, el desarrollo organizativo y la gestión de los recursos.
- Desarrollo de la capacidad de gestión de la cooperación internacional en materia de salud pública.

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

- Capacidad institucional para el desarrollo del marco regulatorio con el fin de proteger la salud pública y su fiscalización.
- Capacidad para generar nuevas leyes y reglamentos dirigidos a fomentar el desarrollo de entornos saludables.
- Protección de los ciudadanos en sus relaciones con el sistema de salud.

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

- Promoción de la equidad en el acceso efectivo de todos los ciudadanos a los servicios de salud.
- Desarrollo de acciones dirigidas a superar obstáculos de acceso a las intervenciones y a facilitar la vinculación de grupos vulnerables a los servicios de salud.
- Seguimiento y evaluación del acceso a los servicios de salud por medio de proveedores públicos y/o privados, adoptando un enfoque multisectorial, multiétnico y multicultural con el fin de resolver las desigualdades en la utilización de los servicios.
- Colaboración con instituciones gubernamentales y no gubernamentales con el fin de fomentar el acceso equitativo a los servicios de salud.

FESP 8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud

- Identificación de un perfil para los recursos humanos adecuado para la asignación de los servicios de salud pública.
- Educación, capacitación y evaluación del personal con el fin de prepararlos para identificar las necesidades, enfrentarse eficazmente a los problemas prioritarios de la salud pública y evaluar adecuadamente las acciones en materia de salud pública.
- Definición de requisitos para la acreditación de profesionales de la salud y adopción de programas de mejoramiento continuo de la calidad.
- Formación de alianzas activas con programas de perfeccionamiento profesional para los estudiantes, así como la formación continua en materia de gestión de los recursos humanos y desarrollo del liderazgo.
- Desarrollo de capacidades para el trabajo interdisciplinario y multicultural.
- Formación ética del personal con especial atención a principios y valores tales como la solidaridad, la igualdad y el respeto a la dignidad de las personas.

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

- Incorporación de sistemas de evaluación y mejoramiento de su calidad.
- Fomento de la elaboración de normas sobre las características básicas que deben tener los sistemas de garantía y mejoramiento de la calidad.
- Definición, explicación y garantía de los derechos de los usuarios.
- Instauración de un sistema de evaluación de tecnologías que colabore en los procesos de adopción de decisiones del sistema y contribuya a mejorar su calidad.
- Utilización de la metodología científica para la evaluación de intervenciones de diverso grado de complejidad.
- Incorporación de sistemas de evaluación de satisfacción de los usuarios y su utilización para mejorar la calidad de los servicios.

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

- Investigación dirigida a aumentar el conocimiento que apoye la adopción de decisiones.
- Ejecución y desarrollo de soluciones innovadoras en la materia cuyo impacto pueda ser medido y evaluado.
- Establecimiento de alianzas con centros de investigación e instituciones académicas, con el fin de realizar estudios que apoyen la adopción de decisiones de la autoridad sanitaria.

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

- El desarrollo de políticas, la planificación y realización de acciones de prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación temprana para reducir el impacto de los desastres sobre la salud pública.
- Enfoque integral con relación a los daños y la etiología de todas y cada una de las emergencias o desastres posibles en la realidad del país.
- La participación de todo el sistema de salud y la más amplia colaboración intersectorial e interinstitucional en la reducción del impacto de emergencias o desastres.
- La gestión de la cooperación intersectorial e internacional en la solución de los problemas de salud generados por emergencias y desastres.

1.6 La salud como indicador del bienestar de los individuos y de una población

Es común medir y analizar el estado de bienestar, sea de individuos como de toda una población, de un modo sesgado. Esto es, a través de una mirada esencialmente económica, utilizando preponderantemente indicadores económicos. Sin embargo, aunque los guarismos correspondientes a la producción, los costos de los bienes y los servicios, la inflación, y los ingresos de los diversos segmentos sociales gozan de una amplia popularidad a través de los medios de difusión masiva, no son en verdad indicadores del bienestar de las personas y de las comunidades. Pueden sí contribuir a una descripción de su bienestar.

Los indicadores económicos **no miden ciertos activos como la salud, por cuanto ésta carece de valor de mercado, por más que sea un factor clave del bienestar humano; tampoco es objeto de la economía analizar los problemas relacionados con la distribución de los denominados bienes tutelares-preferentes.** En este sentido, los indicadores del estado de salud son más equitativos y contribuyen eficazmente a completar la evaluación del bienestar humano, en los aspectos clave arriba mencionados, que no son atendidos por los indicadores habitualmente utilizados.

Claramente deben ser indicadores de salud, y no meramente indicadores de enfermedad o ausencia de enfermedad. Indicadores de todo el campo de la salud.

Indicadores (medidas) de la salud de los individuos

- 1) **Muerte prematura:** muerte ocurrida, en un individuo, antes de lo esperado. Indicador que se obtiene a partir de la esperanza de vida al nacer (EVN) de cada individuo que muere;
- 2) **Enfermedades crónicas:** número y tipo de enfermedades crónicas;
- 3) **Enfermedades agudas:** número y tipo de enfermedades agudas;
- 4) **Discapacidades:** de acuerdo a Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la OMS, que en 2001 reemplazó la antigua Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), de la propia OMS (1980). La CIF define los componentes de la salud y algunos componentes del “bienestar” (tales como educación, trabajo, etc.). Por lo tanto, los dominios incluidos en la CIF pueden ser considerados como dominios de salud y dominios “relacionados con la salud”. Estos dominios describen desde la perspectiva corporal, individual y mediante dos listados básicos:
 - a) Funciones y Estructuras Corporales;
 - b) Actividades-Participación.
- 5) **Calidad de vida:** varios instrumentos de diversa complejidad;

- Desde instrumentos sencillos como el EuroQol-5D, cuestionario auto administrado desarrollado por el EuroQol Group en la década de 1981/1990, que contiene 5 dimensiones cada una con 3 escala de ítems (15 ítems a contestar en total) que se contestan con relativa sencillez (Movilidad; Cuidado personal; Actividades cotidianas; Dolor / malestar; Ansiedad / depresión);
- Hasta instrumentos complejos como el SF-36, desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS), que contiene 9 dominios y 36 ítems a contestar en total, que no resulta muy sencillo de contestar (Función física; Rol físico; Dolor corporal; Salud general; Vitalidad; Función social; Rol emocional; Salud mental; Ítem de transición de la salud en relación al año anterior);
- AVAC: Años de vida ajustados por calidad.

Ampliar en textos complementarios:

Qualy

Sf-36 en español

EuroQol-5D en español

Indicadores (medidas) de la salud de una población

1) Tasas de mortalidad

a) General

b) Específica

- **Tasa de mortalidad infantil**
- **Razón de mortalidad materna**
- **Tasa de mortalidad en menores de 5 años (mortalidad pre-escolar)**

2) Tasas de morbilidad

a) Tasas de incidencia

b) Tasas de prevalencia

3) Otros indicadores de mortalidad/morbilidad

a) Años de vida potencialmente perdidos (AVPP)

b) Años de vida vividos con discapacidad (AVVD)

c) Carga de enfermedad

4) Esperanza de vida

a) Esperanza de vida al nacer

b) Esperanza de vida específica

2. Necesidad de salud y misión de los establecimientos que brindan servicios de salud; demanda y oferta de servicios sanitarios

Un sistema de salud es el conjunto de sectores y subsectores que concurren a sostener la salud de la población. Comprende todos los recursos que un país, estado o comunidad dedica para brindar los servicios de cuidado de la salud. Estos servicios, tradicionalmente abarcan las cuatro tareas esenciales de la medicina definidas en 1945 por el suizo **Henry E. Sigerist**, médico e historiador (de la medicina), de la Universidad Johns Hopkins de Baltimore:

- 1) **Los servicios de promoción de la salud**
- 2) **Los servicios de prevención de las enfermedades**
- 3) **Los servicios de atención de la salud (el restablecimiento de los enfermos)**
- 4) **Los servicios de rehabilitación**

Necesidad en salud y misión de los establecimientos de salud

Una clasificación operativa muy utilizada categoriza la necesidad de salud en tres vertientes:

- **Necesidad sentida (primaria):** es la necesidad identificada por el individuo, en general en forma de dolor o de impotencia funcional para realizar las tareas diarias. La necesidad sentida puede, o no, convertirse en demanda de servicios de salud.
- **Necesidad expresada:** es la necesidad registrada como demanda, en los establecimientos que prestan servicios de salud.
- **Necesidad normativa (secundaria):** es la necesidad sentida que 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.

La necesidad en salud es un concepto clave en la gestión de las organizaciones que proveen servicios de cuidado de la salud. Tradicionalmente se utiliza la definición operativa de necesidad en salud para indicar que **un individuo precisa recibir (consumir) cuidados para mejorar su estado de salud**. La necesidad de salud más clara es cuándo una persona no se siente bien, presenta algún tipo de dolor o impotencia funcional, y considera que alguna prestación de salud puede mejorar su estado de salud.

Sin embargo, la **necesidad de salud de las personas** no sólo está dada por lo que siente el paciente, sino, además, por todas aquellas prestaciones que los establecimientos de salud producimos, y sabemos que benefician la salud y la calidad de vida de dichos pacientes. Dicho de otro modo, los proveedores de servicios de salud debemos ver la

necesidad salud de las personas de un modo **más proactivo**. Entendiéndola como la **capacidad de dichos pacientes de beneficiarse** con un bien o servicio existente, que las ciencias de la salud aconsejan, y las diversas disciplinas de la salud han incorporado en los diferentes protocolos diagnóstico-terapéuticos. Aquellos bienes y servicios que nosotros, y la organización a la cual pertenecemos, tenemos la obligación de proveer de acuerdo a nuestra misión. Podría definirse entonces la **necesidad de salud** de un individuo o una comunidad como la **capacidad de beneficiarse en su estado de salud, con los servicios de salud existentes (promoción, prevención, atención y rehabilitación)**.

Veamos algunos casos concretos de necesidad de salud:

- La necesidad de salud de una **mujer embarazada** es recibir por lo menos cinco (5) consultas durante su embarazo, realizarse una ecografía por trimestre, recibir la vacuna antitetánica, consumir hierro y atender su parto en una institución de salud con una capacidad de resolución de acuerdo al tipo de embarazo (riesgo);
- La necesidad de salud de un **niño menor de un año** es 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 y completar el calendario de vacunas;
- La necesidad de salud de un **paciente con diabetes** es recibir las consultas especializadas de promoción, prevención, atención y rehabilitación que benefician su estado clínico de paciente diabético, así como los estudios paraclínicos complementarios del diagnóstico y la medicación antidiabética adecuada;
- La necesidad de salud de un **paciente con plaquetopenia** severa es la de recibir, de forma inmediata, las plaquetas necesarias para evitar un sangrado.
- La necesidad de salud de un **paciente con hipertensión arterial** es recibir las consultas especializadas de promoción, prevención, atención y rehabilitación que benefician su situación clínica de paciente hipertenso, así como los estudios paraclínicos complementarios del diagnóstico y la adecuada medicación antihipertensiva.

Como puede observarse, **la necesidad en salud tiene una íntima relación con la misión de los establecimientos que proveen servicios de cuidado de la salud**, por cuanto:

- Somos los establecimientos de salud y quienes trabajamos en ellos, a través de las diversas disciplinas de la salud, quienes **permanentemente definimos cuáles son los bienes y servicios que benefician el estado de salud de las personas**;
- Somos los establecimientos de salud y quienes trabajamos en ellos, quienes **tenemos por misión proveer los bienes y servicios que benefician el estado de**

salud de las personas; bienes y servicios de salud que nosotros mismos hemos dicho que benefician el estado de salud de las personas.

- Somos los establecimientos de salud **que brindamos cobertura a la población más vulnerable y excluida**, esto es, quienes no tienen otra cobertura de salud (social o privada) quienes debiéramos contribuir a allanar las barreras extra institucionales (geográficas económicas y culturales) para permitir que la necesidad de salud de las personas en riesgo, se convierta en demanda efectiva de aquellos servicios que las benefician y es nuestra misión brindarlos;
- Somos los establecimientos de salud quienes tantas veces, a través de barreras intra-institucionales, dificultamos que las personas puedan ejercer su derecho a la salud al momento que buscan convertir su necesidad de salud en demanda efectiva: la **demanda insatisfecha**.

De este sencillo análisis surgen tres consecuencias críticas para la gestión de los servicios de cuidado de la salud:

- 1) La necesidad de salud de las personas **no es una entelequia** o un concepto abstracto; **es la contracara de la misión de las organizaciones donde nos desempeñamos proveyendo servicios de cuidado de la salud**. Dicho de otra forma, **la necesidad de salud de las personas y la misión de las organizaciones de salud son dos caras de una misma moneda (realidad)**;
- 2) Para poder **cumplir su misión**, las organizaciones de salud, esto es para poder desarrollar las actividades que son el motivo por el cual existen, **deben conocer nominalmente a cada persona que constituye la población de derecho (a cargo) de dicha institución; conocer su edad, su sexo, sus condiciones socio-económicas y su estado de salud**; no se conoce la necesidad de salud de la población “a cargo” si no se conoce **la edad, el sexo, las condiciones socio-económicas y el estado de salud de cada una de las personas de dicha población a cargo**.
- 3) Para poder **cumplir su misión**, las organizaciones proveedoras de servicios de cuidado de la salud deben necesariamente, y, prioritariamente, **gestionar la accesibilidad** a las prestaciones que deben brindar, sea facilitando la conversión de la necesidad de salud de las personas en **demanda efectiva, como disminuyendo permanentemente la demanda insatisfecha (demanda rechazada)**.

Accesibilidad

La **accesibilidad** es el atributo de los sistemas de salud, estrechamente vinculado a la equidad, que nos permite medir la oportunidad que tienen los usuarios de **recibir el cuidado que necesitan y/o demandan**, superando las barreras que pudieran presentarse. Considerando las barreras de acceso, la accesibilidad puede categorizarse en:

- **Falta de accesibilidad pre-institucional:** está dada por las barreras de acceso geográficas, económicas, educativas, culturales, por discapacidad, y de comunicación; los derechohabientes tienen la capacidad de beneficiarse con las prestaciones de una determinada red de servicios de cuidado de la salud, esto es, **tienen necesidad de salud**, pero no llegan a demandar dichas prestaciones por las barreras de acceso pre-institucionales. La falta de accesibilidad pre-institucional es responsable de la denominada **demanda oculta**.
- **Falta de accesibilidad institucional:** está dada por las barreras de acceso de la estructura y de los procesos de las instituciones proveedoras de servicios de cuidado de la salud; la falta de accesibilidad institucional es responsable de la **demanda insatisfecha; mejor: demanda rechazada**.

Para mejorar la accesibilidad de las personas con discapacidad y/o con mayor riesgo de enfermar y morir a los servicios de salud, es indispensable reconocer la relación que existe entre la necesidad de salud y el derecho a la salud de la población “a cargo”, con la misión de las organizaciones proveedoras de servicios de salud y los procesos que ellas realizan, iniciados necesariamente en un diagnóstico de situación demográfico-epidemiológica (censo de salud). Censo de salud que debiera ser el instrumento sistemático y periódico que permita nominalizar, georeferenciar y segmentar dicha población a cargo, para programar los recursos y garantizar que las necesidades de salud de la población más vulnerable se transformen en demandas efectivas de bienes y servicios, particularmente de promoción de la salud y prevención de las enfermedades; esto es, “**transparentar**” la **demanda oculta o demanda potencial**. Obviamente, antes resulta imperioso **reducir máximamente la demanda rechazada, por medio de eliminar las barreras intra-institucionales**.

En la gestión diaria de los servicios de salud es necesario recordar, permanentemente, la estrecha relación presente en la secuencia crítica que inexorablemente existe. Esto es: en todo servicio de salud o unidad funcional de este, se gestionan **recursos** para poder realizar procesos; **procesos** que de acuerdo a su calidad conducen a determinados resultados; **resultados** que constituyen la misión de las organizaciones en cuestión y que debieran contribuir a la **satisfacción de las necesidades de salud de las personas**, único modo de ejercer el **derecho a la salud**.

Gestión de Recursos → Gestión de Procesos → Gestión de Resultados → Satisfacción de las necesidades de salud de las personas → Ejercicio del derecho a la salud.

Sólo luego de haber comprendido estos conceptos clave acerca de la necesidad / demanda y misión de los establecimientos que proveen servicios de cuidado de la salud, es posible avanzar hacia otras clasificaciones que incluyen los conceptos de necesidad de **salud positiva** como la necesidad de **evitar riesgos y daños**. A saber:

- 1) **Salud positiva**. Es la necesidad de proteger la salud durante los procesos de:
 - a) Desarrollo (lactancia, niñez y adolescencia)
 - b) Embarazo
 - c) Envejecimiento
- 2) **Riesgos**. Es la necesidad de evitar los riesgos para la salud derivados de:
 - a) Factores socioeconómicos
 - b) Factores ambientales
 - c) Estilos de vida
 - d) Factores ocupacionales
 - e) Acciones de los servicios de salud
- 3) **Daños**. Es la necesidad de evitar los daños a la salud, es decir, de las situaciones acompañadas de:
 - a) Mortalidad
 - b) Morbilidad
 - c) Incapacidad

Demanda en salud

La demanda en salud, es la **necesidad expresada por los pacientes en término de solicitud de un servicio de salud**. En general, un servicio de atención de la salud. En términos de la teoría económica, la demanda es “**la disposición a pagar por un bien o servicio**”, es decir, la **cantidad y calidad de un bien que desean adquirir los consumidores-compradores a diferentes precios**. Esta definición es muy útil para recordarnos que, en los establecimientos que prestan servicios de cuidado de la salud, donde el usuario no suele abonar directamente, esta disposición se demuestra a través del **costo de oportunidad**. Esto es, los costos en tiempo, molestias y riesgos que cada paciente está dispuesto a “pagar” para ser asistido. En la práctica, la **demanda en salud se refiere a la necesidad de salud, expresada como una solicitud concreta de un determinado servicio de cuidado de la salud**.

Asimismo, como se ha dicho, la salud es además de una demanda individual una **demanda social**, en tanto es uno de los **bienes meritorios** (bienes a los cuales debieran acceder todas las personas por cuanto su consumo es de interés del conjunto social y por ende del Estado). **Demanda social es la demanda por bienes meritorios, independientemente de las valoraciones individuales**. La salud y la educación (como otras prestaciones de la seguridad social) son bienes meritorios, por lo que su demanda, en ambos casos, es social.

En términos de **demanda individual**, se define la **demanda en salud** como aquel **requerimiento concreto que cada persona expresa ante algún servicio de cuidado de la salud** y que puede ser de dos tipos:

- 1) Cuando se inicia en la persona por una auto-percepción de algún malestar (necesidad sentida), se denomina **demanda primaria**;
- 2) Cuando es consecuencia de una indicación de algún profesional del campo de la salud, se denomina **demanda secundaria o mediada**.

Otro modo de clasificar la demanda en salud es:

- 1) La **demanda efectiva**, que ha sido satisfecha. No implica valoración de la calidad de la efectiva resolución de la demanda. Solamente que ha sido satisfecha.
- 2) **Demanda oculta**: necesidad que no llega a expresarse como demanda por falta de accesibilidad pre-institucional, como ser barreras de acceso geográficas, económicas, educativas, culturales y de comunicación. **Se denomina también demanda potencial**. Son las prestaciones que necesita la persona para beneficiar su estado de salud, definidas desde el equipo de salud; es la necesidad de salud que no se expresa como demanda efectiva por las barreras pre-institucionales.
- 3) **Demanda rechazada (insatisfecha)**: falta de satisfacción de una demanda por barreras de acceso institucionales. Se trata de pacientes que llegaron a “golpear” las puertas de la institución, pero no hallaron respuesta a su solicitud:
 - a) No recibieron un turno en consultorios externos (CCEE), sea presentándose como **demanda espontánea** (para su atención en el día), o bien como **demanda programada** (diferida para otro día);
 - b) No pudieron concretar una “internación” indicada por algún profesional de la salud;
 - c) No pudieron ser asistidos en los servicios de urgencia en tiempo y forma. Fuera de las situaciones extremas o de catástrofe, si alguien se retira por propia voluntad de un servicio de emergencias, para considerar que existe demanda rechazada es necesario conocer el tiempo de espera y la causa de la consulta:
 - En los casos en los cuales el paciente presenta un motivo de consulta que reviste gravedad y su atención no debe demorarse (paciente con riesgo de vida inmediato; esto es, el código rojo del triage), es deseable que no exista espera en el servicio de emergencias; una espera superior a la hora puede ser considerada demanda rechazada;
 - En los casos en los cuales el paciente presenta un motivo de consulta que no revista gravedad, pero igual su atención no debe demorarse (paciente sin riesgo de vida inmediato pero cuya atención no puede demorarse, sea por dolor como por alguna necesidad diagnóstica; esto es, el código amarillo del triage), es deseable que la espera en el servicio de emergencias

no sea superior a la hora; una espera superior a las dos horas puede ser considerada demanda rechazada;

- En los casos en los cuales el paciente consulta por una patología leve y su atención puede demorarse (código verde del triage), es deseable que la espera en el servicio de emergencias no sea superior a las tres horas; una espera superior a las cuatro horas puede ser considerada demanda rechazada.

Siempre debe registrarse la demanda insatisfecha, para poder dar algún tipo de respuesta a quién ha sido privado de la posibilidad de mejorar su estado de salud. En nuestro medio, la falta de registro de la demanda insatisfecha expresa la falta de vocación existente en los establecimientos de salud para conocer cuando las personas no han satisfecho su necesidad de salud, y, por ende, no han podido ejercer su derecho a la salud.

De lo dicho anteriormente, puede establecerse que el registro de la demanda insatisfecha puede tener dos componentes:

- a) Demanda rechazada, esto es, que el paciente ni siquiera ha conseguido un turno para su demanda;
- b) Demanda a la cual se la ha colocado en “lista de espera” que va más allá de la espera que la propia disciplina en cuestión indica como no conveniente para el estado de salud de las personas.

En la práctica existe entonces un **proceso necesidad-demanda**:

- **Existencia de la necesidad**, determinada generalmente por profesionales de la salud. En este punto el individuo puede beneficiarse aún sin sentir carencia ni deseo de satisfacción. Las barreras para la satisfacción de las necesidades en este nivel, están dadas por la accesibilidad cultural. También existe la posibilidad de que puedan generarse falsas necesidades.
- **Percepción de esa necesidad como una anormalidad**, como una carencia, por parte del individuo. Nuevamente, en este nivel, entra en juego la accesibilidad cultural.
- **Expresión de esa necesidad**: es el deseo de satisfacerla que se transforma en demanda de servicios de salud atribuible al sujeto. Es la **demanda primaria**. En este punto, las barreras que impiden la transformación de las necesidades en demanda efectiva son la discapacidad, la accesibilidad geográfica y la económica.
- **Redefinición médica de la necesidad**, “profesionalmente determinada”: es la demanda generada por el médico. Es la **demanda secundaria o demanda mediada**.

La intervención del Estado en como **regulador de la conversión de la necesidad en demanda es doble:**

- 1) Para los casos de personas **con barreras pre-institucionales**, el Estado acerca recursos del sistema de salud, esencialmente por medios de acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades allí donde las personas con alguna capa de vulnerabilidad viven, a través del primer nivel de atención en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS);
- 2) Para los casos en que **no existen barreras pre-institucionales**, el Estado interviene como **regulador de la conversión de la necesidad en demanda, aplicando su poder normativo y su capacidad de financiamiento**, debido a la **enorme variabilidad de la demanda secundaria (mediada por los profesionales de la salud, particularmente los médicos)**. Por ejemplo, en Estados Unidos el porcentaje de cesáreas en los partos varía, para poblaciones comparables, entre un 8 y un 35%.

Esta segunda intervención sucede aún en países con economías que no pueden ser tildadas de “estadistas”, como los Estados Unidos, donde a través de financiar o no prestaciones en los seguros públicos existentes (Medicare, Medicaid y Schip), el Estado arbitra la conversión de necesidad en demanda. Asimismo, tanto en los mencionados seguros públicos como en las organizaciones denominadas HMO de ese país (seguros privados de salud) como en Gran Bretaña (sistema de salud universalista) y Canadá (sistema de salud de seguro social), la regulación de la conversión de la necesidad en demanda se **realiza a través de la disposición de que sólo los médicos generalistas deriven al especialista**.

En un trabajo realizado por Ignacio Apella, del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES; www.cedes.org), se identificaron las características de la demanda de servicios de salud en la Argentina, utilizando una fuente de microdatos proveniente de la “Encuesta de Utilización y Gasto en Salud” desarrollada por el Ministerio de Salud de la Nación durante el año 2005. En el estudio se analizó la probabilidad de realizar la primera consulta con el médico y posteriormente la intensidad de utilización, en función de tres tipos de variables:

- 1) Las que facilitan el acceso;
- 2) Las que predisponen la consulta;
- 3) La necesidad.

Los resultados avalan la hipótesis de decisiones secuenciales. El varón tiene mayor chance de hacer el primer contacto con el médico, aunque una vez realizada la primera visita la mujer hace un mayor uso. Del mismo modo, el nivel de ingreso afecta

positivamente la frecuencia de uso al igual que la edad que presenta dos tramos: decreciente hasta los 45 años, edad a partir de la cual comienza a crecer.

Asimismo, es posible la presencia de algunos incentivos profesionales en la derivación de demanda a partir del mecanismo de pago utilizado por los aseguradores. Todos estos resultados se encuentran fuertemente condicionados a la presencia de una enfermedad crónica. *Ampliar en textos complementarios: Función de la demanda en salud en la Argentina CEDES.*

Por último, resulta muy importante reconocer que **la demanda en salud tiene las siguientes características particulares:**

- 1) Los **servicios sanitarios no se desean**. Son una alternativa ante una anormalidad o la presencia de dolor.
- 2) La **cantidad y periodicidad de la demanda sanitaria es incierta** y bastante impredecible. Esto es así para individuos, no así para colectivos, donde la demanda es altamente predecible.
- 3) La **calidad y cantidad de demanda de servicios sanitarios está fuertemente influida por la oferta**.
- 4) Los servicios sanitarios tienen un **bajo grado de sustituibilidad**.
- 5) Los servicios sanitarios **deben consumirse como un todo**, no pueden fraccionarse.
- 6) Los individuos **más educados demandan más salud pero menos atención sanitaria**.
- 7) Quien demanda, **el paciente, es el principal insumo del proceso productivo** de quien ofrece.
- 8) La **demanda actúa como condicionante** en la organización del proceso productivo.
- 9) La **demanda no refleja las necesidades de salud**.

Oferta en salud

La **oferta**, en términos generales (no específicos del sector salud), tiene **dos vertientes, una desde el punto de vista de las empresas y otra desde el punto de vista de las familias:**

- 1) La oferta como la **cantidad y calidad de un bien que las empresas desean vender, a diferentes precios, en un determinado mercado de productos (bienes o servicios)**; en este caso, la oferta es la descripción completa (calidad) y la cantidad de un bien o servicio que un productor-vendedor desearía vender, así como los diferentes precios por unidad a los que estaría dispuesto a hacerlo. Es la **oferta de productos: bienes y servicios**.

- 2) La oferta como **la cantidad y calidad fuerza de trabajo que una familia está dispuesta a intercambiar en el mercado laboral**; en este caso, la oferta es la descripción completa (calidad) y la cantidad de la fuerza de trabajo que las familias desearían vender, así como los diferentes precios por unidad (honorarios; salarios) a los que estaría dispuesto a hacerlo. Es la **oferta laboral**.

La oferta es la **disposición de las empresas a vender bienes y servicios, y la disposición de las familias a vender su fuerza laboral**.

La **oferta en salud** es la disponibilidad de recursos (humanos, materiales y económicos) con los que cuenta una comunidad para atender la **necesidad y la demanda sanitaria**, y está representada por las tradicionalmente denominadas “**prestaciones**”:

- 1) Las **prestaciones que ofrecen individualmente todos los profesionales de la salud**;
- 2) Las **prestaciones que ofrecen las organizaciones sanitarias** ya sean de propiedad pública o propiedad privada.

Concretamente la oferta de salud, en término de prestaciones, se corresponde con los tradicionales “**servicios**” de **cuidado de la salud o “servicios de salud”**. Esto es, la **totalidad de los servicios** que, en el marco de un sistema de salud, **se prestan directamente a las personas para el cuidado de su salud, o bien a la sociedad o al medio (ambiente) donde éstas habitan**. Servicios de salud que abarcan las cuatro tareas esenciales de la medicina definidas por el suizo **Henry E. Sigerist** (1891-1957), médico del Hospital Universitario Johns Hopkins de Baltimore:

- 1) **Los servicios de promoción de la salud**
- 2) **Los servicios de prevención de las enfermedades**
- 3) **Los servicios de atención de la salud (el restablecimiento de los enfermos)**
- 4) **Los servicios de rehabilitación**

Sin embargo, como veremos en próximos capítulos, con el aumento de la complejidad de los cuidados de la salud y de los sistemas de salud, esta definición de servicios de cuidado de la salud resulta no sólo insuficiente, sino fuente de confusión al momento de asumir y exigir una responsabilidad contable frente a dichos cuidados.

Por consiguiente, en términos de gestión sanitaria, esto es en términos de que la misión de las organizaciones sanitarias se cumpla, es absolutamente necesario avanzar hacia una **síntesis entre la teoría de los cuidados de la salud, expresada esencialmente por las organizaciones como la OMS y OPS, y la práctica cotidiana de las acciones concretas que se desenvuelven en los centros de salud, sean de propiedad estatal como privada**.

3. Componentes y modelos de los sistemas y servicios de salud

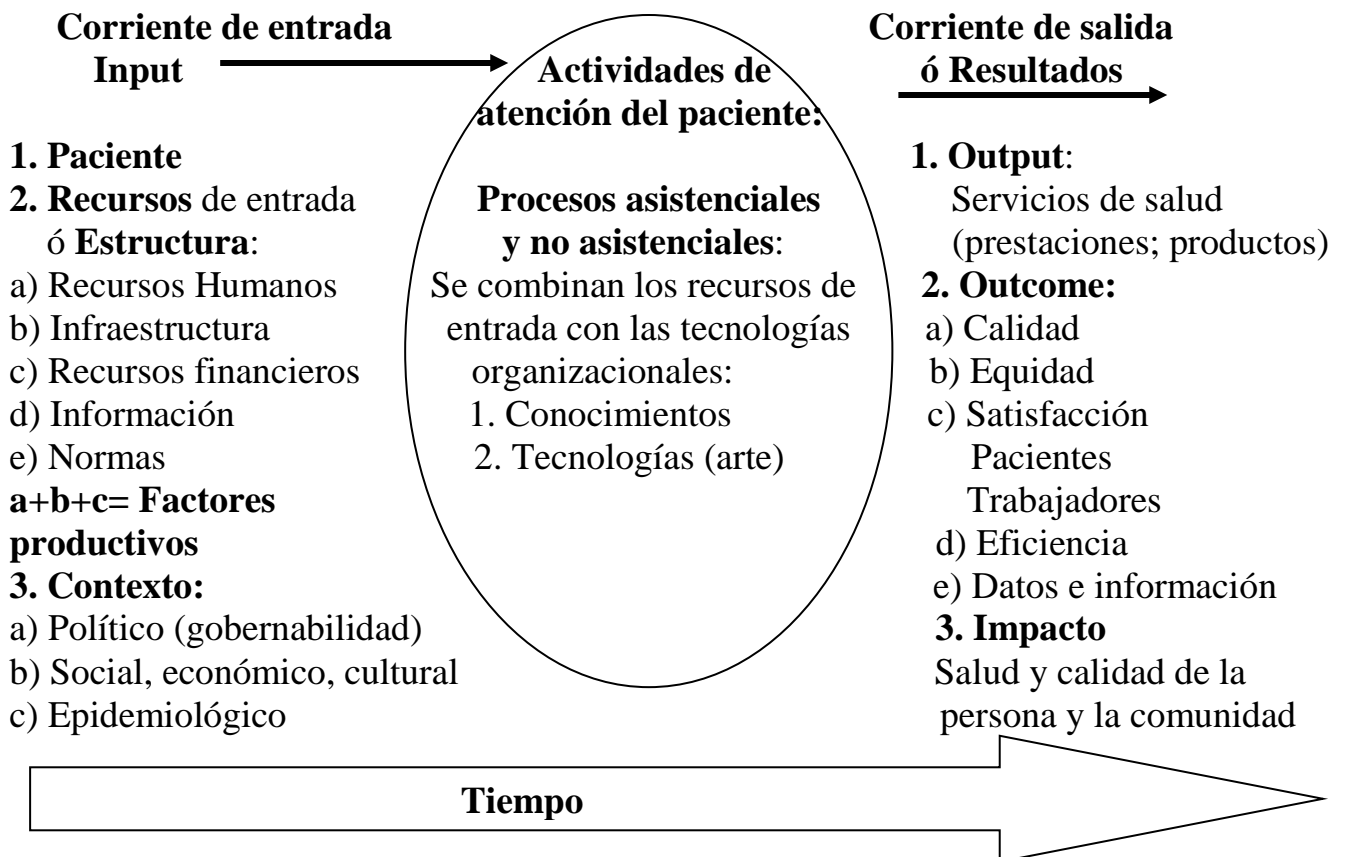
Todo sistema de salud se define como el **conjunto de sectores, subsectores y organizaciones que tienen por objetivo trabajar articuladamente para cuidar y mejorar la salud de una determinada población (país, región, provincia o municipio)**. Esto es, conjunto de organizaciones que, en una determinada sociedad, tienen por misión (razón de ser, de existir) **proveer los servicios de cuidado de la salud que las personas de dicha sociedad necesitan para mejorar su calidad de vida**. Servicios de salud (prestaciones) que deben ser brindados con **calidad, equidad y eficiencia, y produciendo la información necesaria para que el sistema pueda retroalimentarse y mejorarse**. Los sistemas de salud representan la organización que se dan las sociedades para cuidar la salud de su población.

En este “enfoque sistémico” de los cuidados de la salud se reconocen, a partir (1966) de Avedis Donabedian (Líbano, 1919 / 2000, EEUU), tres componentes: **estructura (recursos), procesos y resultados**, admitiendo que no siempre una buena estructura y un buen proceso garantizan un buen resultado, pero teniendo en cuenta que, si falla la estructura o el proceso, el resultado no podrá ser bueno.

Los **objetivos específicos**, en los cuales se expresan los **valores esenciales** de todo sistema de salud, son:

- 1) Facilitar el **acceso** a los servicios de cuidado de la salud a toda la población de derecho del sistema (**extensión de la cobertura**), con criterios de **solidaridad y equidad**, esto es, con particular preocupación por quienes más cuidado de salud necesitan y menos capacidades y recursos tienen.
- 2) Proveer los **servicios de cuidado de la salud más eficaces y efectivos** para el logro de los **mejores resultados en términos de salud**.
- 3) **Financiar** adecuadamente los servicios **de cuidado de la salud** que deben ser brindados.
- 4) Utilizar todos los recursos del sistema del modo más **eficiente**.
- 5) Brindar **servicios de cuidado de la salud** de máxima **calidad**, en **respuesta a las necesidades, preocupaciones y demandas de los pacientes**.
- 6) Promover la **articulación de los servicios de cuidado de la salud** con otras **acciones sectoriales (educación, trabajo, ambiente, infraestructura)**.

Al ser abierto, importa recursos del medio como **corriente de entrada (input: la estructura)**, los **transforma (los procesos)**, y los **exporta como corriente de salida (resultados)**, en forma de productos (bienes y servicios: output) que intervienen en el estado de salud de la comunidad (outcome):



Los componentes de un sistema de salud pueden describirse también, a través del esquema de los tres modelos:

- 1) **Modelo de organización de la oferta;**
- 2) **Modelo de financiamiento;**
- 3) **Modelo de atención.**

3.1 Modelo de organización de la oferta

En el modelo de organización de la oferta es necesario considerar:

- 1) **Las prestaciones o tipo de cobertura (qué)**
- 2) **El nivel de atención (dónde)**
- 3) **Los prestadores (quiénes)**

Prestaciones

Las prestaciones, o tipo de cobertura (el qué), que brinda un sistema de salud universalista depende de la capacidad de gobierno y control por parte del Estado. Si éste tiene capacidad de gobierno y de control sobre el sistema, los servicios se implementan o se ven favorecidos **según las prioridades fijadas en los objetivos sanitarios**. En cambio, si no la tiene, el eje de desarrollo de los servicios está en la presión de la oferta, según cuáles sean los servicios dominantes en los hospitales públicos.

En los seguros privados existen diversos planes de beneficios (planes de cobertura), según las posibilidades económicas de cada comprador.

En los seguros sociales existe un único programa de salud, de cumplimiento obligatorio para todos los agentes del sistema, quienes deben garantizar a sus beneficiarios, mediante servicios propios o contratados, el acceso oportuno, libre e igualitario, a la totalidad de las prestaciones (acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud). Este plan de cobertura se denomina en Argentina **Programa Médico Obligatorio (PMO)**. En otros países se denomina **canasta básica**.

http://www.sssalud.gov.ar/pmo/res_201.php

<http://www.sssalud.gov.ar/normativas/consulta/000595.pdf>

Prestadores

Los **prestadores (quiénes)** pueden clasificarse en:

- **Prestadores individuales:** profesionales del arte de curar
- **Organizaciones sociales:** establecimientos proveedores de servicios

De acuerdo a la propiedad de los establecimientos prestadores de servicios, se reconocen:

- **Prestadores privados**
- **Estado**

Niveles de atención y niveles de complejidad de los hospitales

Aunque los **servicios dirigidos al cuidado de la salud constituyen un sistema continuo** (por lo menos debieran serlo), tradicionalmente se ha distinguido la existencia **dos niveles de atención de la salud (dónde)**:

- 1) **Primer nivel de atención**: servicios ambulatorios provistos por “**establecimientos de salud sin internación**” (sin hospitalización). Se denominan generalmente “centros de salud” o “centros de atención primaria de la salud (CAPS).
- 2) **Segundo nivel de atención**: servicios de salud provistos por “**establecimientos de salud con internación**”. Son los hospitales. Generalmente se confunde el concepto de nivel de atención, con el de nivel de resolución de los hospitales, refiriéndose al segundo nivel como aquellos servicios de internación y ambulatorios de los hospitales generales de baja y media complejidad y el **tercer nivel** como los servicios de internación y ambulatorios muy especializados de los hospitales de alta complejidad. De todos modos, el uso ha consagrado esta mezcla de conceptos de modo tal que, en la práctica, **se utiliza la alta complejidad de los hospitales como “tercer nivel de atención”**.

Mucho se ha teorizado acerca de las **competencias de cada nivel, así como del flujo interniveles (referencias y contrarreferencias) de los pacientes**. Sin embargo, la realidad siempre ha demostrado que las personas resuelven sus propias necesidades **siguiendo los incentivos positivos y negativos que el sistema presenta, más que la voluntad de los planificadores**.

Primer nivel de atención. CAPS

Los servicios del **primer nivel de atención** se han planteado como la puerta de entrada al sistema, ubicados en las cercanías de los domicilios de las personas, y como responsables de la cobertura del total de la población (concurran o no a los servicios). Sin embargo, estos supuestos son sólo retóricos si no existen en el primer nivel **dos elementos básicos**:

- **Responsabilidad del equipo de salud sobre los resultados (en términos salud) de la población a cargo**. Si no existe una población nominada para cada equipo de salud, no existe responsabilidad.
- **Accesibilidad, particularmente a elementos sustantivos del diagnóstico y la terapéutica** (medicamentos, por ejemplo).

Se acepta que los servicios de este nivel, idealmente, deben estar ubicados a no más de unos 30 minutos de recorrido (para los usuarios de zonas urbanas), deben abarcar una población de entre 10.000 y 20.000 habitantes y deben brindar esencialmente atención ambulatoria en las especialidades básicas.

De acuerdo a su nivel de resolución, pueden distinguirse tres tipos de establecimientos de salud sin internación:

- 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.

Segundo nivel de atención. Hospitales

Los servicios del **segundo nivel de atención** (no confundir con el nivel II de la categorización de hospitales) corresponden a **establecimientos asistenciales con internación**. De acuerdo a las respuestas que dan los hospitales ante las diversas patologías que asisten, se distinguen (categorizan), tres niveles de hospitales:

a) Hospitales de nivel I de resolución:

- Internación general en cuidados mínimos; **no poseen ninguna unidad funcional (“servicio”) de cuidados críticos**;
- Atención médica y de enfermería continuas en internación (guardia interna) y consultorio de urgencias (guardia externa);
- Atención médica por lo menos en las cuatro especialidades básicas; suelen tener también asistencia en otorrinolaringología, oftalmología y traumatología;
- Actividad quirúrgica: cirugía menor y de urgencia.

Estos hospitales tienden a desaparecer, salvo en aquellas ciudades pequeñas (menos de 10.000 habitantes) y alejadas (a más de 50 ks) de otras ciudades mayores que tienen un hospital de por lo menos un nivel II de resolución. **Cada vez más, por la complejidad de los servicios de atención de la salud, y la escasez de recursos humanos con competencias para poner en acto dichos servicios, los sistemas de salud se orientan más a tener servicios de transporte muy bien equipado, con personal perfectamente entrenado y comunicado con los hospitales de referencia.** Influye también en la no construcción de hospitales de nivel I de resolución, el hecho de no exponer a los pacientes a un riesgo aún mayor por falta de competencias para el tratamiento, que el propio riesgo que enfrentan con la enfermedad. Inclusive en condiciones clínicas tales como el parto. Aunque sea fruto de un embarazo normal.

b) Hospitales de nivel II de resolución:

- Internación general en cuidados mínimos; Tienen cuidados intensivos; pueden tener también intermedios;
- Atención médica y de enfermería continuas en internación (guardia interna) y consultorio de urgencias (guardia externa);

- Atención médica por lo menos en las cuatro especialidades básicas; suelen tener también asistencia en otorrinolaringología, oftalmología y traumatología;
- Sala de partos con sector de reanimación del recién nacido;
- Centro quirúrgico que puede estar preparado para realizar operaciones de cirugía mediana y mayor.

c) Hospitales de nivel III de resolución:

Están destinados a la **alta complejidad**. En este nivel están concentradas las facilidades técnicas sofisticadas y los recursos humanos especializados necesarios para llevar adelante distintos procedimientos diagnóstico terapéuticos vinculados esencialmente a:

- Cirugía cardiovascular
- Neurocirugía
- Trasplantes
- Grandes politraumatizados
- Grandes quemados

Se acepta que deben existir, idealmente, facilidades del tercer nivel para cubrir la asistencia de alta complejidad de una población de alrededor de un millón de personas.

Supuestos

En el modelo de organización de la oferta se observan tres supuestos:

- 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.**

Sobre la base de estos supuestos, en la descripción de cualquier sistema de salud (país, provincia, municipio) o cualquier red de servicios de cuidado de la salud, en el acápite **organización de la oferta**, debe incluirse la respuesta a las siguientes preguntas:

- 1) **¿Qué prestaciones cubre el sistema?**
- 2) **¿Cómo se garantiza la adecuación entre la oferta de servicios y la cobertura de las necesidades y demanda de la población?**
- 3) **¿Existe una resolución en el nivel adecuado y una articulación de los niveles de atención?**
- 4) **¿Cómo se garantiza la continuidad de la atención?**

3.2 Modelo de financiamiento

El modelo de financiamiento (con qué) es la forma de recaudar fondos para ser aplicados en el pago de las prestaciones. Presenta dos vertientes o ejes:

- 1) **El origen de los fondos o fuentes de financiamiento**
- 2) **La asignación o aplicación de los fondos, o mecanismo de pago a los prestadores**

Aunque los recursos económicos finalmente siempre surgen de las personas, es apropiado dividir su origen (las fuentes de financiación) en dos grandes grupos:

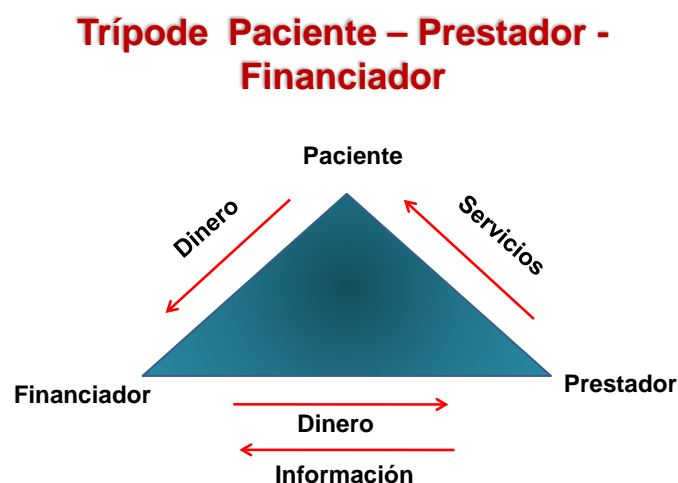
- 1) Financiamiento **público**. Obligatorio: impuestos; aportes y contribuciones
- 2) Financiamiento **privado**. Voluntario: pago de bolsillo

Origen de los recursos y la figura del tercer pagador

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

- 1) El sistema universalista, cuya fuente de financiación son los impuestos
- 2) El sistema de seguro social, con base en aportes y contribuciones de empleados y empleadores
- 3) El sistema de seguro privado, cuyo principal componente financiero es el privado

En ninguna otra provisión de servicios que se proveen a una determinada persona, se manifiesta tan nítidamente la figura del **tercer pagador** (financiador) como en los servicios de cuidado de la salud. Se trata de un tercer actor que entra en juego en el escenario de la prestación de los servicios de salud, y que condiciona de un modo muy importante la relación entre los otros dos actores de los sistemas de salud: el paciente y el prestador de servicios.



Esto es: por tratarse la salud de un bien superior, así como por la imprevisibilidad del consumo que conlleva un alto riesgo económico para las personas, todos los sistemas de salud han desarrollado una **financiación a cargo de terceros**, de un **tercer pagador**: el Estado, los Seguros Sociales y los Seguros Privados. El tercer pagador es quien asume el riesgo económico de la cobertura de servicios de salud, **el verdadero comprador de servicios, pero que finalmente no resulta ser quien los demanda y consume (demanda el médico y consume el paciente)**. *Ver más adelante.*

Aplicación de los recursos

El análisis de la **aplicación de los recursos** puede hacerse de dos formas.

1. Considerando cómo se financian las prestaciones
 - 1.1 **Pago directo de las personas sin seguro**
 - 1.2 **Pago directo de las personas aseguradas**, con reintegro por parte del seguro
 - 1.3 **Pago indirecto, por parte de terceros, a través de contratos**
 - 1.4 **Pago indirecto, por parte de terceros, a través de presupuestos**, dentro de organizaciones con integración vertical
2. Considerando cuál es el **objeto** del financiamiento
 - 2.1 El **financiamiento o subsidio de la oferta**
 - 2.2 El **financiamiento o subsidio de la demanda**

Como regla general, las formas de pago directas financian la demanda y se corresponden con los mecanismos **más desagregados** de pago a prestadores: pagos por **prestación y modulares**; mientras que las formas de pago indirectas financian la oferta y se corresponde con los mecanismos **más agregados** de pago a prestadores: **pagos de salarios, presupuestos históricos y contratos por cápitas**.

Supuestos

En el modelo de financiamiento subyacen los siguientes tres supuestos:

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

Sobre la base de estos supuestos, en la descripción de cualquier sistema de salud (país, provincia, municipio) o cualquier red de servicios de cuidado de la salud, en el acápite **modelo de financiamiento**, debe incluirse la respuesta a las siguientes preguntas:

- 1) **Cuál es el origen de los recursos económicos?**
- 2) **Qué estrategia existe para garantizar la eficiencia y calidad del sistema? ¿Existe benchmarking?**
- 3) **Se conocen los productos y sus costos? ¿Cuál es la estrategia para la contención de costos?**
- 4) **¿Existen mecanismos actuariales en los seguros sociales?**

3.3 Modelos de atención de la salud

El modelo de atención de la salud (el cómo) se refiere al equilibrio presente en el sistema entre los dos paradigmas, el **paradigma hospitalario** y el **paradigma de Atención Primaria de la Salud (APS)**. Estos dos modelos, que, entre nosotros, en la práctica lamentablemente siguen presentando aspectos patéticos de antagonismo, han sido superados por un paradigma integrador que en el mundo se considera el modelo a seguir para poder satisfacer la necesidad de salud de las personas del modo más eficaz y eficiente: el modelo de **Redes Integradas de Servicios de Salud con enfoque de Salud Poblacional**. Paradigma que impulsan tanto los sistemas públicos como el National Health Service (NHS) del Reino Unido, hasta sistemas de salud privados como el de Estados Unidos (por ejemplo: Salud Poblacional del Kaiser Permanente). *Ver en Bibliografía complementaria: “Modelo Kaiser de Salud Poblacional”*

En el modelo de atención de la salud se observan los siguientes supuestos:

- 1) **Equilibrio entre los paradigmas: hospitalario y APS;**
- 2) **Conformación de redes integradas de servicios de salud con enfoque de salud poblacional;**
- 3) **Integralidad y continuidad de la atención, particularmente de los pacientes con enfermedades crónicas**
- 4) **Práctica de Medicina Basada en la Evidencia (MBE)**

3.3.1 Paradigma hospitalario

El paradigma hospitalario hace referencia al **modelo de atención curativo, hospitalario, medicalizado y sobrespecializado**, que deja frecuentemente fuera a quienes no pueden concurrir al hospital.

El paradigma hospitalario es coherente con el **modelo médico hegemónico o paradigma biomédico**. Ambos constituyen la **síntesis institucionalizada de un conjunto de valores que se fueron consolidando en la evolución de la medicina moderna, y que la sociedad globalmente asume al priorizar la asistencia hospitalaria cuando debe abordar los problemas de salud**.

Entre otros componentes, en el paradigma hospitalario se destacan:

- La visualización del hospital como el centro del sistema de salud y poderoso símbolo de curación, relegando a un segundo plano el cuidado de las personas
- La prevalencia de la atención de la enfermedad sobre la el cuidado de la salud en términos de prevención y la promoción de hábitos y entornos de vida saludables

- El abordaje curativo individual por sobre el familiar, social y ambiental
- La mayor valoración económica y social de las súper especialidades por sobre la medicina general (sobre-especialización)
- Un reduccionismo biologicista que conduce solapadamente a la falta de consideración integral de la persona, la deshumanización del arte de curar y la desconsideración de otros modos “alternativos” de cuidar y curar
- Un alto grado de autoritarismo de “quien sabe” sobre “quien no sabe”

Las principales críticas al modelo hospitalocéntrico de atención de la salud son:

1) **Ausencia de un enfoque integral de la salud**

- Falta de consideración del hombre como un ser humano comprendido en un sistema socio-biológico mayor que condiciona su salud
- Falta de consideración del hombre como un ser humano complejo, con diversas dimensiones: física, emocional, intelectual y espiritual

2) **Inequidad**

- Déficit en la accesibilidad a servicios sanitarios
- Déficit en la cobertura de servicios sanitarios

Rol actual del hospital en los sistemas de salud

El hospital es considerado hoy, en el marco de la gestión estratégica de las Redes de Servicios de Cuidado de la Salud, como una organización social que dispone de **recursos humanos y tecnológicos para el desarrollo de diversos procesos tendientes a fomentar, cuidar y recuperar la salud de las personas**. Este quehacer complejo, dirigido a preservar la salud y aliviar el sufrimiento, con su constante evolución hacia la especialización y la tecnificación, ha rendido difícil para todos, profesionales, ciudadanos y políticos, la comprensión acabada de **cuatro elementos sustantivos que hacen a la nueva visión acerca del rol del hospital moderno en los sistemas de salud**:

- 1) El hospital como una empresa social de servicios que debe ser gestionada profesionalmente
- 2) El hospital como una organización que no sólo facilita el acceso a los servicios de salud que presta, sino que los extiende hasta el entorno familiar
- 3) El hospital como parte integrante de una red de organizaciones proveedoras de servicios de cuidado de la salud a un determinado colectivo
- 4) El hospital como una organización social perteneciente a la comunidad, que requiere de la participación de ésta para legitimarse y cumplir cabalmente con su misión

El nuevo contexto social, económico y político en el cual se desenvuelven los hospitales ha impuesto la necesidad de profesionalizar su gestión, dando origen a modelos y disciplinas que hacen tambalear la concepción de organización hospitalaria, que tenía sus actores tradicionales, particularmente los médicos. En este aspecto, el rol del hospital tiende a ser **redefinido como síntesis del pensamiento gerencial y de la concepción médica de la institución hospitalaria**, en el nuevo escenario de:

- Las nuevas necesidades y demandas de atención de la salud que surgen del contexto social;
- El cuestionamiento ciudadano a los problemas de accesibilidad, equidad y calidad;
- El cuestionamiento sanitario a la rigidez del sistema hospitalario;
- El cuestionamiento de las demás áreas del gobierno y de los sectores productivos al gasto hospitalario.

Aunque como institución socio cultural los antecedentes remotos del hospital surgen en la antigüedad a partir de la **hospitalidad que se brindaba a los peregrinos que concurrían a los templos en búsqueda de alivio a alguna dolencia**, el rol del **hospital moderno dentro del sistema de salud estuvo ligado al modelo histórico de atención de la salud, particularmente al modelo médico hegemónico o paradigma biomédico**. *Ver en la Bibliografía complementaria, los textos: “Historia de los Hospitales” y “El Hospital: ¿salvador, villano o irrelevante?”.*

A partir del nuevo paradigma de APS, el **Comité de Expertos en Organización de los Cuidados Médicos de la OMS** ha redefinido a los hospitales como una parte integrante de la organización social y médica de una comunidad, cuya función es **facilitar el acceso a la población a servicios integrales para el cuidado de la salud, incluyendo servicios preventivos y curativos, y alcanzando a las familias hasta el propio entorno de su hogar** (internación domiciliaria), además de constituirse como **centros para el entrenamiento de los trabajadores de la salud y como centros de investigación**.

Esta definición da cuenta del hecho de que los hospitales han ido transformando su rol, no sólo facilitando el acceso a todos los servicios que prestan, sino además incrementando su presencia más allá de sus paredes, impulsando el concepto de **“hospitales sin muros”**. Asimismo, en este nuevo rol, el hospital procura dar una mayor respuesta a las necesidades de la comunidad de forma integrada con el resto de los proveedores, **particularmente con los del primer nivel**. Con esta nueva visión, **el hospital forma parte de una red de organizaciones que tienen como fin proveer servicios integrados, integrales y continuos de salud a un determinado colectivo**. Al formar parte de una red, el hospital no sólo amplía su horizonte de actuación, sino que además centra su objetivo principal en la rentabilidad social.

Finalmente, en este nuevo contexto, también la visión del ciudadano ha ido cambiando respecto de la provisión de servicios hospitalarios: **desde una posición como beneficiario pasivo hacia una posición de ciudadano usuario con derechos activos, cuya opinión debe ser tomada en cuenta.**

En la conjugación de los valores implícitos en la democracia (representatividad, legitimidad) y la ciudadanía, con la necesaria eficiencia y eficacia institucionales, la participación activa de los ciudadanos se reconoce necesaria en:

- La definición de los servicios que deben producirse;
- La evaluación en cuanto a la extensión de la cobertura (para quién deben producirse);
- La evaluación de la calidad de los servicios.

Esta nueva visión coloca a los ciudadanos en el centro de la gestión pública y los transforma en una fuente de legitimidad de acción de los hospitales, que complementa (se suma) a la fuente tradicional de legitimidad que emana del poder político.

3.3.2 Paradigma de Atención Primaria de la Salud (APS)

Más allá de su definición inicial que intentaba contrarrestar el poderoso paradigma hospitalario, el actual paradigma de APS (APS renovada consustancial con la red territorial de servicios de cuidado de la salud) constituye tanto una **filosofía** como una **estrategia** sanitaria con las siguientes características:

- 1) Se trata de una **filosofía que atraviesa todo el campo la salud y todos los sectores sociales en la búsqueda de un desarrollo humano y de la salud más equitativo**;
- 2) Se trata de una **estrategia de salud pública que procura mejorar la calidad de vida de las personas y brindar un cuidado de la salud universal, integrado e integral, favoreciendo el real ejercicio del derecho a la salud**;
- 3) Se trata de un **modelo de atención de la salud**, por el cual una **red de prestadores brinda servicios integrales e integrados de cuidado de la salud (promoción, prevención, atención y rehabilitación) a una determinada población, nominada y conocida en términos de necesidades de salud, cuyos resultados, en términos de salud, le son confiados**.

Asimismo, la APS sostiene los siguientes **valores**:

- El **derecho a la salud** como principio orientador del sistema
- La **equidad social**
- La **solidaridad**
- La **eficacia, la eficiencia y la calidad**

La evidencia internacional sugiere que los sistemas de salud organizados sobre la base de una fuerte orientación hacia la APS alcanzan mejores y más equitativos resultados de salud, son más eficientes, tienen costos más bajos de atención y logran una satisfacción más alta de los usuarios en comparación a aquellos que tienen una débil orientación hacia esta estrategia.

En este contexto filosófico, son **objetivos generales** de la APS:

1. **Colaborar con otros sectores sociales (educación, trabajo, ambiente, obras públicas) en la mejora de la calidad de vida de las personas, contribuyendo a la construcción del capital humano y social de las comunidades.**
2. **Promover la participación activa de la comunidad en los procesos de salud-enfermedad que la afectan.**
3. **Mejorar la accesibilidad a los servicios de salud (reducir las inequidades), acercando adonde las personas viven elementos sustantivos del proceso continuo del cuidado de la salud, tanto de promoción y prevención como de atención y rehabilitación, procurando la resolución de los problemas de salud en el nivel más apropiado, e intentando prevenir la hospitalización.**

4. **Transformar los sistemas de salud basados en la atención de la enfermedad en sistemas que, sin descuidar ni minusvalorar este punto, impulsen fuertemente el desarrollo de entornos y estilos de vida saludables.**
5. **Contribuir al logro de tres objetivos sustantivos de salud pública:**
 - **Transformar las necesidades de salud en demanda de servicios sanitarios;**
 - **Comprimir la morbilidad: posponer el comienzo de las enfermedades crónicas llevándolo al menor tiempo posible antes de la muerte;**
 - **Disminuir la mortalidad por causas evitables (prevenibles): embarazos no controlados, enfermedades infecciosas inmunoprevenibles, accidentes, tabaquismo, consumo de alcohol y otras drogas, contaminación ambiental y comportamiento sexual no seguro.**

Componentes de la APS

En la APS pueden identificarse dos componentes:

- 1) Componente **etnográfico**
- 2) Componente de **cuidado de la salud**

La APS, para poder acercarse a donde las personas viven elementos sustantivos del proceso continuo del cuidado de la salud, debe inexorablemente desarrollar un **componente etnográfico**.

La **etnografía** es el **método de investigación** que consiste en observar las **prácticas de los grupos humanos y poder participar en ellas para poder contrastar lo que la gente dice y lo que hace**; es una de las **ramas de la antropología social o cultural** que en un principio se utilizó para comunidades aborígenes (Levi Strauss en el Mato Grosso en la década 1931/1940). Actualmente se aplica también al estudio de las comunidades urbanas, enfermos mentales y, en general, a cualquier grupo que se quiera conocer mejor.

En su componente de **cuidado de la salud**, la **APS tiene seis características**:

1) Atención nominada: se trata de servicios de cuidado de la salud a personas que se conocen por nombre y apellido, edad, sexo, hábitat, 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, esto es, la **puerta de entrada** al sistema y el sitio para la atención continua de la mayoría de la población. En los países industrializados esta concepción reduccionista de APS es la más frecuente y está directamente relacionada con la disponibilidad de médicos especializados en medicina general o familiar.

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

4) Atención comprensiva: la APS comprende las cuatro acciones sustantivas de los servicios de salud:

- a) Promoción de hábitos de vida saludables y del cuidado del ambiente (general y particular: familiar, barrial y laboral)
- b) Prevención de las enfermedades (inmunizaciones), de las complicaciones y de las discapacidades
- c) Atención en la enfermedad
- d) Rehabilitación de las secuelas

5) Atención coordinada: la APS se desempeña coordinadamente en los tres niveles, 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.**

Para cumplir con sus objetivos, la **APS impulsa las siguientes acciones estratégicas:**

1) La **articulación con otros sectores gubernamentales** (salud, trabajo, obras públicas -infraestructura-, ambiente) **y no gubernamentales** (ONGs) en el desarrollo de un proyecto social con democracia e inclusión, a fin de poder actuar de un modo operativo sobre todos los componentes que participan del proceso salud-enfermedad.

2) La **integración y articulación de las acciones de todos los programas socio-sanitarios que han sido bajados verticalmente al territorio desde los niveles centrales de salud;**

3) La **participación comunitaria** (individual y corporativa) con **empoderamiento creciente y construcción constante de ciudadanía**, a través del **protagonismo activo** en la planificación, organización, operación y control de la utilización de los recursos destinados al sector salud.

4) La **conformación de equipos interdisciplinarios multiprofesionales:** médicos, enfermeras, psicólogos, odontólogos, farmacéuticos, trabajadores sociales...

5) La **capacitación de todo el equipo salud** para facilitar el cambio cultural que el nuevo paradigma requiere, y para poder trabajar integrada y cooperativamente

6) La **integración en red entre los diversos niveles del sistema de salud**, para operar adecuadamente las referencias y contrarreferencias, garantizando la cobertura sanitaria comprometida y la continuidad de los cuidados.

Evolución de la APS

A pesar de que existían antecedentes en casi todos los países del mundo, esta estrategia ha sido impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), a partir de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud llevada a cabo en septiembre de 1978 en la localidad de Alma Ata, en la ex URSS, con el fin de establecer un nuevo paradigma de atención de la salud basado en:

- 1) Acercar los recursos del sistema a las familias y comunidades, incluyendo el tratamiento de las enfermedades más comunes y la provisión de medicamentos esenciales.
- 2) Promover la participación de la comunidad en los procesos de salud-enfermedad.
- 3) Extender la educación para la salud, la promoción de hábitos saludables y la prevención de las enfermedades fuera de los muros del hospital.
- 4) Retornar a la visión integral de la salud que involucra al hombre en su totalidad junto a su entorno.
- 5) Fortalecer los programas de salud existentes y establecer nuevos donde se requiera:
 - a) Programas de salud general:
 - Salud bucal
 - Salud mental
 - Saneamiento ambiental: tratamiento de los residuos y las excretas
 - Abastecimiento de agua potable
 - Prevención de enfermedades transmisibles
 - Prevención de enfermedades no transmisibles
 - Salud nutricional
 - b) Programas especiales dirigidos a poblaciones focalizadas por riesgo:
 - Materno-infantil
 - Trabajadores
 - Ancianos
 - Discapacitados
 - Drogadictos

La mala implementación de este último aspecto del paradigma de APS, el de fortalecer los programas de salud existentes y establecer nuevos donde se requiera, ha sido, junto con la minusvaloración económica y social del equipo de salud que trabaja en el primer

nivel de atención, han sido dos elementos clave del fracaso de la implementación de la estrategia de APS. **Esto es, la bajada a terreno de programas verticales enlatados.**

Programas verticales en salud: surgen durante la década del 40 para erradicar la viruela y la malaria, con un abordaje técnico de inspiración Taylorista: un comando central y un equipo altamente entrenado que estandarizaba procesos para combatir un reducido grupo de enfermedades, en un plazo temporal corto o mediano. La autoridad central controlaba el financiamiento y monitoreaba el desempeño del trabajo de campo como medio para garantizar los resultados esperados. Ante los magros resultados (en casos por baja cobertura de los servicios de salud, en otros, por debilidad de las instituciones en el campo), los financiadores externos impulsaron unidades ejecutoras externas al entramado organizacional existente: en los setenta los programas verticales comenzaron a bajar a terreno como “propuestas enlatadas”, como una operación militar conducida de igual manera en cualquier campo de batalla, en el supuesto de que, aplicados con rigor, servirían en cualquier contexto. La emergencia sanitaria constituye una figura extrema dentro de este modelo. Como en otras situaciones de catástrofe, la comunicación adquiere fundamental relevancia; un solo emisor con mensajes precisos, puesto que desinformar resulta tan contraproducente como exagerar y causar pánico. Se criticó al modelo vertical por fragmentar al sistema de salud, por distraer fondos y atención de los servicios regulares, superponiendo recursos y generando una débil institucionalización y sostenibilidad. A pesar de que el informe de Desarrollo Humano del Banco Mundial del 1993 sostuvo el paradigma reformista, el modelo vertical resistió por tres vías:

- 1) Continuó siendo preferido por los financiadores externos, por ser mucho más fácil su planificación y control;
- 2) El atractivo del marketing de las “campanas”, que resultan ser buen material para los medios de comunicación y vidriera para los políticos, aunque su impacto sea pobre o no se conozca;
- 3) El convertir buenas estrategias en panaceas, como el “disease management”, un abordaje necesario que ganó viabilidad económica al vincularse con incentivos económicos a los prestadores, .

Programas horizontales en salud: con el impulso de la estrategia de APS se intentó cambiar el paradigma de los programas verticales, poniéndose énfasis en las actividades intersectoriales y la participación de la comunidad, así como un abordaje holístico, integral y horizontal en vez de aproximaciones técnicas, de arriba hacia abajo y “autoritarias”. El nuevo modelo de intervención horizontal pone el eje en las instituciones regulares del sistema de salud como una forma de garantizar sostenibilidad, es decir, mantener en el tiempo los objetivos perseguidos.

Sin embargo, la falta de inserción horizontal de los programas, que en general bajan al territorio “enlatados”, **así como la falta de reconocimiento económico y social del equipo de salud que trabaja en el primer nivel de atención, constituyen hoy dos elementos clave del fracaso de la estrategia de APS y de la articulación de servicios de cuidado de la salud en red.**

En la conferencia de Alma Ata, además de considerar la APS indispensable para alcanzar la meta de **Salud Para Todos para el año 2000** (SPT-2000; OMS en 1977 en su resolución WHA 30.43), se expresó a manera de anhelo sustantivo **la asistencia básica de la salud como derecho humano.**

La APS fue propuesta como una estrategia, basada principalmente en la extensión de la cobertura y la prevención, en oposición al crecimiento desproporcionado del modelo de atención curativo, hospitalario y sobrespecializado que dejaba fuera a vastas mayorías. Una estrategia de salud pública que, más allá de establecer programas específicos para poblaciones focalizadas vulnerables, tiene como principal cometido extender la cobertura de salud a toda la población, con máxima equidad y accesibilidad.

La APS fue propuesta como **nuevo paradigma de cuidado de la salud, con eje en las personas y sus necesidades de salud, por sobre el paradigma hospitalocéntrico de atención de la salud centrado en la oferta de servicios de parte de los proveedores; nuevo paradigma donde las personas son identificadas nominalmente, tienen un diagnóstico socio-sanitario, y reciben una atención integrada e integral a través de una red coordinada de servicios de cuidados de la salud (RISS).**

Como la APS pretende que los recursos de salud se acerquen a las personas anticipándose a que estas recurran al hospital una vez enfermas y como, en consecuencia, muchas de sus tareas se desarrollan en el primer nivel de atención, ha habido una tendencia a reducir su significación considerándola solamente como el primer nivel de contacto de los individuos, familias y comunidades con el sistema de salud.

Sin embargo, **la APS no es un nivel de atención de la salud ni un programa vertical dentro de la atención de la salud. Es una estrategia horizontal que atraviesa todo el campo de la salud y los tres niveles de atención de la salud.** Además, sus acciones son integrales; es decir, no sólo comprende acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, sino que también abarca acciones curativas y de rehabilitación. De hecho, incluye no sólo la prevención primaria (acciones de promoción y protección de la salud), sino también la prevención secundaria (diagnóstico precoz y prevención de las complicaciones de los procesos curativos) y la

prevención terciaria (rehabilitación precoz y reinserción social del paciente). La APS trata más de **cuidar la salud**, que de atenderla. En este contexto se ha planteado una prevención cuaternaria, que trata de evitar los riesgos que impone la propia atención. Claramente, la APS está relacionada con las unidades socio-políticas más desagregadas, con los municipios y con las organizaciones sociales espontáneas de la comunidad, las Organizaciones no Gubernamentales (ONG). Asimismo, involucra no sólo al sector salud, sino también a los sectores vinculados a la educación, vivienda, alimentación, comunicaciones y trabajo, de quienes demanda esfuerzos coordinados.

Lamentablemente, la APS en la mayoría de los países ha sido mal comprendida, y observada con cierto recelo. Los principales prejuicios advertidos, particularmente entre los propios profesionales de la salud, han sido:

- Que la APS equivale a servicios básicos de salud;
- Que la APS es un programa de salud vertical de bajo costo, dirigido a la población pobre;
- Que los recursos humanos de la APS son de menor jerarquía, cuando no parias o castigados.

A pesar del esfuerzo de la OMS y el consenso mundial sobre los postulados establecidos en Alma Ata, los resultados de imponer el paradigma de la Atención Primaria de la Salud no han sido los esperados. Ha contribuido a este fracaso:

- Culturalmente, los hospitales son reconocidos por las sociedades como símbolos poderosos del cuidado de la salud y gozan de prestigio en todos los segmentos sociales.
- La gran dinámica de la tecnología médica, que ha alcanzado total autonomía, ha logrado subyugar a los profesionales de la salud, favoreciendo la súper especialización e imponiéndola por sobre la visión integral del individuo y su entorno.
- La debilidad de las instituciones formadoras de RRHH en el campo de la salud en transmitir el verdadero concepto de APS y formar profesionales y técnicos capaces de desempeñarse con solvencia en el nuevo paradigma.
- El déficit de RRHH, particularmente en los niveles de conducción, con capacidad de gestionar el cambio de modelo de atención de la salud, así como la falta de instrumentos que facilitaran la implementación de la nueva estrategia.

Críticas a la estrategia de APS

- 1) Alma Ata tuvo un vacío entre las políticas enunciadas y los instrumentos que concretizaran los anhelos expresados. Expuso objetivos con un vacío instrumental. Expuso el qué sin abordar el cómo.

- 2) Sectores “fundamentalistas” impulsaron la APS como un modelo de atención de la salud opuesto al paradigma hospitalario y no como un paradigma superador que contuviese al anterior.

En el contexto de la insatisfacción expresada, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha desarrollado una nueva propuesta denominada **APS renovada**. Algunas de las razones invocadas para renovar el enfoque son:

- Aparición de nuevos desafíos epidemiológicos
- Necesidad de corregir errores de las diferentes orientaciones
- Desarrollo de nuevos conocimientos para mejorar sus prácticas
- Acuerdo en entenderla como la estrategia que “ayuda a fortalecer las capacidades de la sociedad para reducir las inequidades en salud”
- Consenso acerca de que es un enfoque poderoso para abordar los determinantes sociales de la mala salud y la desigualdad

Ver en Bibliografía complementaria: “Renovación de la APS en las Américas”; “Measuring the performance of Primary Health Care” y “APS en las Américas: Las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros”.

Estrategia actual de la APS: APS renovada

En el marco de la APS renovada, se ha comenzado a llenar el vacío instrumental de Alma Ata, con las siguientes estrategias instrumentales que probablemente permitan alcanzar el necesario equilibrio de la APS con el paradigma hospitalario. Se trata de:

- 1) El desarrollo de experiencias concretas de **coordinación intersectorial**:
 - Municipios saludables
 - Consejos de salud: locales y regionales
- 2) El fortalecimiento de las **capacidades de gestión sanitaria** en los niveles locales.
- 3) El desarrollo de instrumentos de **participación comunitaria** efectiva en todas las fases de la gestión sanitaria (diagnóstico, planificación e implementación de acciones, evaluación y control): APS orientada a la comunidad (APOC).
- 4) La incorporación de cinco estrategias básicas para garantizar la **cobertura con equidad y continuidad de los cuidados de la salud, con calidad**:
 - Población nominada, con conocimiento de su estado de salud, a cargo de una red específica de prestadores de servicios de cuidado de la salud;
 - Seguros públicos de salud, que garantizan un conjunto básico de prestaciones (programa mínimo obligatorio) a poblaciones específicas;

- Instalación del médico de familia (médico familiar integral) con población nominada a cargo;
 - Gestión de enfermedades crónicas: diabetes, hipertensión, asma, insuficiencia renal y cáncer. Case management.
 - Estrategias de “Salud Poblacional”. *Ver más abajo.*
- 5) La aplicación del **enfoque de riesgo, segmentando la población a cargo** según el riesgo de enfermar y adquirir discapacidades, con acciones diferenciadas para:
- Personas sanas sin riesgo de enfermar
 - Personas sanas con riesgo de enfermar
 - Personas enfermas con riesgo de adquirir discapacidad permanente
 - Personas enfermas con discapacidad permanente
- 6) La integración de los niveles de atención a través de “**Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)**”. *Ver más abajo.*
- 7) La **disminución de la variabilidad de los cuidados**, a través de la utilización de **guías para la práctica clínica desarrolladas sobre los principios de la medicina basada en la evidencia**.
- 8) El fortalecimiento de la **educación para la salud**:
- Articulación con los sistemas educativos formales e informales
 - Empleo de guías para el autocuidado, destinadas a los pacientes
- 9) La incorporación de las **modernas TIC: tecnologías de la información y la comunicación**, con elementos de la revolución digital (digitalización de todas las transacciones de los servicios de salud en integración en bases de datos interoperables).

3.3.3 Paradigma de redes integradas de servicios de salud con enfoque de salud poblacional

Redes integradas de servicios de salud (RISS)

Las RISS constituyen una estrategia destinada a tutelar la continuidad de la atención de los pacientes. La OPS define a las RISS como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”. La estrategia de las redes integradas de servicios de salud pretende enfrentar la fragmentación de los cuidados de la salud, que constituye la mayor debilidad actual en la prestación de servicios de salud. La visión tradicional de los hospitales como entidades “autónomas” y la falta de coordinación entre los cuidados hospitalarios y los que brindan otros dispositivos de la red de servicios, constituyen un factor sustantivo de dicha fragmentación.

Salud poblacional

Salud poblacional hace referencia a enfoque estratégico del 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;
- 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;
- 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 y costo-efectividad. Entre estos abordajes sobresalen **la medicina basada en la evidencia (MBE) y el manejo especial de algunas enfermedades crónicas: “disease management”**.

Medicina Basada en la Evidencia (MBE) es la utilización crítica de la mejor evidencia científica disponible (esencialmente a través de la información provista por la investigación contenida en los ensayos clínicos) para la toma de decisiones acerca del cuidado de pacientes individuales. David Sackett, uno de los mentores de la MBE, la define como “la capacidad de acceder a la evidencia científica, evaluar críticamente su validez y utilidad e incorporarla a la práctica clínica”.

La MBE pretende cambiar el viejo paradigma del conocimiento y la práctica de la medicina, basado en el trípode de intuición clínica, experiencia clínica no sistematizada y conocimiento de la fisiopatología, por uno nuevo **que integre la maestría clínica individual con la mejor evidencia clínica disponible derivada de la investigación sistemática**. Algunos autores españoles proponen la denominación “**Medicina Basada en Pruebas**”, debido a que la traducción correcta de la palabra “evidence” es “prueba” y no evidencia. Estos autores definen a la Medicina Basada en Pruebas como “la manera de abordar los problemas clínicos, utilizando para solucionarlos los resultados originados en la investigación científica”.

El manejo de las enfermedades (crónicas), en el marco del denominado “**Disease management**”, pretende brindar una continuidad de la atención más efectiva. Esto es, obtener mejores resultados clínicos al menor costo posible (mayor costo-efectividad), para el tratamiento de las enfermedades crónicas tales como deterioro cognitivo, hipertensión, diabetes, cáncer, obesidad, artritis, insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal, así como toda otra dolencia frecuente, que origine importantes consumos de recursos y que tienda a cronificarse.

El “disease management” no puede ser nunca una estrategia aislada dentro de un sistema de salud, por cuanto requiere de un equipo de profesionales que trabajen en verdadera red de servicios de cuidado de la salud, y que tengan las competencias y los recursos tecnológicos necesario para comunicarse y **trabajar en conjunto con los pacientes, familiares, amigos y cuidadores**, con quienes comparten conocimientos, responsabilidades y acciones de cuidado de los pacientes con las enfermedades crónicas antes señaladas. La construcción de conocimiento y su intercambio, así como la conformación de una comunidad de aprendizaje, son una parte clave del concepto de manejo de las enfermedades. Es una estrategia de salud poblacional con enfoque en la salud de las personas que requiere cuidados especiales.

Este “manejo de las enfermedades” crónicas, por vía de prevenir o minimizar los efectos deletéreos de dichas enfermedades, puede reducir los costos asociados al cuidado de la salud, así como también mejorar la calidad de vida de las personas.

Sobre la base de los paradigmas expuestos y los supuestos que en ellos subyacen, en la descripción de cualquier sistema de salud (país, provincia, municipio) o cualquier red de servicios de cuidado de la salud, en el acápite **modelo de atención de la salud**, debe incluirse la respuesta a las siguientes preguntas:

- 1) **¿Cuál es el paradigma dominante, el hospitalario o la APS?**
- 2) **¿Existe un equipo de salud con población a cargo?**

- 3) **¿Existen mecanismos que garanticen la integralidad y continuidad de la atención, particularmente de los pacientes con enfermedades crónicas? ¿Cómo funcionan?**
- 4) **¿Cuál es el grado de extensión de prácticas tales como la Medicina Basada en la Evidencia y “disease management”?**

3.4 Tercer pagador y necesidad de una gestión basada en resultados

Como consecuencia de la particular presencia del tercer pagador (el financiador) se establecen relaciones únicas y particulares entre este actor y los otros dos actores principales de todo sistema de salud: el paciente y el prestador de servicios. La presencia del tercer pagador, contribuye a que entre estos tres actores se establezcan relaciones complejas que conllevan muchas veces situaciones altamente conflictivas. Situaciones que deben ser gestionadas con mucha competencia.

Las dos relaciones más complejas son:

- 1) **La relación de agencia**
- 2) **Los incentivos presentes en los diversos mecanismos de pago que utiliza el financiador para compensar a los prestadores, sean individuales como institucionales**

Como consecuencia de estas particularidades, surge la imperiosa necesidad de que, quienes gestionan establecimientos y redes de salud, desarrollen un management basado en resultados. Esto es conocer, a través de datos e indicadores precisos, los tres componentes de los resultados:

- 1) **Output**: la cantidad de servicios de salud en relación a la necesidad y demanda;
- 2) **Outcome**: la calidad, equidad, eficiencia, satisfacción de pacientes y trabajadores, así como los datos e información de todas las variables del resultado;
- 3) El **impacto** en términos de mejora de la salud y la calidad de vida de las personas.

3.4.1 Relación de agencia

Es la relación asimétrica entre dos personas u organizaciones, donde el **“principal”** (persona u organización que “domina”) **delega en el “agente”** (persona u organización “subordinada”) **el poder de tomar determinadas decisiones en nombre suyo**. La relación de agencia presenta dos características esenciales:

- 1) **La diferencia de objetivos entre el principal y el agente**
- 2) **La asimetría de la información entre el principal y el agente**

En los sistemas de salud existe una relación de agencia muy especial por cuanto **los profesionales (especialmente los médicos) son agentes tanto del usuario como del financiador, y poseen mucha más información que sus principales (usuarios y financiadores) para la toma de decisiones**. Esto es: ante una determinada consulta, tanto el paciente como el financiador de la misma delegan en el médico, en virtud de la asimetría de información existente, el poder de decidir cuál es el tratamiento

apropiado. En otro tipo de servicios, como el de restaurant, son los clientes quienes eligen lo que desean consumir; son también ellos quienes consumen lo que eligieron y quiénes pagan por lo que consumieron. Esto es, existe una **coherencia en toda la cadena decisional de compra del servicio: elección, consumo y pago**.

En cambio, en un servicio de salud, merced a la **doble relación de agencia** sucede lo siguiente:

- El cliente (el paciente) no elige lo que va a consumir (lo elige el médico) y tampoco paga por lo que consume;
- El médico, el prestador que elige lo que se debe consumir el paciente, no consume el servicio ni paga por él;
- El financiador, que no elige ni consume, es quien debe pagar el servicio.

Dicho de otro modo, en los servicios de salud existe una **incoherencia en toda la cadena decisional de compra del servicio (elección, consumo y pago)**, dónde:

- **Quien elige (el médico, el proveedor), ni consume ni paga;**
- **Quien consume (el paciente, la población), ni elige ni paga;**
- **Quien paga (el financiador, el tercer pagador), ni elige ni consume.**

Esta situación de **doble relación de agencia e incoherencia decisional y de intereses** agrega una gran complejidad al proceso y la gestión de la provisión de servicios de salud. Si prevalece el marco de ética médica, en esta doble relación de agencia y conflicto de intereses, se dará una situación positiva, en la que el médico cumplirá con los requisitos a los que está obligado: un conocimiento científico lo más completo y actualizado posible sobre la materia a tratar, una consideración antropológica y de los valores humanos y morales en juego y la apreciación de la bondad o maldad del acto técnico en cuestión. Luego, la decisión tomada al adoptar la conducta terapéutica y prescribir el tratamiento, se regirá por los principios de eficacia, efectividad y eficiencia. De este modo se mantiene una **relación de agencia perfecta (o completa)**, ya que el agente ha respetado los principios éticos inherentes a su profesión y ha tenido en cuenta sólo las variables atinentes al paciente y su condición clínica.

Sin embargo, puede darse la situación en la cual el agente médico considere, para la toma de decisiones diagnóstico terapéuticas, variables no relacionadas con las necesidades clínicas del paciente, **sino con intereses propios o de la institución**. En este caso, **la relación de agencia se torna incompleta**. Por ejemplo:

- Prescripción de medicamentos de marcas que otorgan beneficios en especie (regalos, inscripción a congresos, viajes...)
- Citación a nueva consulta sin resultar esto indispensable

- Indicación de estudios superfluos que redituán alguna participación monetaria
- Omisión de estudios necesarios, por causa de los costos implicados

Esta situación supone un comportamiento oportunista del agente, que acarrea un costo para el principal denominado **pérdida residual**, que puede entenderse como la diferencia **entre el bienestar o utilidad potencial que alcanzaría el principal en el supuesto de un comportamiento óptimo del agente, y el que realmente ha conseguido.**

3.4.2 Incentivos presentes en los mecanismos de pago a los prestadores

El modo en cómo se aplican los recursos en los sistemas y servicios de salud, esto es, cómo se realiza el pago a los prestadores, especialmente a los médicos, establece incentivos de diverso tipo, inclusive contradictorios:

- 1) El pago por **unidades agregadas**, esto es, el **pago por presupuestos, salarios y cápit**as, implica un “subsidio a la oferta”: **se paga a los prestadores, sea que los servicios se presten o no**; esta forma de pago genera que los proveedores tiendan a “maximizar” su beneficio **produciendo menos** de lo que debieran, muchas veces a través de conductas oportunistas que generan **demand**a insatisfecha y **excesivas listas de espera**.
- 2) El pago por **unidades desagregadas**, esto es, el **pago por prestaciones (módulos, grupos relacionados por el diagnóstico)** implica un “subsidio a la demanda”: **sólo se paga a los prestadores por los servicios que efectivamente prestan**. Esta forma de pago genera que los proveedores tiendan a “maximizar” su beneficio **produciendo más** de lo que debieran, muchas veces a través de conductas oportunistas que generan **sobreprestación y sobrefacturación**.

Este mecanismo de incentivo ligado a la forma de pago, explica **por qué un mismo profesional, ante un mismo caso, actúe de diverso modo por la mañana, cuando en el hospital es pagado por salario, que, por la tarde, cuando, en su consultorio, es pagado por prestación.**

Del mismo modo, se explica **porque una misma organización proveedora de servicios de cuidado de la salud, ante un mismo caso, actúa de diverso modo según se le retribuyan dichos servicios per cápita o por prestación.**

Necesidad de una gestión basada en resultados

A partir de todas las particularidades presentes en la provisión de servicios de cuidado de la salud, pero, especialmente por la incoherencia decisional y los incentivos cruzados que introduce la existencia de un tercer pagador, surge nítidamente la necesidad de una gestión basada en resultados.

- 1) Resultados en términos de **cantidades de productos que se deben producir, el output**. Esto es la producción de la cantidad de aquellos servicios comprometidos en la cartera de servicios comprometida en la misión, que estén en relación con las necesidades y demandas de la población objeto.
- 2) Resultados en términos de **características de los productos que se deben producir, el outcome**:
 - a) **Resultados referidos a la calidad técnica**: que las actividades se desarrollen según los estándares de calidad previstos por el estado del arte de la disciplina en cuestión.
 - b) **Resultados económicos**: que la transformación de factores productivos en productos sea eficiente.
 - c) **Resultados acerca de la 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.
 - d) **Resultados sobre la 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.
- 3) Resultados en términos de **impacto sobre la salud y calidad de vida de los pacientes**.

4. Servicios de cuidado de la salud

Categorías teóricas y prácticas de los servicios de salud o “prestaciones”

Los sistemas de salud son el conjunto de organizaciones donde, en esencia, existen **personas que ayudan a otras personas**. Personas que **trabajan en conjunto**, brindándose apoyo mutuo, **para ayudar a otras personas** a través de la provisión de **servicios de cuidado de la salud**. Los servicios de salud son acciones de cuidado de la salud brindados por personas que trabajan colaborativamente en los diversos establecimientos de salud, para que dichos cuidados sean de calidad y logren un impacto en la salud quienes los necesitan.

A partir de los aportes del Dr. Henry E. Sigerist se considera que los servicios de atención de la salud comprenden la **totalidad de las tareas de cuidado que se brindan a las personas para el cuidado de su salud: Promoción de la salud; Prevención de las enfermedades; Restablecimiento de los enfermos (Atención de la salud); Rehabilitación**. En verdad, se trata de la **totalidad de las prestaciones que se brindan como “oferta”** de los profesionales y las organizaciones sanitarias. Tradicionalmente, a la unidad de esta oferta se la ha denominado **“prestación”**, y al conjunto, **“cartera de servicios”**.

Es por ello que, para evaluar que la misión de las organizaciones sanitarias pueda ser cumplida y los aportes de la comunidad que para ello realiza se transparenten en resultados, desarrollaremos una síntesis de la relación existente **entre dos tipos de categorías en las cuales se suelen incorporar las actividades que realizan los servicios de salud (centros de salud y hospitales) sean de propiedad estatal como privada: las categorías “teóricas” que se utilizan en los documentos y discursos, y las categorías “reales” que deben ser gestionadas en el día a día**. No porque exista una incompatibilidad excluyente. Sino para **desagregar, dentro de las categorías teóricas”, las categorías prácticas que nos permitan gestionar** (panificar; organizar; dirigir; controlar; evaluar y rendir cuentas).

Las **categorías “teóricas”** son muy útiles para orientar acerca de qué tipo de acciones estamos realizando en el campo de la salud. Sin embargo, resulta bastante abstracta en términos de gestión. Para administrar, debemos transformar las palabras en hechos; debemos ser más concretos. Esta primera categorización de las actividades que realizan los establecimientos que brindan servicios de salud **no nos permite identificar acciones contables y medibles**. En este sentido, es importante recordar la frase acuñada por William Deming, uno de los más reconocidos impulsores de la calidad de la gestión: **“Sin datos, tu eres, solamente, una persona más con su opinión”**.

No nos permite conocer la cantidad de acciones, ni la calidad en relación al estado del arte de cada una de las disciplinas que actúan en salud desarrollando dichas acciones. Tampoco nos permita conocer la equidad en términos de acceso de quienes necesitan las acciones, la satisfacción de las personas, el impacto en la salud en la comunidad, así como la eficiencia y el impacto en términos de recursos económicos. Por ende, no nos permite obtener información relevante acerca de lo que hacemos y de las decisiones que tomamos. Mucho menos nos permite hacer un presupuesto de abajo hacia arriba.

La categorización práctica consiste en identificar, dentro de cada categoría teórica de las acciones que desarrollan los “servicios” de salud (Promoción de la salud; Prevención de las enfermedades; Atención de la salud), cuáles acciones concretas, contables y medibles, se realizan en “campo”. Categorías lo más **sencillas y agregadas posibles, pero bien definidas en relación al consumo de recursos vinculado a la producción de cada unidad funcional de los centros de salud.**

Esta categorización nos permite, **dentro de cada una de las muy valiosas siete categorías “teóricas”, identificar acciones contables y medibles.** Acciones medibles en varias dimensiones:

- La cantidad, en relación a las necesidades y demandas de la población “de derecho”
- La calidad, en relación al estado del arte de cada una de las disciplinas que actúan en salud desarrollando dichas acciones;
- La equidad, en términos de acceso de quienes necesitan las acciones;
- La satisfacción de las personas, tanto las que reciben las acciones como quiénes a realizan;
- La eficiencia, en términos de recursos económicos consumidos;
- El impacto, en términos de salud en la comunidad y de los costos incurridos.

La clave de esta segunda categorización nos permita lograr categorías “prácticas” que nos faciliten el registro de datos y la obtención de información para la gestión. Categorías que puedan incorporarse a través de “códigos” a las modernas, automatizadas, bases de datos.

La falta de una categorización práctica que refleje del modo más sencillo y contundente posible, las acciones y los resultados de los establecimientos que prestan servicios de salud y sus unidades funcionales, **es una fuente muy importante de ineficiencia, conductas oportunistas y falta de rendición de cuentas.** En la base del problema se encuentra la **falta de un consenso sobre una denominación y codificación común** de las “prestaciones” que ofrece el sistema de salud. Denominación común de todas las “prestaciones”, consensuada por todos los actores del sistema de salud y liderada por

el Estado, que es el principal actor interesado en el ejercicio del derecho a la salud por parte de los ciudadanos. En la Argentina, como en general en Latinoamérica, existe la adopción de “nomencladores” parciales y superpuestos.

En el mundo se avanza inexorablemente hacia “nomencladores” comunes, compartidos por los diversos sistemas de salud, como único camino para **poder vincular fácilmente el consumo de recursos con los resultados que se obtienen**, que permitan comparaciones consistentes. Es por ello que ponemos tanto énfasis en aportar un método que, tomando las valiosísimas experiencias internacionales, produzca la mencionada adopción de una categorización y codificación común de todas las actividades de los establecimientos de salud, **que permita salvar la enorme brecha de conocimiento, en la gestión de los servicios de cuidado de la salud, entre los recursos que se consumen y los resultados que se obtienen en términos de salud de la población**. En la espera que autoridades competentes convoquen a un consenso nacional en la materia, sobre la base de alguno de los consensos internacionales existentes.

Siempre es conveniente recordar que, para que exista un conocimiento (interior de las personas) que pueda transformarse en información transferible a otras personas, a toda la organización y toda la red, es necesario desarrollar un proceso denominado de las 3 C (en inglés): categorizar (categorizing), estandarizar (commodifying) y calcular (calculating). Esto es, para cada uno de los resultados que se obtienen al final de las 9 actividades que realizan los establecimientos de salud (promoción, prevención, atención, rehabilitación), es necesario:

- 1) Identificar y definir las variables, esto es **categorizar** las variables;
- 2) Consensuar las principales características de cada una de las categorías, esto es, **estandarizar las variables y las unidades de medida** para permitir la obtención de datos comparables de los resultados de una organización que provee servicios de cuidado de la salud;
- 3) **Calcular y comparar** los resultados de las diversas organizaciones /desempeño o “performance”).

4.1 Promoción de la salud

El término promoción de la salud fue utilizado por primera vez por el Dr. Henry E. Sigerist, quien estableció en 1945 que *“la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física, así como diversas formas de esparcimiento y descanso”*. Para tal fin, solicitó el **esfuerzo coordinado de los sectores políticos, laborales e industriales, de los educadores y los médicos**. La misma petición se repitió 40 años más tarde en la Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Sin embargo, ya en el siglo XIX, aunque sin postularse aún la noción de promoción de la salud, se habían producido hitos trascendentes en este sentido, como ser los aportes introducidos por William Alison, Johan Peter Frank, Louis Villermé o John Snow -descritos en páginas precedentes- en relación a la vinculación de las enfermedades con la pobreza, las condiciones laborales, la higiene pública y los hábitos alimentarios. Como antecedente válido, también debe mencionarse la contribución del austríaco Luwig Tekely, quien en 1909 sintetizaba las causas de las enfermedades en dos grandes grupos y establecía que debían realizarse acciones preventivas en ambos y con la misma intensidad. Eran estos grupos:

- 1) **Las causas generales, vinculadas al ambiente**
- 2) **Las causas específicas, vinculadas a los factores nocivos**

La definición de **promoción de la salud** incorporada a la Carta de Ottawa en 1986 la instituye como **el proceso que capacita a individuos y comunidades en el ejercicio de un mayor control sobre los determinantes de su salud para lograr así su mejora**.

Ver en Bibliografía complementaria: “Capital social y promoción de la salud en América Latina”

Señala también que **la promoción de la salud se basa en una combinación de acciones llevadas a cabo en conjunto por las personas, las comunidades y los gobiernos, con el objeto de afectar positivamente los estilos y las condiciones de vida que influyen en el estado de salud y en la calidad de vida**. Se trata claramente de una acción de salud pública. De hecho, es la tercera de las funciones esenciales de la salud pública (FESP). Para impulsar y privilegiar la promoción de la salud, es necesario que los gobiernos asuman el liderazgo y actúen avalando y proclamando la adopción de políticas saludables, sobre todo de aquellas orientadas a la creación de entornos que favorezcan la salud. Políticas saludables cuyo fin sea el de generar condiciones óptimas de vida, trabajo y salud, en conjunto con otros actores de la sociedad civil, destacando la más amplia participación y corresponsabilidad de las

familias y las comunidades, siempre respetando los valores étnico culturales, de género, y los derechos humanos de los diversos grupos poblacionales.

Las acciones de promoción de la salud **están dirigidas a toda la población** y se basan esencialmente en la **participación de la comunidad en los problemas de salud** con el objetivo de que se adquieran hábitos de vida saludables y se desarrollen acciones de protección del ambiente. En la promoción de la salud el liderazgo está puesto en la comunidad, y **su instrumento clave es la educación para la salud.**

Categorías prácticas de los servicios de promoción de la salud

Las actividades prácticas, “contables y medibles”, de promoción de la salud, que concretamente se realizan en los establecimientos de salud, y para las cuales se deben asignar horas de RRHH (diarias, semanales y/o anuales, según corresponda), así como otros recursos complementarios, son, esencialmente de dos tipos:

- 1) **Talleres con la comunidad**
- 2) **Charlas en los colegios**

4.2 Prevención de la enfermedad

Conjunto de procesos destinados no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los **factores de riesgo**, sino también a detener su avance (prevención secundaria), a atenuar sus consecuencias una vez establecida (prevención terciaria) y evitar los daños que provocan las acciones que desarrollamos mientras prestamos los servicios de salud (prevención cuaternaria). Esto es:

- La **prevención primaria** está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia.
- La **prevención secundaria** tiene por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente, y sus efectos (complicaciones, secuelas), mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado.
- La **prevención terciaria** tiene por objeto reducir los casos de recidivas, el establecimiento de la cronicidad, así como el impacto negativo en la calidad de vida que producen las complicaciones y las secuelas, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz.
- La **prevención cuaternaria**, concepto acuñado recientemente por el médico general belga **Marc Jamouille**, y recogido en el Diccionario de medicina general y de familia de la World Organization of National Colleges, Academies (WONCA), es el conjunto de actividades sanitarias que atenúan o evitan las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del propio sistema de salud sanitario. La prevención cuaternaria es el conjunto de medidas adoptadas para identificar al paciente en riesgo de sobre-medicalización, para protegerlo de nuevas prácticas médicas, y sugerirle las intervenciones que son éticamente aceptables.

La prevención primaria de la enfermedad se utiliza a veces como término complementario de la **promoción de la salud**. Pese a que a menudo se produce una superposición del contenido y de las estrategias, la prevención de la enfermedad se define como una actividad distinta, por cuanto es una **acción específica hacia cada uno de los individuos que forman parte de poblaciones expuestas a factores de riesgo**, que suelen estar a menudo asociados a diferentes **comportamientos (hábitos de vida) o ambientes de riesgo**. En la prevención de las enfermedades, el liderazgo es de la autoridad sanitaria y los establecimientos de salud.

Categorías prácticas de los servicios de prevención de las enfermedades

Las actividades “contables y medibles” de prevención de las enfermedades, que concretamente se realizan en los establecimientos de salud, y para las cuales se deben asignar horas de RRHH (diarias, semanales y/o anuales, según corresponda), así como otros recursos complementarios, son las siguientes:

- 1) **Inmunizaciones (vacunas);**
- 2) **Control de la salud bucal de los niños en las escuelas;**
- 3) **Consejerías** en el marco de diversos programas, pero especialmente en salud sexual y reproductiva;
- 4) **Acciones de cribaje, de poblaciones con un riesgo específico**, para la detección precoz de enfermedades potencialmente curables en estadios tempranos;
- 5) **Captación y recaptación de pacientes** con enfermedades crónicas, transmisibles y no transmisibles, para asegurar la continuidad de la atención.
- 6) **Consultas de control:**
 - Control del niño sano;
 - Control de la mujer embarazada;
 - Todo otro tipo de consultas de control.

4.3 Atención de pacientes enfermos o con estados particulares de salud

En este subconjunto se agrupan las prestaciones diagnósticas y terapéuticas dirigidas a pacientes con alguna enfermedad aguda o crónica, o bien con algún estado de salud particular tal como el embarazo, que se realizan en los “**establecimientos de salud**”, en forma de consultas, internaciones y prácticas. Claramente existe una cierta superposición con acciones de prevención secundaria y terciaria de las enfermedades. Asimismo, las consultas del niño sano y las inmunizaciones son actividades de prevención primaria que se realizan, también en los establecimientos de salud. En todos los casos, los establecimientos de salud debieran tener bien claro que estas prestaciones son servicios distintos que deben contabilizarse separadamente del resto de las prestaciones que se incluyen en las actividades de atención de pacientes enfermos.

Categorías prácticas de los servicios de atención de la salud

Las actividades “contables y medibles” de atención de la salud, que concretamente se realizan en los establecimientos de salud en la categoría “atención”, para las cuales se deben asignar horas de RRHH (diarias, semanales y/o anuales, según corresponda), así como otros recursos, pueden desagregarse en las siguientes categorías:

1) Emergencias

- a) Consultas
- b) Observaciones
- c) Atención en el Shock Room

2) Internación

- a) Egresos calificados por grupos relacionados por el diagnóstico
- b) Egresos de internaciones en cuidados socio-sanitarios
- c) Egresos de internación en unidades de cuidados paliativos

3) Consultorio externo

- a) Consultas simples
- b) Consultas con alguna práctica incluida: consultas “vestidas”

4) Atención en hospital de día

5) Atención móvil en la comunidad

- a) Visitas domiciliarias
- b) Atención de emergencias en la vía pública
- c) Internación domiciliaria

6) Prácticas

a) Diagnósticas

- Laboratorio
- Diagnóstico por imágenes
- Anatomía patológica

b) Terapéuticas

- Quirúrgicas
- No quirúrgicas

La definición de las categorías prácticas de los servicios de salud, es el primer paso para la identificación precisa de los productos contables (output) de cada una de las unidades funcionales de los establecimientos de salud. Sólo a partir de esta precisa definición de los productos, es posible avanzar, para cada uno de ellos, con las caracterizaciones del outcome: calidad, equidad, eficiencia, satisfacción y aportes de datos.

4.4 Rehabilitación

Rehabilitar es el servicio de salud que se brinda a pacientes con diversos grados de discapacidad o disfuncionalidad, a través de un conjunto de actividades tendientes a **activar mecanismos de compensación**, con el fin de permitir que dichos pacientes alcancen la **mayor proporción posible de capacidad funcional** en el ámbito de dicha discapacidad, que les permita llevar una **existencia más dinámica y autónoma**. Según la OMS la discapacidad es la **deficiencia una estructura o función corporal que conduce a una limitación en las actividades del diario vivir, con la consecuente restricción en la participación social**. A partir del año 2000, cuando la OMS introdujera la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF-2000), la discapacidad de una persona se concibe como una interacción dinámica entre los estados de salud y los factores contextuales, tanto personales como ambientales.

Categorías prácticas de los servicios de rehabilitación

Las actividades “contables y medibles” de rehabilitación, que concretamente se realizan en los establecimientos de salud en esta categoría, para las cuales se deben asignar horas de RRHH (diarias, semanales y/o anuales, según corresponda), así como otros recursos, son las siguientes:

- 1) **Informes periciales de discapacidad**
- 2) **Prácticas de kinesiología y/o rehabilitación manual**
- 3) **Prácticas de kinesiología y/o rehabilitación instrumental**
- 4) **Prestaciones de fonoaudiología (tratamiento de logoterapia)**
- 5) **Prestaciones de terapia ocupacional**

5. Ética y sistemas de salud

La ética (ethos -griego-: costumbre; moris -latín-: costumbre), como **disciplina que intenta diferenciar aquello que está bien de aquello que está mal a través de argumentaciones racionales en referencia a expectativas sociales universales**, está vinculada al **actuar (praxis) bien** de las personas y **no al hacer (poiesis) bien** las cosas. Aristóteles fue quien primero evidenció la diferencia entre poiesis y praxis. **Se puede hacer (poiesis) bien una acción (praxis) mala**: el “robo del siglo” es un ejemplo de hacer bien una mala acción.

En el campo de la salud la ética está presente en varias dimensiones:

- 1) **En la equidad distributiva y contributiva del sistema**
- 2) **En la eficaz y eficiente utilización de los recursos**
- 3) **En la relación de agencia**
- 4) **En la humanización de las relaciones, sea con los pacientes como entre profesionales**

1) La ética en la equidad distributiva y contributiva del sistema

Equidad es la ausencia de disparidades injustas y potencialmente evitables entre grupos y personas (sea por área geográfica, género, ingreso, educación, trabajo, raza o religión) en las oportunidades de acceso a los bienes y servicios que concurren a preservar el estado de salud. Es un principio ético (un valor) que determina que los bienes y servicios que son justos y razonables individualmente, deben estar disponibles en las mismas condiciones colectivamente, sin ningún tipo de discriminaciones. Y para ello es necesario no sólo un compromiso ético individual, sino además una discusión política, una ética social y una consecuente voluntad política de reducir las desigualdades (inequality), particularmente las diferencias injustas y evitables (inequity). El **imperativo ético (actuar bien) en la dimensión de la equidad** implica:

- En los **factores determinantes de la salud**: disminuir al mínimo posible la pobreza, la baja escolaridad, la falta de trabajo, las malas condiciones ambientales y laborales: **equidad social o estructural**.
- En los **servicios de salud**: recibir bienes y servicios de salud en función de la necesidad; esto es: **equidad en los procesos de cobertura, acceso y uso**.
- En el **financiamiento**: contribuir al sostén del sistema de acuerdo a la capacidad económica; esto es: **equidad en los procesos financieros (equidad financiera)**.
- En las **condiciones de salud**: disminuir al mínimo posible las diferencias evitables e injustas en la morbi-mortalidad: **equidad en los resultados**.

2) La ética en la eficaz y eficiente utilización de los recursos

El **imperativo ético en la utilización de los recursos implica:**

Maximizar la eficacia, la eficiencia y la transparencia en los procesos de indicación, compra y utilización de los bienes y servicios de salud.

3) La ética en el marco de la relación de agencia

Los profesionales (especialmente los médicos), al ser **agentes tanto del usuario como del financiador, y poseer mucha más información para la toma de decisiones que sus principales (usuarios y financiadores)**, se encuentran en posición de decidir no sólo según el principio de beneficencia y justicia, sino también sobre la base de sus propios intereses. En el marco de la **relación de agencia, el imperativo ético** de los profesionales está referido a:

- Evitar conductas oportunistas donde primen los intereses personales sobre los principios de beneficencia y justicia.
- Rechazar beneficios económicos personales, utilizando la doble relación de agencia, para indicar a los pacientes, oportunística y acriticamente, estudios y tratamientos. Particular relieve presenta en este punto:
 - El recibir beneficios económicos desde los laboratorios de análisis clínicos y centros de diagnóstico por imágenes, por cada solicitud de estudios complementarios enviados a dichos centros;
 - El recibir beneficios económicos desde los laboratorios productores de especialidades medicinales por la prescripción de ciertos medicamentos.

Ver en bibliografía complementaria:

Relación médico industria

Ley Sunshine en USA

- Rechazar presiones indebidas de parte de los financiadores tendientes a subordinar las acciones sanitarias a sus necesidades.
- Rechazar presiones indebidas de parte de los pacientes tendientes a subordinar las acciones sanitarias a sus demandas infundadas.

4) La ética en la humanización de las relaciones, sea con los pacientes como entre profesionales

En este sentido, se establece como un **imperativo ético en los sistemas de salud:**

- **Reconocer al paciente como una persona integral y como eje de toda la atención sanitaria.**
- **Considerar al enfermo como responsable y protagonista de su salud y curación.**

- **Contemplar al paciente como sujeto de derechos, respetando y protegiendo el derecho a la vida, el derecho al buen trato, el derecho a ser informado y el derecho a una muerte digna.**
- **Cuidar, no sólo curar, privilegiando a los más desvalidos.**
- **Brindar apoyo ante las crisis e interrogantes que plantea la enfermedad.**
- **Apreciar la colaboración de la familia del enfermo.**
- **Fomentar una relación paciente-profesional personalizada y cálida.**
- **Promover el equipo de salud como modelo de trabajo interdisciplinario.**
- **Valorar a los trabajadores de la salud por su labor y dedicación.**
- **Desterrar el acoso laboral.**

6. Anexos

Anexo 1: Actividades de la vida diaria (AVD): conjunto de tareas que el ser humano realiza de forma cotidiana y que habitualmente se constituyen en **rutinas** (actividades de la vida diaria con secuencias establecidas) y **hábitos** (actividades que las personas realizan a diario, generalmente de manera automática, que se hallan integradas en patrones de conducta más complejos), que varían en función de la edad, la cultura y el nivel socioeconómico de las personas. Su no realización supone un mayor o menor grado de discapacidad (pérdida de función) que conlleva una dependencia relativa de terceras personas. Las AVD pueden dividirse en tres grandes grupos:

a) Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): son las tareas más elementales que realiza una persona, y que le permite desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia. Están vinculadas esencialmente al autocuidado y la movilidad. Incluyen:

- Movilidad funcional (bipedestación, caminar, subir escaleras...)
- Vestido
- Alimentación (referido al acto de comer por los propios medios y la deglución)
- Higiene personal (bucal y facial, afeitado y peinado)
- Baño (en ducha o bañera)
- Continencia (vesical y anal)
- Actividad sexual

b) AVD Instrumentales (AVDI): son actividades más complejas, que se realizan para interactuar con el entorno más inmediato (generalmente el hogar) e indican la capacidad del individuo para vivir en su entorno habitual, de manera independiente. Son opcionales para hacer y pueden ser delegadas a otros. Incluyen:

- Manejo de asuntos económicos
- Toma de medicamentos
- Desplazamientos en el barrio, entorno o ciudad
- Cuidado de la ropa
- Limpieza del hogar
- Preparación de comidas
- Uso de medios de comunicación
- Cuidado de otras personas
- Uso de transporte público

c) Actividades Avanzadas de la Vida Diaria: son actividades complejas, relacionadas con los estilos de vida de los individuos, por lo que su medición universal es difícil. Son actividades esencialmente relacionadas con el trabajo y el tiempo libre. Por lo tanto son actividades de tipo lúdico y relacional. Son conductas elaboradas, de control del medio físico y del entorno social, que permiten al individuo desarrollar sus roles sociales. No son actividades necesarias para vivir de forma independiente.

7. Bibliografía

1. Asenjo MA. Las claves de la gestión hospitalaria. Barcelona: Gestión 2000; 1999.
2. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2008:1-256. | [Link](#)
3. González García G, Tobar F. Salud para los argentinos: economía, política y reforma del sistema de salud en Argentina. Buenos Aires: Isalud; 2004.
4. Gray AM. Inequalities in health. The Black Report: a summary and comment. *Int J Health Serv.* 1982;12(3):349-80.
5. Lalonde M. New perspective on the health of Canadians: 28 years later. *Rev Panam Salud Publica.* 2002 Sep;12(3):149-52.
6. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet.* 2005 Mar 19-25;365(9464):1099-104.
7. McKeown T. Medical issues in historical demography. *Int J Epidemiol.* 2005 Jun;34(3):515-20.
8. Organización Panamericana de la Salud. Funciones esenciales de salud pública (FESP). En: OPS. La Salud Pública en las Américas. Washington, D.C.: OPS.
9. Porter ME. Clusters and competition: new agendas for Companies, Governments and Institutions. En: Porter, ME. On competition. Boston: Harvard Business School Press; 1998. p. 197-289.
10. Sonis, Abraham; Bello, Julio; De Lellis, Martín; Borrell, Rosa. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Módulo 1: Salud y Sociedad. Coordinadora: Mariela Rosen. Facultades de Medicina de la Argentina y Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires. 2006.
11. Saltman, RB, Figueras J, Sakellarides C. Critical challenges for Health Care Reform in Europe. Philadelphia: Open University Press; 1998.
12. Stevens, A; Raftery, J. Health Care Needs Assessment: the epidemiologically based needs assessment reviews. Oxford: Radcliffe Medical, 1994.
13. White KL. The task of medicine. Washington, D.C.: Kaiser Family Foundation; 1988.