

**FUNDAMENTOS
DE
SALUD PÚBLICA**

AUTOR-DIRECTOR

Horacio Luis Barragán

**FUNDAMENTOS
DE
SALUD PÚBLICA**

AUTORES

**Adriana Moiso
María de los Ángeles Mestorino
Oscar Alfredo Ojea**

Invitados y colaboradores

La Plata

2007

PRIMERA PARTE

Horacio Luis Barragán

Doctor en Medicina (UNLP). Médico Laboral (F. C. Médicas. UBA). Graduado en Higiene y Seguridad del Trabajo (F. C. Exactas UBA). Especialista en Salud Pública. (Colegio de Médicos. Prov. de Bs. As. Distrito I). Docente Autorizado (UNLP). Profesor Titular regular de Ciencias Sociales y Medicina. Profesor Titular regular de Salud Pública. (F. C. Médicas. UNLP). Director del Programa de Médicos Comunitarios (Minist. de Salud y Ambiente de la Nación -F. C. Médicas. UNLP, para la región de esta Facultad). Director de la Maestría en Salud Pública (Orientación Establecimientos de Salud, CINUS, F. C. Médicas, UNLP).

Adriana Moiso

Doctor en C. Médicas (UNLP). Especialista en Ciencia Política (F. Derecho y C. Jurídicas, UNLP). Residencia en Administración de Salud y Seguridad Social (IOMA, Minist. de Salud y UNLP). Diploma en Gestión de Instituciones de Salud (Univ. de Chile) Ex Director de Planificación Estratégica y Ex Director Provincial de Capacitación en Salud (Minist. Salud de la prov. de Bs. As.) (Docente Autorizado (UNLP)). Coordinador de la Maestría en Salud Pública (INUS, F. C. Médicas, UNLP). Profesor Adjunto regular de Salud Pública. (F. C. Médicas. UNLP).

María de los Ángeles Mestorino

Doctor en Medicina (UNLP). Especialista en Neumonología y Tisiología (Colegio de Médicos, Prov. de Bs.As., Distrito I). Ex Médico de planta Hospital IZEAC «San Juan de Dios» y ex jefe del Programa de Lucha Contra la Tuberculosis del Ministerio de Salud (Pcia. Bs. As.). Docente Universitario (UNLP). Ex Profesor Titular de Salud Pública (F. C. Médicas- UNLP). Directora Asociada del Programa de Médicos Comunitarios (Minist. de Salud y Ambiente de la Nación -F. C. Médicas. UNLP, para la región de esta facultad)

Oscar Alfredo Ojea

Médico (UNLP). Especialista en Salud Pública y Administración en Servicios de Salud (UNLP – Colegio de Médicos Prov. de Bs.As. Distrito I – OPS). Responsable de Docencia e Investigación (Soc. Platense de Geriatría y Gerontología). Director de Docencia del Foro de Propuestas Educativas Socio-Sanitarias (FoPESS La Plata – ONG). Profesor Adjunto interino de Salud Pública (F. C. Médicas. UNLP). Coordinador de Área del Programa Médicos Comunitarios (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación -F. C. Médicas. UNLP).

José María Paganini

Doctor en Medicina (UNLP) Doctor en Salud Pública (John Hopkins Univ, Baltimore, USA). Ex representante de la OPS/OMS en Nicaragua, Barbados y Colombia. Director retirado de la División de Sistemas y Servicios de Salud. OPS/OMS, Washington D. C. Director del Centro Interdisciplinario Universitario para la Salud (CINUS. F. C. Médicas. UNLP). Presidente del Centro Especializado para la Acreditación en Salud (CENAS). Miembro del Comité Ejecutivo de la Sociedad Internacional para la Calidad en Salud (ISQUA).

Silvia Elena González Ayala

Doctor en Medicina (UNLP). Especialista Consultora en Enfermedades Infecciosas (Colegio de Médicos. Prov. de Bs. As. Distrito 1). Docente Universitario (UNLP). Directora de investigación y consultora habitual en brotes epidémicos en Argentina y el extranjero. Profesora Titular regular de Infectología (F. C. Médicas-UNLP)- Jefe del Servicio de Enfermedades Infecciosas (Hospital de Niños IZGA «Sor María Ludovica» de La Plata).

Daniel César Corsiglia

Médico (UNLP) Especialista Universitario en Cardiología (F. C. Médicas UNLP – Colegio de Médicos, prov. de Bs. As. Distrito 1). Especialista Consultor certificado en Cardiología (Colegio de Médicos, prov. de Bs. As., Distrito 1). Especialista en Medicina de Emergencia (Soc. Argentina de Emergencias). Presidente del Comité de Emergencias Cardiovasculares de la Federación Argentina de Cardiología (FAC). Ex Jefe de Unidad Coronaria, Director Asociado y Jefe de Docencia e Investigación (Hospital IZGAyC «San Juan de Dios de La Plata») y ex Jefe de Programa de RCP (prov. de Bs. As.). Director Médico de la Unidad de Emergencias Cardiológicas (UDECSA) y Presidente de la Fundación UDEC. Profesor Adjunto del Postgrado de Cardiología (F. C. Médicas UNLP). Presidente de la Sociedad de Emergencias y Medicina de Urgencias del Río de La Plata (SEMUR).

Mario Alberto Irazusta

Abogado (UNLP). Asesor Legal de Cámaras del Sector de la Salud, Colegios Profesionales y diversos establecimientos asistenciales privados. Integrante de la Comisión Asesora Permanente prevista por el Decr. 3280/90 (Minist. de Salud de la Pcia. de Bs. As.). Asesor Legal de Compañías de Seguros dedicadas al rubro Responsabilidad Civil de Profesionales.

Prof. Dr. Luis Angel Tau | Historia y C. Jurídicas

Prof. Lic. Jorge L. Remes Lenicov | Economía

Prof. Dr. José María Paganini | Salud Pública

Prof. Dr. Juan Carlos Álvarez Gelves | Raíces de la Cátedra

Prof. Jorge Abel Iturmendi | Historia Argentina

Nota: las opiniones y errores de los temas tratados deben atribuirse sólo a los autores. No comprometen a los arriba nombrados. Los aportes y asesoramientos que aquí se mencionan han ido, en todos los casos, más allá de lo escrito con una generosidad y profundidad en los aspectos tratados que no siempre pudieron ser receptados en su totalidad.

Carolina Alessandria

Médico (UNLP). Residencia en Psiquiatría (Hospital IZGAC «A. Korn» de Melchor Romero. Prov. de Bs. As.). Especialista en Psiquiatría y Psicología Médica (Colegio de Médicos – Prov. de Bs. As. Distrito I). Beca como Psiquiatra de Enlace en el IZEAyC «Alejandro Korn» de Melchor Romero.

Santiago Luis Barragán

Médico (UNLP). Residencia y Jefatura en Clínica Médica (Hospital «Teodoro Alvarez», CABA). Especialista en Medicina Interna. (Asociación Médica Argentina). Docente de Epidemiología. F. C. Médicas UNLP. Coordinador de Área del Programa de Médicos Comunitarios (Minist. de Salud y Ambiente de la Nación -F. C. Médicas. UNLP). Facilitador docente del Programa de Uso Racional de Medicamentos (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación – F. C. Médicas UNLP).

Alejandro Horacio Basta

Médico (UNLP). Residencia Universitaria en Clínica Médica (Hospital Italiano de La Plata). Especialista en Clínica Médica (Colegio de Médicos, Pcia. de Bs. As., Distrito I). Docente de Salud Pública. (F. C. Médicas. UNLP). Miembro del equipo de evaluación establecimientos asistenciales. (CINUS, F. C. Médicas. UNLP y CIDCAM). A cargo de la Dirección del Curso Nacional de Uso Racional de Medicamentos (Minist. de Salud y Ambiente de la Nación -F. C. Médicas. UNLP, para la región de esta facultad).

María Gabriela Bisceglia

Médico (UNLP). Residencia en Clínica Médica (Hospital IZGA «Gral. San Martín» de La Plata). Especialista Jerarquizada en Medicina Interna (Colegio de Médicos. Pcia. de Bs. As., Distrito I). Especialista en Nutrición (Univ. C. Salud. Fund. Barceló, reconocido por el Colegio de Médicos D. I). Docente universitario (UNLP). Auditor de IOMA (h.1999) y de la Caja de Abogados-Servicios Asistenciales (Pcia. de Bs. As.). Médico Autorizado del Servicio de Endocrinología y Nutrición (Hospital. Italiano de La Plata). Docente de Clínica Médica «C» y de Salud Pública (F. C. Médicas. UNLP).

Marcelo Javier Bourgeois

Profesor en Geografía, (F. de Humanidades y C. Educación, UNLP). Profesor de Ecología y Salud Ambiental de la Maestría en Salud Pública (CINUS F. C. Médicas UNLP), y del Programa de Médicos Comunitarios (Minist. de Salud y Ambiente de la Nación - F. C. M. UNLP). Docente de Salud Pública y de Ciencias Sociales y Medicina (F. C. Médicas. UNLP). Investigador de la problemática de la inmigración Boliviana en La Plata.

Luis Dilio Ferrero

Médico (UNLP) Especialista en Clínica Médica y Especialista en Cardiología. (Colegio de Médicos -Prov. Bs.As.- Distrito 1). Magister en Economía de la Salud y Administración de Organizaciones de Salud (F.C. Económicas, UNLP). Jefe de la Unidad Coronaria Hospital IZCA «Rodolfo Rossi» de La Plata. Docente de Salud Pública (F.C. Médicas. UNLP).

Federico Giachello

Médico (UNLP) Residencia universitaria y Jefatura en Cardiología (Hospital Italiano de La Plata – UNLP). Especialista en Cardiología (Colegio de Médicos D1 y Federación Argentina de Cardiología). Especialista Universitario en Angiografía Diagnóstica y Terapéutica (UBA). Médico Autorizado del Serv. y Cát. libre de Cardiología (Hosp. Italiano de La Plata-UNLP). Cardiólogo de planta del Hospital «Evita Pueblo» (Berazategui). Docente de Salud Pública (F. C. Médicas. UNLP). Miembro del equipo de evaluación de establecimientos asistenciales (CINUS, F.C. Médicas UNLP y CIDCAM).

Luis María Gambarotta

Médico (UNLP) Residencia en Clínica Pediátrica (Hospital IZEAYC «Sor María Ludovica» de La Plata). Licenciado en Medicina y Cirugía (Minist. de Educación y Ciencia, España), Especialista en Pediatría y Puericultura y en Terapia Intensiva (Colegio de Médicos, Pcia. de Bs. As., Distrito I). Especialista en Pediatría (Caja Costarricense de Seguro Social). Médico de planta del Servicio de Terapia Intensiva (Hospital IZEAYC «Sor María Ludovica»). Auditor Médico del IOMA (Pcia. de Bs. As.), de FECLIBA, de la Caja de Abogados-Servicios Asistenciales (Pcia. Bs. As.) y de OSMEBA Salud (Quilmes). Colaborador docente de Medicina Infantil y Docente de Salud Pública (F. C. Médicas. UNLP). Director (provis.) de la Mesa de la Dirección de Servicios Sociales (UNLP).

Jorge Luis Rosotti

Abogado (UNLP). Residencia en Administración de Salud y Seguridad Social (IOMA-Minist. Salud, Pcia. Bs. As.-UNLP). Maestrando en Gerencia de Sistemas y Servicios de Salud (Univ. Favaloro). Ex Director de Gestión Institucional y actual Coordinador del proyecto de Capacitación (IOMA, Pcia. de Bs. As.). Docente de Cs. Sociales y Medicina (F. C. Médicas, UNLP). Docente de la Maestría en Salud Pública (CINUS, F. C. Médicas-UNLP) y del Curso de Capacitación de Administración de OOSS (COSSPRA).

Luis María Sisto

Licenciado en Antropología (UNLP). Maestrando en Planificación y Gestión de Procesos Comunicacionales (F. de Periodismo y Comunicación Social. UNLP). Curso de Postgrado Investigación en Sistemas y Servicios de Salud, y de Planificación Local en Salud. (CINUS, F. C. Médicas. UNLP). Docente de Ciencias Sociales y Medicina (F. C. Médicas.- UNLP). Coordinador de Campo en la República de Rwanda (África) del Programa «Mejora de los Servicios Sanitarios Esenciales para las Personas con VIH SIDA y sus familias en la región de los Grandes Lagos» (septiembre 2006-2007 contrato Associazione Volontari per il Servizio Internazionale -AVSI).

Fernando Rubén Valdivia

Médico Veterinario (UNLP). Maestrando en Administración y Políticas Públicas (UdeSA). Inspector en Bromatología y posterior funcionario (Minist. de Asuntos Agrarios, Prov. de Bs.As.) y del SENASA, sucesivamente. Docente de Salud Pública (F. C. Médicas, UNLP). Docente de la Maestría de Salud Pública (CINUS, F. C. Médicas- UNLP).

Beatriz Marcela Walker

Médica (UBA). Residencia en Medicina General y Supervisora del Área de Humahuaca (Pcia. de Jujuy). Magister en Drogadependencia y Violencia Familiar (Univ. del Salvador). Profesora Adjunta interina de Salud Pública y Docente de Epidemiología (F. C. Médicas., UNLP). Médica APS (US N° 4, Municipalidad de La Plata) Coordinador de Área del Programa de Médicos Comunitarios (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación -F. C. Médicas. UNLP).

Diseño y diagramación

Andrea López Osornio

Corrección general

Alcira Martínez

Graficación

Martín Miguel Mauriño
Juan Francisco Mauriño
Pedro Tomás Mauriño
Juan Pablo González Arzac
Nazarena Ortiz
María Noel Corvino
Natalia Corvino
Benjamin Illarreguy

Corrección previa

Susana N. Barragán de Sisto
Norma Barguilla de Corvino
Luis María Sisto

Colaboración C. INUS

Fernanda Arrondo Constanzo
Romina Bona
Lorena E. Cambeiro
Silvina Matheu
Sebastián R. Urias

Aporte Biblioteca F.C. Médicas (UNLP)

Lilian Urrutia
y colaboradores

Debemos un agradecimiento a todos los precedentes enumerados y muy especial a Martín, Juan Francisco y Pedro Mauriño que dieron continuidad y reformularon todos los capítulos, a Alcira Martínez que hizo una corrección meticulosa y criteriosa en la totalidad del texto, a la Diseñadora Andrea López Osornio y a la Directora de la Editorial de la Universidad Nacional de la Plata Mag. Florencia Saintout que promovió la edición.



DEDICATORIAS

*A Mary, una y otra vez, siempre, porque es la fuente.
A Santiago y Carolina, a Pablo y Yamila, a Mariana, a Ramiro y a Pilar.
A Germán, porque se juega. A Karina, porque acompaña.
A Joaquín, Malena, Ernestina y a los que mañana vengan, en la esperanza
de que encuentren y construyan una Patria mejor para todos.*

H.L. Barragán

*A mi familia, que hizo sencillo lo imposible.
A mis amigos, nodos luminosos en el tiempo y el espacio.
A Diana, constatación diaria del milagro divino.*

A. Moiso

*Al recuerdo de José Luis y Ana Mococho, que hubieran querido
compartir la tarea.*

M. A. Mestorino

*Para aquellos que viven dentro de mi...
a Mónica, a mis hijos Cintia, Sebastián, y Coralia
a mi nieto Santiago, a mis padres, a mis amigos.*

O. A. Ojea

***A las familias y allegados de todos quienes aceptaron nuestro pedido de
asesoramiento, nuestra invitación y de quienes colaboraron en los distin-
tos capítulos.***

***A las familias y allegados de quienes hicieron la edición,
el tipeo, diseño y corrección.***

Los autores

ÍNDICE

PRÓLOGO	17
RECUERDOS DE LA CÁTEDRA DE HIGIENE, MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL.....	19
CAPÍTULO 1 LINEAMENTOS DE LA HISTORIA DE LA ENFERMEDAD Y DE LA MEDICINA OCCIDENTAL.....	21
CAPÍTULO 2 LAS POLÍTICAS DE SALUD INTERNACIONALES	67
CAPÍTULO 3 LOS RITMOS DE LA MEDICINA Y DE LA VIDA.....	77
CAPÍTULO 4 LA SALUD SE INSCRIBE EN EL MARCO DEL DESARROLLO HUMANO	111
CAPÍTULO 5 ENFOQUES SOBRE EL CRECIMIENTO Y EL DESARROLLO	143
CAPÍTULO 6 DETERMINANTES DE LA SALUD	161
CAPÍTULO 7 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EN ARGENTINA	191
CAPÍTULO 8 LA POBREZA	231
CAPÍTULO 9 DESNUTRICIÓN	257
CAPÍTULO 10 ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES: EL DESAFÍO DEL SIGLO XXI	265
CAPÍTULO 11 SITUACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN EL ÁREA METROPOLITANA	291
CAPÍTULO 12 COMPONENTES DE LA SALUD PÚBLICA.....	305
CAPÍTULO 13 LAS VIRTUDES PARA DESARROLLAR LA SALUD PÚBLICA	317
CAPÍTULO 14 LOS COMPONENTES DE LA ATENCIÓN MÉDICA	325
CAPÍTULO 15 EL PROCESO DE LA ATENCIÓN MÉDICA	335

CAPÍTULO 16	
LAS CONDICIONES DE LA ATENCIÓN MÉDICA	343
CAPÍTULO 17	
NECESIDADES, DEMANDA Y OFERTA DE ATENCIÓN MÉDICA	353
CAPÍTULO 18	
EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN ARGENTINA	361
CAPÍTULO 19	
LOS PROYECTOS DE SEGUROS Y SERVICIOS	387
CAPÍTULO 20	
EL PLAN FEDERAL DE SALUD	411
CAPÍTULO 21	
LA PLANIFICACIÓN PARA LA SALUD	419
CAPÍTULO 22	
PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO: CONCEPTOS BÁSICOS Y CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS DE APLICACIÓN	453
CAPÍTULO 23	
EL ESTADO Y LA ATENCIÓN MÉDICA	465
CAPÍTULO 24	
LAS OBRAS SOCIALES Y LA ATENCIÓN MÉDICA	477
CAPÍTULO 25	
EL SUBSECTOR PRIVADO, LAS EMPRESAS DE PREPAGO Y LA ATENCIÓN MÉDICA	505
CAPÍTULO 26	
EFFECTORES DE ATENCIÓN MÉDICA	519
CAPÍTULO 27	
INFORMACIÓN, GESTIÓN Y AUDITORÍA	539
CAPÍTULO 28	
INTRODUCCIÓN A LA GESTIÓN DE EFFECTORES DE ATENCIÓN MÉDICA	565
CAPÍTULO 29	
INTRODUCCIÓN AL FINANCIAMIENTO EN ATENCIÓN MÉDICA	579
CAPÍTULO 30	
INTRODUCCIÓN A LOS RECURSOS HUMANOS EN ATENCIÓN MÉDICA	591
CAPÍTULO 31	
LA ATENCIÓN MÉDICA: EMERGENCIAS PREHOSPITALARIAS	597
CAPÍTULO 32	
RESPONSABILIDAD PROFESIONAL	615
CAPÍTULO 33	
MECANISMOS DE EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA	619
CAPÍTULO 34	
PROMOCIÓN DE LA SALUD Y NUTRICIÓN	631
CAPÍTULO 35	
TODA LA PREVENCIÓN SE DESPLIEGA EN LA TERCERA EDAD	653
CAPÍTULO 36	
LAS VACUNAS	671
CAPÍTULO 37	
PROFILAXIS EN VIAJEROS	677

PRÓLOGO

Este libro fue escrito por una necesidad y una obligación. Los estudiantes de los últimos años de la Facultad de Ciencias Médicas tienen que rastrear en apuntes y notas de clase, muchos de ellos antiguos y escritos con defectos, para aprender Salud Pública con sus temas completos. Lo mismo les ocurre a los graduados que toman cursos de la disciplina como parte de otras especialidades o del doctorado.

Por un lado la red informática ha permitido un acceso inmediato a todos los temas y problemas relacionados con Salud Pública. Sin embargo no están unificados en esa red.

Por otro, hay numerosas obras de valor inestimable, tanto de autores del extranjero como de argentinos, que enfocan la especialidad en forma global y exhaustiva. No podemos dejar de citar la obra pionera del maestro Abraam Sonis y sus colaboradores, las ediciones de los profesores Vicente Mazzáfero y de Jorge Daniel Lemus, así como el libro de Floreal A. Ferrara, Eduardo Acebal y José María Paganini. Las publicaciones editadas por Juan Carlos O´Donnell y Jorge Alberto Mera agregaron su aporte. Ginés González García y sus colaboradores, siguiendo el espíritu rector de Ramón Carrillo, y las de Aldo Neri, el de Arturo Oñativia, plantean una actualización y son imprescindibles. Así también lo son publicaciones sobre temas claves de enjundiosos especialistas, de distintas corrientes y orientaciones. Las citas y consultas bibliográficas están planteadas no sólo como deber legal y académico sino como homenaje a esos autores.

En nuestro caso, hemos seguido un ordenamiento que responde a la programación de la Facultad de Ciencias Médicas de La Plata para la formación en Salud Pública, sin dejar de señalar que es imperativo, para quienes deben profundizar, recurrir a las obras mencionadas.

En Argentina, la Salud Pública como otros servicios esenciales a la comunidad, transita una larga secuencia de dificultades. Desde hace décadas se dice que está fragmentada en extremo y en «crisis», lo que es cierto.

Creemos que una de las razones es el defecto en la doctrina misma, también fragmentada a la que queremos contribuir. Ubicamos la Epidemiología como centro, apoyada en las Ciencias Sociales y las del Ambiente. Consideramos tres grandes instrumentos de servicio comunitario: la Atención Médica, acción conjunta del equipo de salud, el Saneamiento y Control del Medio y la Medicina de la Actividad Humana. Cada uno de estos instrumentos tienen, a su vez, numerosos y complejos componentes.

Se inicia el presente trabajo con un panorama histórico de la Medicina y de las grandes enfermedades. Un capítulo de José María Paganini marca los momentos y tendencias de la segunda mitad del siglo XX. El que le sigue quiere expresar, a través de algunos problemas prevalentes, los ritmos acelerados de la investigación, la educación y la asistencia y los que marcan la vida de las personas comprometidas en su salud.

Siguen dos capítulos sobre Crecimiento Económico y Desarrollo Humano, uno descriptivo de estos marcos en que se inscribe la situación sanitaria de la comunidad, y otro que resume las principales doctrinas al respecto. El planteo está actualizado al año 2004.

Los determinantes de la salud de las personas y las comunidades se desarrollan según las principales perspectivas del pensamiento sanitario. Iniciamos el panorama de la situación argentina con su perfil epidemiológico y seguimos con algunos aspectos críticos: la pobreza, la desnutrición y las enfermedades crónicas. Agregamos un capítulo sobre la situación de salud en el Gran Buenos Aires, el área –a nuestro criterio– más compleja para coordinar líneas de acción tanto en lo que hace a lo asistencial como a lo medioambiental.

Después de trazar los componentes de la Salud Pública y las virtudes cívicas que hacen posible su organización sana, nos centramos en la asistencia directa de las personas y comunidades, la Atención Médica, describimos sus componentes, sus procesos y condiciones para concluir con los niveles de necesidad, demanda y oferta de asistencia.

Presentamos la evolución de la Atención Médica en Argentina en varios capítulos, el último resumiendo al actual Plan Federal de Salud.

Antes de considerar los subsectores y efectores de Atención Médica, dedicamos dos capítulos al Planeamiento. De seguido nos abocamos a los grandes subsectores protagonistas en nuestro medio: el Estado, las Obras Sociales, el Privado, y los seguros de ese carácter

Recién entonces se hace referencia a los diversos tipos y niveles de efectores y de redes, y las bases de su planeamiento con hincapié en la información, como sistema de comunicación, los registros y clasificaciones que permiten iniciarla.

Dedicamos un capítulo, escrito por Daniel César Corsiglia, a la asistencia de las emergencias y las urgencias. Hemos hecho tres introducciones a la gestión, la financiación y los recursos humanos, los que deben ser completados en otra instancia, prevista. Tratamos los distintos tipos de evaluación de la Atención Médica.

Mario Alberto Irazusta nos aporta un enfoque sobre la responsabilidad profesional y la litigiosidad indebida que tanto afecta las relaciones dentro del sector y amenaza su propio funcionamiento.

Finalmente, en esta primera parte, presentamos dos aspectos de la Promoción de la Salud, una genérica, la Nutrición, y otra respecto a una etapa del ciclo vital, el envejecimiento. Cierra esta primer parte, Silvia González Ayala con sendos modelos de protección de la Salud: las vacunas y la profilaxis en viajeros.

Debemos completar temas aquí planteados como introductorios, y agregar un enfoque general sobre la Investigación y la Educación en Salud así como el acceso a las tecnologías y medicamentos.

Nos resta una segunda parte que los incluya y además incorpore el enfoque Ecológico junto al Saneamiento y Control del Medio físico y social y lo que llamamos, según una tradición, la Medicina de la Actividad Humana: del Trabajo y de la Escuela, del Deporte y de la Recreación.

Si bien la bibliografía es amplia nos queda referir numerosos trabajos extranjeros y argentinos, autores de diversas posiciones que valoramos y a quienes estamos obligados a recurrir.

Este es un trabajo de equipo, tanto en lo que hace a contenidos, como a presentación. Nombramos a quienes participaron en ambos aspectos como reconocimiento y les agradecemos profundamente. Sin cada uno de ellos no hubiéramos podido emprender la tarea y mucho menos concluirla.

Aunque con numerosos defectos y seguramente errores, incluso con algunos capítulos sobrecargados, quienes lo lean tendrán la generosidad de sobrellevarlos e indicárnoslos para su oportuna corrección. Debe tenerse en cuenta que la elaboración ha sido prolongada y en los capítulos que afrontan temas de particular dinámica (vg. Crecimiento económico y Desarrollo humano) los datos y algunas conclusiones han evolucionado. Con esta salvedad, nos atrevemos a dedicar el esfuerzo a quienes nos respaldaron a lo largo de la vida sin pasar por alto un breve recuerdo de quienes condujeron la Cátedra de Higiene, Medicina Preventiva y Social de nuestra Facultad antes que nosotros.

El perfil epidemiológico de una comunidad exige una respuesta organizada y coordinada con esa misma comunidad. Esta respuesta ubica a la Salud Pública en el campo político, entendido como el ejercicio del poder al servicio del bien común. El acelerado progreso de la ciencia y tecnología la ubican también en el campo económico. Las instituciones que tienen a su cargo la respuesta, en todos los niveles y subsectores, asumen la responsabilidad de brindar prestaciones con calidad y eficiencia.

Finalmente la equidad los debe impulsar a buscar necesidades de Salud de las comunidades y personas, más allá de atender la demanda espontánea y asegurar que todas ellas, en forma independiente de su condición social o económica y de su cobertura formal, tengan acceso a las prestaciones integrales que requieren.

Este es un problema caro al pensamiento de José María Paganini, problema crítico que él ha puesto en los primeros planos de la Salud Pública desde su regreso a Argentina, regreso que no ha sido aún valorado con plenitud. La experiencia que José María acumuló en sus largos años de representante en diversos países, alto funcionario de la Organización Panamericana de la Salud y a lo ancho de todo el mundo, sus trabajos y sus libros, vinieron a refloreecer en la Facultad de Ciencias Médicas de La Plata, en el Centro Interinstitucional Universitario para la Salud (CINUS)- que dirige- y otras instituciones, como una avanzada hacia la calidad y equidad de la Atención Médica. Debo a su presencia, a su incansable labor y a su enseñanza sanitaria un especial y amigable reconocimiento.

La Plata, septiembre de 2006.

Horacio Luis Barragán

RECUERDOS DE LA CÁTEDRA DE HIGIENE, MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL

La cátedra que hoy se llama Salud Pública y otrora Higiene, Medicina Preventiva y Social, tuvo una trayectoria difícil y conflictiva por la naturaleza de su contenido, de alta implicancia política.

No conocí, por razones generacionales, a los primeros Profesores Doctores Píldes O. Dezeo y Carlos V. Carreño que la tradición señala como figuras de gran jerarquía personal y académica.

Me inicié cuando conducía la Cátedra, con un alto criterio de ordenamiento y seriedad académica, el Profesor Doctor Julio César Loza Colomer, a cuya memoria dedico un respetuoso recuerdo.

Era su adjunto el Profesor Doctor Floreal Antonio Ferrara, con quién mantuve y mantengo disímiles enfoques, no obstante lo cual apadrinó mi tesis doctoral con respetuosos aportes.

Transcurrí mi carrera posterior bajo la dirección de los Profesores Titulares Doctores Luis Amado, cuya bondad y dedicación impulsan hoy mi homenaje a su querido recuerdo, y Juan Carlos Álvarez Gélves, cuya integridad de profesional, docente y de caballero, motivaron siempre mi admiración y agradecimiento. Trabajamos juntos con Vicente Tedeschi, profesor adjunto, profesional y docente de decisión e impulso, y con Myrtha A. Escudero, posteriormente Profesora Titular, a quién la vida truncó su conducción y de quién mantengo un afectuoso recuerdo.

Después de alternativas complejas se hizo cargo de la Cátedra la Profesora Doctora María de los Ángeles Mestorino, entrañable amiga, experimentada sanitarista y docente, médica de hospital y consultorio, criteriosa y dedicada. Hoy colabora en este trabajo.

El Profesor Álvarez Gélves ha hecho una cronología detallada de la historia de la cátedra, de la que me valgo y a quien agradezco por su amistad, para citar a estos docentes y recordar a tantos otros.

La Plata, septiembre de 2006

H. L. Barragán

LINEAMENTOS DE LA HISTORIA DE LA ENFERMEDAD Y DE LA MEDICINA OCCIDENTAL

Horacio Luis Barragán

1.- La historia contribuye al conocimiento de la medicina*

“El estudio de la historia no es un lujo. La historia es una de las fuerzas propulsoras más potentes de nuestra vida. A diferencia de los animales, somos concientes del pasado y el cuadro de nuestra historia que llevamos en nuestro espíritu determina nuestras acciones en una medida considerable, tengamos o no conciencia de ello.”

(H. Sigerist, 1943)

La visión de la evolución histórica es una de las vías de acceso al saber sobre la Medicina. Se trata de una perspectiva de la Medicina:

- que valora el presente como superación del pasado. Los logros de hoy se sustentan en los de ayer.
- que supera la visión estrecha del descubridor. El descubridor de algo nuevo tiende a pensar que su descubrimiento es fruto y germen monocausal (Tau L. A., 2005).
- que reconoce la paradoja de su poder y su impotencia. Hay una aparente contradicción entre las posibilidades terapéuticas de la Medicina y sus limitaciones.

Cada etapa y cada momento deja su aporte y su mensaje.

Sin embargo las formas de interpretación del pasado, respecto de la enfermedad y la salud, subsisten en determinadas subculturas o circunstancias actuales (vg. interpretaciones mágicas, concepto de enfermedad-pecado).

La visión histórica de la Medicina es tributaria de una cultura y no puede prescindir de una concepción de la Historia.

El enfoque de este capítulo, escrito por un médico, es fruto de una elaboración personal y de su visión sobre el mundo, la historia y Dios como providencia misteriosa y por consecuencia real (Tau L. A., 1994, 2005).

A diferencia de las culturas antiguas, la judeo-cristiana concibió al hombre como **“imago Dei”** y a la humanidad con un origen y un destino común a lo largo de una evolución lineal, en una historia de la Salvación (Kahler, 1946:143). La cultura judeocristiana considera al hombre como persona con alma inmortal, con una vida trascendente a la muerte y concibe a la historia como obra de la acción humana libre con la intervención de la providencia de Dios.

Aunque condicionado, el cambio histórico, no se debe a una sola sino a diversas causas que varían en cada coyuntura temporal (Tau, 1994, 2005).

* Se agradece el asesoramiento histórico del Dr. Luis Angel Tau.

Se intentará describir en grandes líneas el camino recorrido por la Medicina –su saber y sus servicios– a través del tiempo para reflexionar sobre su presente y su futuro.

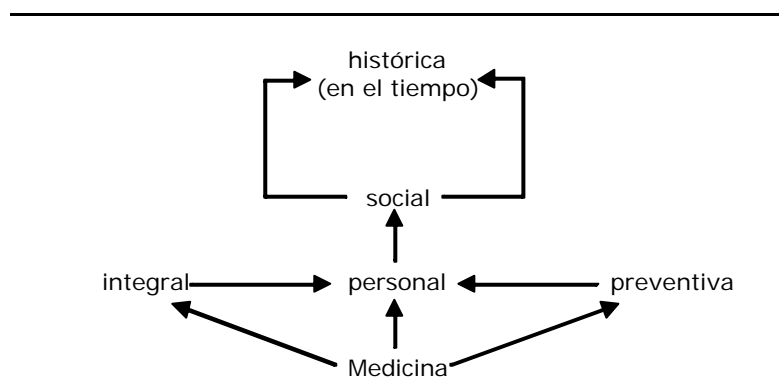
2.- La historia puede considerarse en diferentes perspectivas

“La historia es un recuerdo de lo que fue al servicio de la esperanza de lo que acaso sea.”
(Lain Entralgo, 1964)

En el marco de la visión apuntada, se concibe una Medicina que en su trayecto fue configurándose como:

- **histórica:** se inserta en el transcurso de los acontecimientos humanos a través del decurso temporal.
- **social:** forma parte de la trama y de la vida de la sociedad.
- **personalista:** mira al hombre como persona en todas sus dimensiones: biológica, psíquica y social.
- **integral:** no se limita a la curación porque sabe que no todas las enfermedades son curables pero todos los enfermos son “cuidables”, aún los moribundos.
- **preventiva:** todo acto médico es preventivo, desde el control de riesgos o comienzo de enfermedad, de su progreso o complicación, de incapacidad o muerte, de soledad o desesperación [Cuadro 2.a].

Medicina e Historia



Cuadro 2.a

La evolución de la Medicina refiere, entre otros aspectos, la trayectoria histórica de sus protagonistas: médicos y miembros de equipos de salud, personas singulares según las etapas y las culturas.

La Medicina sufrió críticas que se plasmaron en obras clásicas, como las Comedias de Aristófanes en Grecia (s. V a.C), y las de Molière en Francia (s. XVII). Tales críticas, justas o injustas, continuaron hasta la actualidad. Sin embargo no afectan la consideración social que el saber médico alcanzó en el rango de las ciencias, y la apreciación cultural que su ejercicio merece como actitud y oficio de servir al enfermo (Tau, 1994, 2005).

Los médicos naturalistas desde Hipócrates, supieron de sus limitaciones. Probablemente por eso su prioridad era conservar la salud a través de dietas, gimnasia, normas de higiene y estilos de vida. Por eso también sus pacientes eran de clases acomodadas. Más amplia era la clientela de los barberos-cirujanos por sus habilidades traumatológicas. Cuando sobrevenía una epidemia también

eran precarios los auxilios que podían ofrecer por el desconocimiento patogénico. Cuando la peste arrasaba París (1345) el rey de Francia consultó a los doctores de la Sorbona y respondieron que ella se debía a una conjunción de planetas que había generado los miasmas de la enfermedad (Watts, 2000:34). A partir de una concepción equívoca los médicos resultaban ineptos para curar en estas circunstancias.

En los últimos años la Medicina ha sido blanco de críticas despiadadas por parte de una corriente de antimedicina encabezada por Ivan Illich (Cfr. *Nemesis Medicae* L"expropiación de la santé. Seuil, París, 1975).

A pesar de ello la Medicina en su evolución y como oficio social se funda en una actitud y oficio solidarios con la persona y la comunidad: ha tendido a elevar el rango del enfermo y el nivel de la cultura.

Es cierto que el logro de su saber actual le costó etapas con muchos errores y pocos aciertos y hasta desvaríos que se disimularon, entre otros factores, porque la población no tenía mayores expectativas en ella.

Desde el siglo XIX se produjo una creciente medicalización de la enfermedad y otros fenómenos como la salud y la vida misma. Recién la sociedad valoró en plenitud la Medicina a principios del siglo XX, y progresivamente en su transcurso.

3.- La actitud médica nace como solidaridad

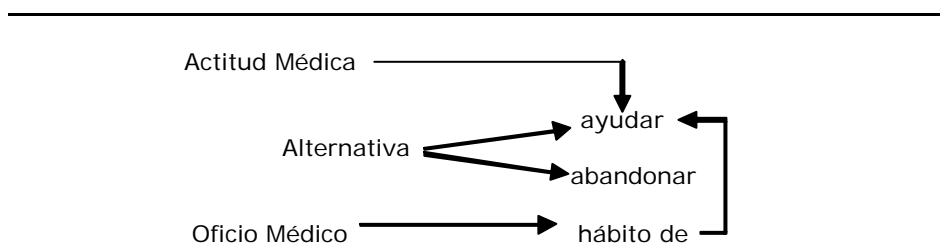
Se tomarán como puntos de partida de la evolución de la Medicina:

- La enfermedad es "**compañera indivisible de la vida**" (Castiglioni, 1941).
- Donde hay vida, hay posibilidad y concreción de enfermedad.
- La Medicina nace frente a la enfermedad humana como expresión de solidaridad.
- Nace como actitud: frente a un enfermo o herido hay dos posibilidades:

- **ayudarlo**
- **abandonarlo**

La **actitud médica** (Lain Entralgo, 1964) es la de quién ante un enfermo o un herido se decide por la ayuda y rechaza la tentación del abandono [Cuadro 3.a].

Actitud y Oficio Médico



Cuadro 3.a

Ayudarlo no quiere decir aplicar medios técnicos o científicos, ni quiere decir curarlo. La ayuda comienza en el **consuelo** (compartir la soledad) y la **compasión** (compartir el padecimiento, aflicción o dolor) y en todos los casos implica un **compromiso**.

Los pueblos y la enfermedad

En el período de formación de la medicina se desconocían las enfermedades y con el desarrollo de la misma se les fue poniendo nombre con el diagnóstico. Tuvo que elaborar la patogenia para superar los tratamientos empíricos. Muchas enfermedades acechaban a pueblos sobre los que descargaban epidemias mortíferas, sembraban miedo y terror, desorganizaban sociedades y familias y cambiaban el curso de los fenómenos históricos.

Dice Mc Neill: "Este libro (Plagas y pueblos) se propone colocar la historia de la enfermedad infecciosa dentro del reino de la explicación histórica, mostrando cómo los diversos esquemas de circulación de la enfermedad han afectado la marcha de los asuntos humanos, tanto en la edad antigua como moderna" (Mc Neill, 1984).

Entre "los decisivos encuentros entre el hombre y la enfermedad" explica cómo los aztecas, diezmados por la viruela, no pudieron perseguir a los españoles de Hernán Cortés derrotados (Tenochtitlan, 1520).

El largo contacto del hombre con algunos microparásitos puede generar inmunidad o mutua adaptación.

El encuentro del hombre con el **Plasmodium falciparum** fue tardío y siendo el mosquito Anopheles un vector resistente al parásito, generó la forma más grave de paludismo (Mc Neill, 1984).

Las enfermedades infecciosas durante milenios fueron enigmas cuyo carácter disimularon explicaciones vanas, porque no hace más de dos siglos que los microbios pudieron verse.

Poco después que Haití declarara su independendia, un ejército francés desembarcó para recuperar la isla pero fue diezmado por la fiebre amarilla (Mc Neill, 1984:270).

El proyecto francés del canal de Panamá fracasó en la década de 1880, por la letalidad de los trabajadores contagiados de fiebre amarilla y paludismo. El canal se inició en 1901, cuando los norteamericanos sanearon la zona, corroborada ya la teoría de Finlay.

La plaga más grave, ubicua y actual que afectó y afecta a la humanidad es la hambruna, a la que no se referirá en este capítulo sino precediendo o sucediendo a las epidemias.

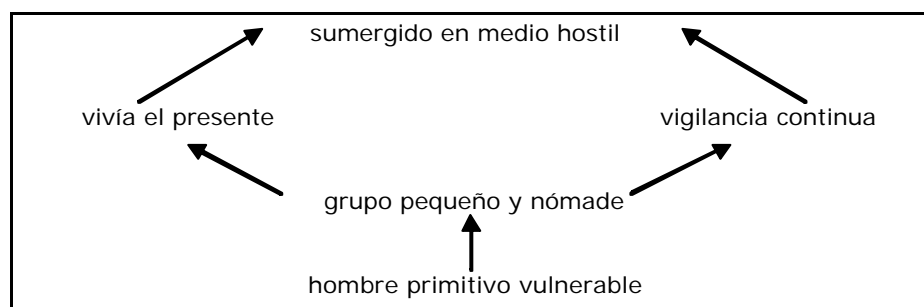
Recuadro 1

4.- El hombre primitivo enfrentó un medio hostil

Organizado en pequeñas bandas trashumantes nuestros primeros congéneres vivían a la intemperie, en "un presente avasallador" y en vigilancia perpetua frente a un medio agreste y hostil (Kahler, 1946). En la sola perspectiva de la naturaleza y el tiempo presente y con pocos mecanismos de defensa, eran altamente vulnerables a todas las agresiones.

Los grupos eran de pocas personas y vivían aislados entre sí. La conciencia humana no alcanzaba a discernir la multiplicidad de fuerzas que generaban bienes y males. El estado de vigilancia permanente no alcanzaba a satisfacer su sentimiento de seguridad y el temor presidía la vida grupal (Kahler, 1946:35 y ss) [Cuadro 4.a].

Hombre prehistórico



Cuadro 4.a

La participación en la vida de los animales y las plantas, era grupal y generaba una solidaridad grupal. El individuo transcurría su vida propia como parte de la especie y del grupo. La división del trabajo era función del sexo y la edad. Las responsabilidades y culpas eran colectivas (Kahler, 1946:32).

Aquella solidaridad, limitada al grupo, enraizaba en que el mismo estaba formado no sólo por los vivos sino también por los muertos. De la vivencia de un absoluto presente, el hombre del paleolítico se abrió a la percepción del pasado invadido también por las fuerzas visibles e invisibles que surgían de la naturaleza. La muerte no implicaba un límite, los muertos en general, desde la tumba, se reencarnaban o marchaban a otro lugar donde sobrevivían. Esta visión llevó al cuidado de los muertos, que no estaba exento de temor (Tau, 2005).

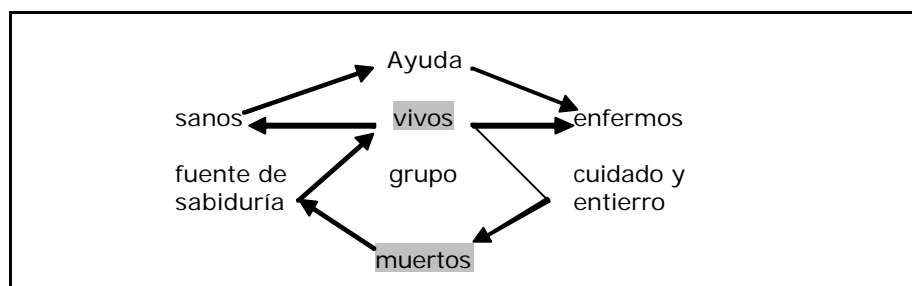
En la veneración de los antepasados, sobre cuyas tumbas se celebraban ritos como formas primigenias de altares, también se veneraban cosas de la naturaleza, plantas o animales, que simbolizaban el origen de cada clan, denominados los tótems (Kahler, 1946:47).

No siempre se cuidaba al enfermo o al moribundo, muchas veces se le abandonaba o se adelantaba el desenlace (Tau, 2005)¹.

Sin embargo hay rastros en la Prehistoria de que el homínido de la especie Neanderthal (entre 150.000 y 40.000 años a.C.) tendía a cuidar a sus enfermos: decisión por la ayuda.

Parece haber habido dos fenómenos culturales en esa antigüedad que expresan valores: el cuidado de los enfermos y el entierro de los muertos, este último como rito purificador del cadáver como tabú (Childe, 1964:21)² [Cuadro 4.b].

Grupos prehistóricos



Cuadro 4.b

El hallazgo de cráneos sin dientes, con signos de sobrevivir a pesar de no preservarlos, indica que ya daban de comer a los desdentados.

La ayuda se limitaría a procedimientos empíricos, instintivos o imitativos de los animales.

El entierro de los muertos, por su parte, se relaciona con el animismo y el temor a supuestos daños que podían producir sus espíritus “vagando”. Era una solidaridad limitada a ciertos miembros del grupo y estaba contaminada con aquel temor (Tau, 2005).

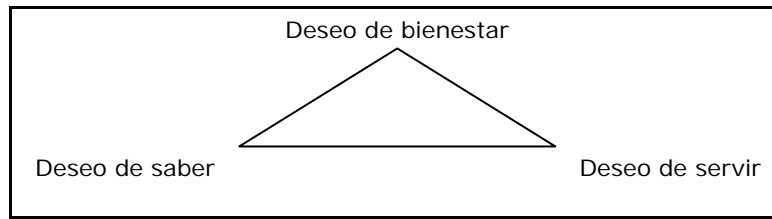
La Actitud Médica es el punto de partida de lo que se denominará deseo de servir y que se presenta como una de las **líneas-fuerza** en la evolución de la Medicina.

La Medicina nace porque hay valores en el corazón del hombre que le impulsan a servir a los enfermos y a los heridos [Cuadro 4.c].

1 Grupos étnicos arcaicos, estudiados por los antropólogos en los siglos XIX y XX, abandonaban a sus enfermos. Tales los kubu de Sumatra, los záparos de Nueva Caledonia y los esquimales. En el mundo moderno hay formas sutiles del abandono mas graves aún porque ya se consolidó la noción de persona, desconocida en algunos grupos arcaicos.

2 Recuérdese el drama de Antígona que desafía la orden del tirano Creonte, para enterrar el cadáver insepulto de su hermano Polinice. La obra de Sófocles (441 a.C.) presentó una figura que inspiró a grandes dramaturgos (vg. Racine, Cocteau, Anouilh, Brecht). En la literatura argentina Leopoldo Marechal escribió “Antígona Vélez”.

Líneas-Fuerza de la Medicina



Cuadro 4.c

5.- El oficio médico nació en la Revolución Neolítica

La alimentación en las culturas paleolíticas se obtenía de la caza, la pesca y la recolección de frutos. Esta dependencia del medio y del clima, mantenía hartos reducidos los grupos humanos, la hambruna producía alta mortalidad.

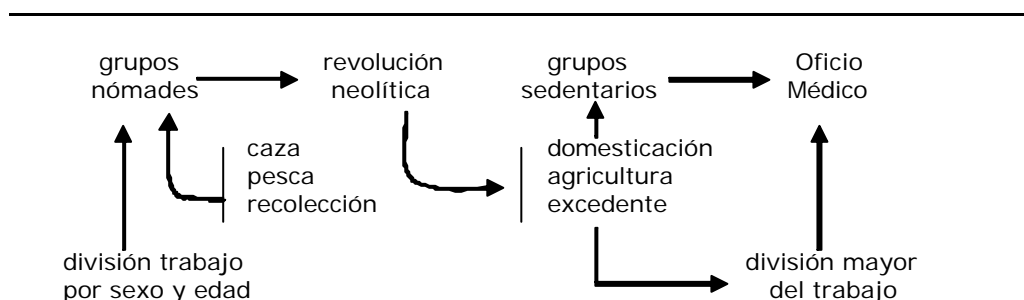
La **Revolución Neolítica**, entre 6.000 y 12.000 años de antigüedad, permitió producir alimentos por la labranza y la domesticación de animales. Se logró tener excedentes alimentarios y almacenarlos y llevó a una creciente división del trabajo. Ya no todos tenían que proveer alimentos y se formaron gobiernos, burocracias y artesanías. Los grupos se hicieron sedentarios, arraigados al suelo, nació la aldea y con ella la organización de la vida común (Romero, J.L., 1971:7).

Los grupos humanos se hicieron más numerosos, convivieron en núcleos cada vez mayores y se concentraron los enfermos.

La misma comunidad reconoció a figuras que, en la división del trabajo, se ocupaban de cuidar a los enfermos. Al principio puede que la mujer y los ancianos cuidaran a los enfermos de la familia y del grupo.

A medida que la concentración de enfermos era mayor y sus expectativas de cuidado más grandes, se definió una división del trabajo, y los brujos y hechiceros se ocupaban de ellos. Fue una primera forma de oficio médico [Cuadro 5.a].

Oficios y división del trabajo. Raíces del oficio médico.



Cuadro 5.a

El oficio médico era el de quién, tenía por misión y hábito cuidar a los enfermos. Su rol era decidirse por la ayuda y rechazar la tentación del abandono.

Este oficio buscó una ayuda más integral que el consuelo y la compasión. Usó procedimientos instintivos o empíricos, y mágicos o sacerdotales, para cuidar de los enfermos. Después intentó interpretar la causa y el proceso de las enfermedades.

En el oficio médico se gestó una primera semilla de lo que se llamará aspiración o deseo de saber y que se presenta como una segunda **línea-fuerza** en la evolución de la Medicina.

Estas líneas-fuerza, deseo de servir y deseo de saber, se centran en la ayuda como actitud o por oficio. El deseo de bienestar, tercera **línea-fuerza**, surge del reclamo de la comunidad por su salud y la de sus enfermos.

Los hombres del Paleolítico y del Neolítico dejaron marcas de sus enfermedades

Quedan rastros de que el **Pitecántropo**, hombre de Java, usaba el fuego (Sendrail, 1983:25) hace 700.000 años (Hoebel, 1961:25). En restos de hombres fósiles, que comían carne cruda, no se encontraron signos de caries ni de raquitismo, relación considerada causal (Sendrail, 1983:11). En cambio sus huesos presentaban signos de reumatismo. Los rastros de traumatismos y violencias son abundantes en el hombre prehistórico. Los neanderthalenses exhiben osteofitos de artrosis vertebral y coxartrosis, relacionadas con la posición encorvada de la marcha. La carne cocida le producía caries y desdentamiento por piorrea alveolar.

Los grupos humanos sedentarios en una región, aumentaban su número. Los cazadores y recolectores peregrinaban en busca de alimentos y dejaban sus residuos en lugares abandonados. En los poblados sedentarios, en que la acumulación de excretas permanecía con sus productores, es donde aparecieron las primeras enfermedades infecciosas (Diamond, 1998:235).

El uso del fuego para la cocción de los alimentos mejoró las condiciones de alimentación pero se perdieron con ella algunas vitaminas y micronutrientes. Se hicieron más frecuentes el raquitismo, el escorbuto y las caries (Sendrail, 26:31).

La densidad de población creció en las aldeas dando oportunidad a la expansión de la tuberculosis: se encontraron columnas vertebrales aquejadas de **mal de Pott**.

La trepanación craneal con sobrevida, de acuerdo a las cicatrices, es referida a distintos pueblos prehistóricos y antiguos. Una de las hipótesis es su aplicación a enfermedades mentales según la concepción de que el orificio permitiría salir a los malos espíritus (Sendrail, 1983:32).

Las enfermedades encontradas en restos fósiles humanos o animales generaron una ciencia, la Paleopatología, así llamada por Marc Armand y Ruffer.

Recuadro 2

6.- El oficio médico generó interpretaciones patogénicas.

Quienes asumieron el oficio médico no sólo buscaron un cuidado más integral en procedimientos, sino también una interpretación de la causa y proceso de la enfermedad.

Esta interpretación transitó etapas que pueden ser las siguientes:

- **Interpretación EMPÍRICA:** se limita a las “enfermedades externas” o traumatismos, su causa es la penetración o el choque con un cuerpo extraño visible (vg. flecha, piedra, caída)
- **Interpretación ANIMISTA:** el cuerpo extraño visible no permite explicar las “enfermedades internas” y probablemente allí nazca la relación causal con el cuerpo extraño invisible, algo como un principio vital independiente de los cuerpos, anímico. Esta acción anímica sólo puede inscribirse en una concepción de convivencia e interacción de dos mundos superpuestos: uno visible natural, uno invisible o extranatural.
- **Interpretación MÁGICA:** la magia tanto antigua como actual, es un intento instrumental de dominar potencias ocultas. Tiene una elaboración simbólica mayor que el animismo. No se resigna a las limitaciones y, sin procedimiento discursivo, encuentra “un atajo entre el conocimiento y el poder” (Mumford, 1971:54). Renuncia a la interpretación de

la enfermedad por causas inmediatas y apela a las causas mediatas provenientes de aquellas potencias que generan males a las personas o grupos³. El **mito** “no es únicamente una narración que se cuente sino una realidad que se vive”. “No es un hecho aislado de la cultura sino que la conforma en su totalidad” (Malinowsky, 1974:14). El **rito** actualizaba el mito, lo expresaba dramáticamente como afirmación de ciertos ordenamientos sociales o cósmicos. El rito mágico sobre el enfermo responde al mito sobre el origen de la enfermedad (Barfield, 2000:451).

- **Interpretación SACERDOTAL:** numerosas religiones antiguas concebían un mundo sobrenatural de dioses que interactuaban con el mundo de los hombres, que dictaban ciertas normas y preveían sanciones por su violación. Estas sanciones se interpretaban como causa principal de las enfermedades (enfermedad-pecado). En una religión politeísta suele haber dioses buenos y dioses malos. La religión es la afirmación de la creencia en dioses o en un Dios único con quien es posible relacionarse. Intenta ser una respuesta a las “preguntas últimas” sobre el sentido de la vida y de la muerte.

Cada interpretación generaba sus procedimientos médicos que enriquecían los instintivos y empíricos:

- la empírica se centraba en la **enfermedad** o la herida y usaba procedimientos instintivos o empíricos.
- la animista y la mágica, se centraban en la figura del **hechicero**, supuesto poseedor de poderes misteriosos frente al proceso misterioso de la enfermedad.
- la sacerdotal, se centraba –aunque negativamente– en la figura del **enfermo**, protagonista o poseído de la causa de su enfermedad (pecado o falta) ya que relaciona enfermedad y pecado.

Asimismo de cada interpretación nacían:

- procedimientos prácticos, en la empírica.
- ritos de extracción de supuestos elementos anímicos, o de retorno del alma escapada del cuerpo y amuletos preventivos, en la mágica.
- exorcismos, sacrificios, penitencias, ofrendas y oraciones, en la sacerdotal [Cuadro 6.a].

Interpretaciones antiguas

<p>INTERPRETACIÓN EMPÍRICA: DESTACA LA ENFERMEDAD INTERPRETACIÓN ANIMISTA Y MÁGICA: DESTACA LA FIGURA DEL HECHICERO INTERPRETACIÓN SACERDOTAL: DESTACA LA FIGURA DEL ENFERMO-PECADOR</p>
--

Cuadro 6.a

Estas interpretaciones que tuvieron vigencia en culturas antiguas, influyen aún en el inconsciente personal y colectivo, especialmente en situaciones críticas (vg. sentimiento de culpa frente a enfermedades de la descendencia).

Por otra parte esas interpretaciones y sus procedimientos tuvieron alguna eficacia, cuidaron y seguramente curaron enfermos y, en general, sus oficiantes fueron respetados.

³ El antropólogo E. Evans Pritchard hizo estudios de campo entre los azande, pueblo de Sudán, que concebía a la muerte como efecto mágico de los brujos. Con motivo del aplastamiento de un hombre que estaba en un granero que se derrumbó, el grupo atribuyó la muerte a un brujo. El antropólogo adujo que el granero se había derrumbado porque sus pilares estaban podridos (causa inmediata), lo que estaba a la vista. Los azande insistieron en el brujo (causa mediata) porque sino ¿por qué se derrumbó cuando estaba a dentro ese hombre y no otro? Parecen responder, con su concepción mágica, a las cuestiones causales últimas (Barfield, 2000:325).

7.- La Medicina Mesopotámica y Egipcia reunieron los primeros saberes

Las grandes culturas del Medio Oriente desarrollaron poderosos imperios desde alrededor del IV milenio a.C., asentados en los valles de la Mesopotamia y el Nilo.

Los antiguos totems fueron elevados a dioses y configuraron los panteones politeístas. Así, las religiones tribales se convirtieron en religiones que trazaban cosmogonías sobre el origen del hombre y le definían un destino según leyes aplicadas por sus sacerdotes.

El hombre quedó claramente diferenciado del resto de la naturaleza y de los dioses, y la vida social ordenada según ritos y leyes. El rey “sagrado” fue una primera concepción de la individualidad aunque sólo limitada a él (Kahler, 1946).

En la **Mesopotamia asiática** las civilizaciones se sucedieron durante 5 milenios (Kinder H. y Hilgemann, 1980:27)⁴.

La **civilización babilónica** tuvo un rey recordado, **Hammurabi**. Su código, basado en la ley del talión –una forma de limitar la venganza (Tau, 2005)– (circa 1700 a.C.) tenía por objeto “disciplinar a los libertinos y a los malos e impedir que el fuerte oprima al débil” (Aimard y Auboyer, 1971:164). Dictó normas de salud, honorarios médicos y castigos por falta de responsabilidad profesional en las prácticas quirúrgicas.

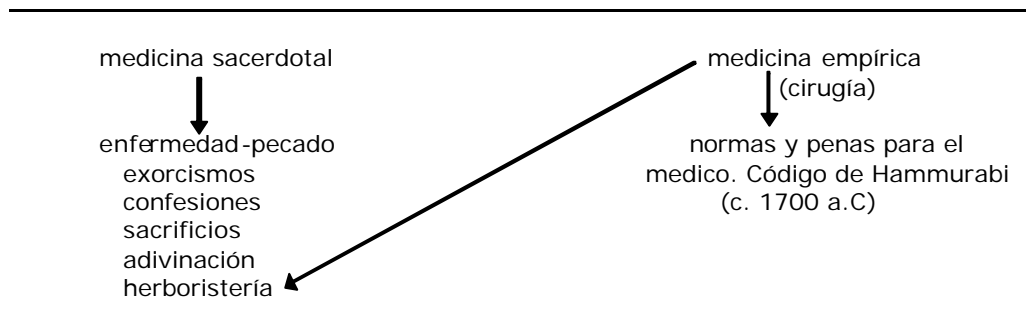
En las civilizaciones semitas había en la enfermedad una suerte de individualización del enfermo que generaba, por el pecado, su propia dolencia. Para los asirios la palabra “shertu” nombraba por igual a ambos: enfermedad y pecado.

Los procedimientos terapéuticos se entrelazaban entre confesiones y adivinaciones. Las primeras surgían de interrogatorios: “Has excitado al padre contra el hijo... dicho sí por no... usado falsas balanzas...”.

La adivinación y el exorcismo, las plegarias y sacrificios de animales ante la enfermedad hacían de la medicina una actividad sacerdotal.

Los sacerdotes médicos se educaban en escuelas de los templos y los había de diversas jerarquías. Recurrían a la adivinación sobre hígados de animales sacrificados (hepatoscopia), a la astrología para precisar las dosificaciones y a una amplia herboristería acompañada de plegarias [Cuadro 7.a].

La medicina babilónica



Cuadro 7.a

4 La sumeria tuvo las primeras ciudades-estado. Controlaron las inundaciones aprovechándolas para el riego (Romero, 1971:12). Usaron ladrillos cocidos para construcciones. Iniciaron la escritura cuneiforme (IV milenio a.C.). Pueblos semitas vecinos los invadieron y fundaron el imperio Acadio (III milenio a.C.). Alrededor del 1100 a.C. los asirios conquistaron la Mesopotamia y construyeron ciudades provistas de acueductos. La biblioteca de Nínive (circa 640 a.C.) contenía obras médicas (Aymard y Auboyer AÑO:206). Los caldeos, en el siglo VII a.C., fundaron el imperio neobabilónico. En el siglo VI a.C. los persas dominaron la Mesopotamia. Al cruzar a Europa fueron detenidos por la coalición de las ciudades griegas (Guerras Médicas) y en el siglo IV fueron conquistados a su vez por el macedonio Alejandro Magno.

La **civilización egipcia** duró alrededor de 3.500 años. La religión era politeísta y arcaizante, miraban el pasado y se fortalecían en el culto de los muertos sobrevivientes en otra vida. Erigieron pirámides y monumentos funerarios para honrarlos⁵.

Imhotep, Gran Visir del faraón Zozer (2600 a.C.) era a la vez arquitecto y médico (Haggard, 1962:54). Como tal escribía proverbios sanitarios y cuidaba enfermos.

Los templos construidos en honor de **Imhotep** oficiaban de hospitales y acumulaban enseñanzas. En Memphis aprendió Hipócrates esas enseñanzas. El clima seco permitió conservar su historia, sus momias y sus costumbres registradas en papiros con escritura jeroglífica.

El papiro médico más antiguo es el Kahun. En el papiro descubierto por el arqueólogo **Edwin Smith**, (siglo XVII a.C.) se describían casi 50 casos quirúrgicos y su tratamiento. El de **George Ebers** (siglo XVI a.C.) enumera tratamientos medicamentosos e incluye encantamientos mágicos⁶.

Sin embargo anotan ciertas precisiones anatómicas y elucubraciones fisiológicas. Dicen que por el pulso “el corazón habla por los vasos a todos los miembros”. Asimismo en patología esbozan elementos asimilables a la posterior teoría humoral de Hipócrates (Lain Entralgo P., 1978:19).

En el antiguo Egipto había médicos de diversas jerarquías, en su mayoría especializados. Aprendían en los templos, envuelta la enseñanza en un carácter esotérico (Sendrail, 1983:77). Evitaban tratar a los enfermos que consideraban incurables, como harían también los médicos de la Antigua Grecia (Lyons y Petrucelli, 1980:382). Usaban un nutrido arsenal de hierbas y medicamentos administrados por diversas vías, junto a plegarias contaminadas de magia. Sin embargo eran buenos observadores y hacían exámenes cuidadosos. Algunas enfermedades se prevenían con normas de higiene y vida sana.

El proceso de embalsamar los cadáveres era acto religioso y técnica refinada. Sin embargo no parece haber hecho aportes importantes a la anatomía y a la medicina (Haggard, 1962:53).

En restos de viviendas de la clase rica se encontraron instalaciones sanitarias de reserva de agua y eliminación de excretas. Todas las clases seguían normas de higiene personal y pública (Lyons y Petrucelli, 1980:391) [Cuadro 7b].

La medicina egipcia



Cuadro 7.b

5 En Egipto se confrontaron dos religiones: la de Osiris, dios de carácter terrestre y de ultratumba, extendida en las clases populares, y la del dios-sol, Ra, que redimía a sus fieles de la muerte y los elevaba vivos al cielo, extendida en la clase gobernante (Tau, 1994:16). Bajo una monarquía unificada en el faraón, considerado hijo del dios solar Ra, y una administración eficiente, se consolidó el imperio sobre el dominio de las aguas del Nilo y de las tierras que se extendían en una meseta de fácil defensa. La era de los imperios se inició alrededor del 2850 a.C. A partir del 2650 se construyeron los hipogeos, mastabas y pirámides destinadas a los muertos. Siguió guerras civiles e invasiones hasta que se configuró el Imperio Nuevo. Egipto fue dominado por los asirios en el siglo VII, los persas en el siglo VI, Alejandro Magno y sus sucesores en el siglo III, y por los Romanos en el año 30 a.C. Desde el panteón de sus dioses, que aseguraban la vida ultraterrena, provenían los bienes y también los males como la enfermedad. Se distribuían entre ellos las funciones de la salud, por un lado, y las causas de las enfermedades por otro.

6 Los papiros Hears, el de Londres, el de Berlín, y el de Chester Beatty, más recientes, enfocan el tratamiento de diversas enfermedades.

Los enfermos en los imperios de Medio Oriente

*“Conocer es, en primer lugar, nombrar”
M. Sendrail, 1983:41*

El diagnóstico del **médico babilónico** a la cabecera del enfermo era pronunciar el nombre del dios o del demonio que producía el mal: “es de la mano de Istar” o “de la mano de Asmas” y sucesivamente, o afirmar: “no hay golpe” (sobrenatural).

Las enfermedades se agrupaban conforme al síndrome. Así, la “mala tos” y el “mal del desgarrón”, –este último llamaba a la **hemoptisis**–, afectaban al sistema respiratorio. La **ictericia** se relacionaba con un demonio; la “mano del espectro” coincide en sus síntomas con la meningitis.

Las Lamentaciones del profeta Jeremías describen los males de los hebreos bajo cautiverio y entre ellos el posible **escorbuto**.

Recuadro 3

Los enfermos en el antiguo Egipto

Los egipcios atribuían la enfermedad a la fragilidad humana y a la acción de demonios. Los papiros describen cuadros asimilables a la **epilepsia**, la **bilharziasis**, la **equinococosis**, la **lepra** y otras enfermedades (Mc Neill, 1984:42-44).

La nómina patológica padecida en el **antiguo Egipto** es amplia: rastros de **mal de Pott** y **artritis** en momias e imágenes; signos de viruela, bacilos de **peste** en ganglios y marcas de antracosis en pulmones momificados, referencias a ceguera por **tracoma** (Lyons y Petrucelli, 1980:92).

Autopsias en momias han dejado signos de neumonías, litiasis renales y biliares y cirrosis (Lyons y Petrucelli, 1980:91).

Recuadro 4

8.- La Medicina Hebrea hizo de la higiene norma religiosa

Los hebreos migraron hacia Palestina encabezados por Abraham, el Padre de la Fe, desde Ur (c. 1800 a.C.) como lo relata el Génesis⁷ y se instalaron en la Tierra Prometida guiados por Moisés (c. 1295 a.C.) según lo relata el Éxodo.

Israel trajo al mundo el mensaje del monoteísmo, la fe en un Dios único, espiritual, trascendente y a la vez, cercano al hombre. La fe de Israel va madurando al impulso de una pedagogía providencial (Jaspers, 1973), que es progresiva y tiene puntos clave como la retribución del bien, la existencia del mal y la vida sobrenatural, purificada por los profetas (Tau, 2005).

Durante siglos la concepción de la enfermedad como efecto del pecado tuvo vigencia en Israel. Pero a una altura de su historia, los Libros Sagrados ponen en crisis el concepto de enfermedad-pecado. Toma una tradición de los pueblos semíticos, el **drama de Job**: si la causa de la enfermedad es el pecado y Job no pecó, como lo reivindica ante sus amigos, ¿cuál es la causa de la enfermedad de Job?⁸.

7 Dos siglos después, parte del pueblo hebreo se exilió en Egipto, donde fue esclavizado y luego liberado por Moisés hacia el 1295 a.C. En el Monte Sinaí, Moisés recibió las Tablas de la Ley como sello de una Alianza con Dios. El pueblo se instaló en Palestina gobernado sucesivamente por jueces y reyes. Salomón, hijo de David, construyó el templo de Jerusalén donde se guardó el arca de la Alianza. Entre divisiones, conflictos y apostasías, el pueblo hebreo recibió el mensaje de los profetas, una de las enseñanzas más altas de la historia.

En el 587 a.C. los babilonios destruyeron Jerusalén y llevaron a los hebreos al cautiverio. Bajo dominio persa, parte de ellos volvió a Palestina, reorganizó la nación y reconstruyó el templo. En el 332 a.C. cayeron bajo el poder de Alejandro Magno, y en el 63 a.C. bajo el imperio Romano. Gobernando Roma el emperador Augusto, nació Jesucristo.

8 El mensaje del libro de Job es de un orden superior: a través del problema del mal físico quiere presentar los límites del tiempo, del saber y del poder del hombre, y a través de la curación, el tema bíblico central: el valor salvador del dolor y del sufrimiento permitido por Dios y la Salvación final proveniente de Él (Tau, 2005).

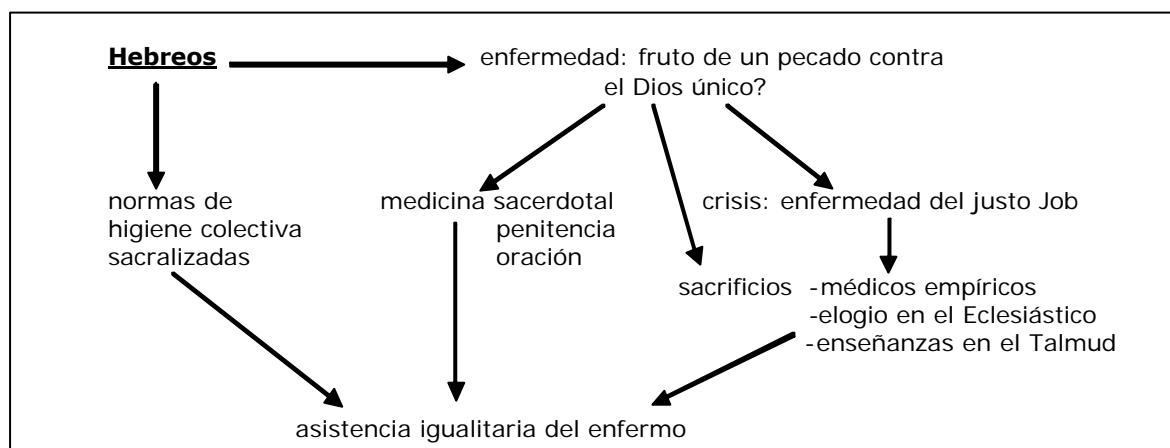
El dilema de la enfermedad del justo Job pone en crisis la concepción antigua de la patogenia. Israel tenía una **medicina sacerdotal** más por su concepción de que Dios era el verdadero sanador que por la patogenia de la enfermedad-pecado que se pone en crisis en el libro de Job. Disponía también de **médicos empíricos** reconocidos. El elogio formal del médico en las Escrituras es tardío. Dice el libro del Eclesiástico (siglo II a.C.):

“Atiende al médico antes que lo necesites que también él es hijo del Señor. Pues del Altísimo viene la ciencia de curar y el rey le hace mercedes. La ciencia del médico le hace andar erguido y es admirado de los príncipes. El Señor hace de la tierra los remedios y el varón prudente no los desecha” (Eclesiástico, 38:1 al 4).

El Talmud, que reúne la tradición hebrea alejandrina y mesopotámica (VII) (Tau, 2005), hace referencias médicas. Reúne enseñanzas recogidas de diferentes culturas en oportunidad de las diásporas sufridas por el pueblo judío.

La medicina hebrea, aportó reglas de higiene con categoría de sagradas y tendió a la asistencia igualitaria del enfermo. Tenía, como en el descanso sabático, normas sociales precursoras [Cuadro 8.a].

La Medicina hebrea



Cuadro 8.a

Su cumbre en la Edad Media fue **Maimónides**, que aprovechó la enseñanza naturalista de la medicina griega y la filosofía aristotélica, sin abandonar la fe de su pueblo.

Los enfermos de Israel

La **patología de Israel** apenas se avizora en las Sagradas Escrituras. El tema de la enfermedad, el pecado original y el destino del hombre, como parte de un plan providencial se entrelazan en el tema de la Salvación. Muchas de las dolencias y aún las pestes relatadas en el Antiguo Testamento coinciden en general con las de otros pueblos vecinos.

El control de la lepra quedaba en manos de los sacerdotes de Israel. Ellos la diagnosticaban sobre la base de signos semiológicos y definían la curación.

En relación la **circuncisión** de los varones como expresión de la Alianza, el Talmud hace una referencia, única entre los pueblos antiguos, a lo que hoy es la **hemofilia** cuya detección en un primer niño eximía del rito a los hermanos subsiguientes (Sendrail, 1983:93).

Recuadro 5

9.- La Medicina Griega abrevó en el pensamiento racional

La cultura griega⁹ forjó su medicina desde el ámbito popular y militar; **la popular** tuvo un componente empírico y otro religioso que se desarrolló en los Templos de Esculapio (Asclepios) y con sus sacerdotes (asclepiades).

La **medicina militar** se exhibe en la obra de Homero que revela amplios conocimientos anatómicos y de tratamiento de heridas. Esta práctica era parte de la formación de los guerreros. En esa obra, los mismos héroes atendían heridos. También hay médicos a quienes se les atribuye ascendencia divina.

La causa de la peste en la Iliada y los conjuros de la Odisea son de raíz religiosa. Esta raíz se expresa también en el culto de Apolo, como dios sanador, en los templos de la isla de Delos y en Delphos después. En este último, la pitonisa anunciaba y los sacerdotes respondían consultas sobre política y salud.

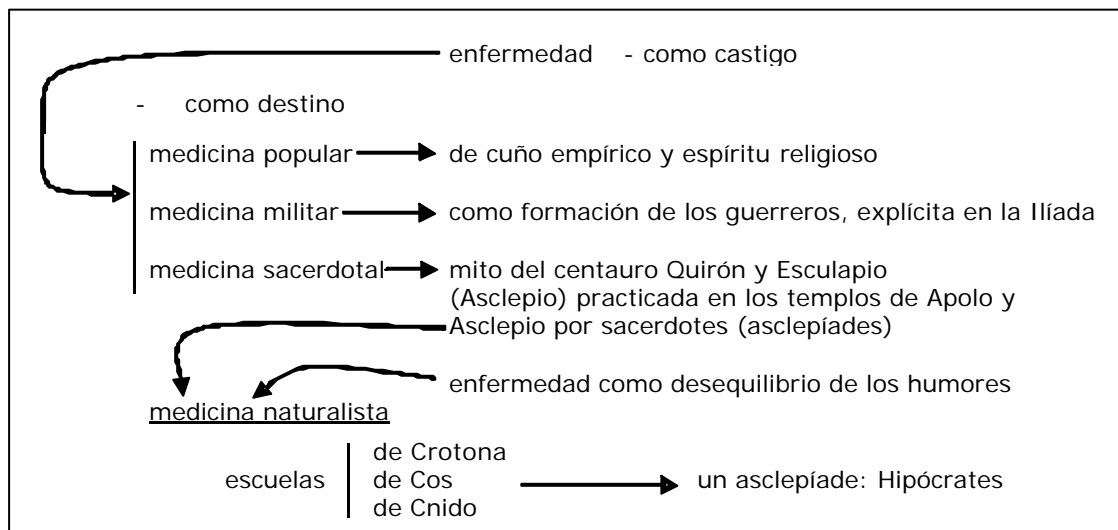
El dios de la Medicina era **Esculapio** (Asclepios) hijo de **Apolo** y discípulo de **Quirón**. A este centauro mítico le cantó Píndaro como “héroe sanador de todas las dolencias, que tenía un corazón amigo de los hombres”. **Quirón** aplicaba raíces curativas a la úlcera que padecía en su propio costado, era al mismo tiempo médico y enfermo.

En los templos de Esculapio, alrededor del siglo VII a.C. (Rof Carballo, 1964), los enfermos pasaban en “incubación” haciendo ofrendas mientras los asclepiades interpretaban sus sueños y les aplicaban terapéuticas empíricas.

La escuela jónica, **Tales de Mileto** entre los primeros, pensaron una nueva idea de la “physis” (naturaleza) no sólo como admirable y armónica sino como al alcance del conocimiento y de la influencia humana. El hombre y su salud quedaban dentro de la naturaleza.

El primer texto médico naturalista se atribuye a **Alcmeon de Crotona**, que vivió en esa ciudad de cultura griega del Sur de Italia, la Magna Grecia, en el siglo VI a.C [Cuadro 9.a].

La medicina griega



Cuadro 9.a

9 La cultura Cretomícénica, en el Mar Egeo, se desarrolló entre los siglos XVI y XII a.C.. Los dorios del norte, en el siglo XII a.C., dominaron la península griega. En las ciudades (polis), la principal Atenas, desde el siglo VII, se alternaron gobiernos de reyes, aristócratas y tiranos que intentaban reducir el poder de los nobles (Kinder y Hilgemann, 1980). Entre el siglo VII y V a.C. las polis griegas fundaron colonias, como estrategia ante al aumento de población, impulsaron el comercio, conformaron un sentimiento común de panhelenismo dominado por Atenas y una talasocracia en el Mediterráneo. Homero se refirió alrededor del 750 a.C. sobre la guerra de Troya librada en el siglo XI a.C.: la Iliada y la Odisea. La expansión persa confrontó, en el siglo V, con las ciudades griegas que detuvieron el empuje asiático a las puertas de Europa (Guerras Médicas). Pericles dio nombre al Siglo de Oro ateniense, reformó las instituciones, extendió el comercio y promovió el arte. Atenas y Esparta evolucionaron como potencias entre las demás ciudades y terminaron por enfrentarse en la Guerra del Peloponeso. La cultura griega se escribió en las epopeyas homéricas, las obras de Hesíodo, el teatro de los trágicos y en filosofía con Sócrates, Platón y Aristóteles, entre los más notables. Los cultos antiguos se conjugaron en la religión olímpica identificando a sus dioses –a diferencia de los semitas– con los fenómenos naturales. Se multiplicaron cultos de misterios en torno al problema del destino humano al que los antiguos griegos procuraban responder.

10.- El deseo de saber desarrolló una interpretación naturalista

“Toda sabiduría confluye y se funde en el crisol del Egeo”

(Castiglioni, 1941)

El deseo de saber tuvo en Occidente un cambio sustancial con **Hipócrates de Cos**, en el siglo V a.C. En ese siglo maduró el pensamiento de los filósofos griegos tomando al hombre y su destino como tema central, tal los grandes poetas trágicos especialmente Sófocles, y tal la confrontación entre los Sofistas y Sócrates. Los sucesores de este último, Platón y Aristóteles, depurarían las concepciones religiosas politeístas orientándose al monoteísmo y la inmortalidad del alma¹⁰.

Hipócrates, un asclepiade del templo, formó la **escuela en Cos** (isla del Mar Egeo) y recogió el saber de la antigua Medicina Griega. En la vecina isla de Cnido se gestaba la **tercera gran escuela médica** después de Crotona y Cos.

Hipócrates partía, como los filósofos jónicos, de que la naturaleza visible (Physis) era admirable, comprensible para la mente humana y controlable por su voluntad.

Sus aportes quedaron escritos en el **Corpus Hipocraticum** y en los **Aforismos**.

Se destacarán dos aspectos:

- **Deseo de saber:** para Hipócrates la causa de las enfermedades no estaba ni en el mundo extranatural de la magia ni en el sobrenatural de la concepción sacerdotal antigua: estaba en la **naturaleza**.

Así como hay armonía en el cosmos, también la hay en el hombre. Concibe la salud como el equilibrio de cuatro “humores” naturales del cuerpo y la enfermedad como el desequilibrio entre ellos.

Así Hipócrates ubicó la enfermedad y la Medicina en el ámbito de la Naturaleza, lo que tiene las siguientes implicancias:

- La Medicina tiene “**límites**” no es omnipotente como pretendía serlo la mágica o sacerdotal. Puede curar algunas cosas y otras no, de allí la importancia del **pronóstico**: cuando era negativo la misión del médico terminaba.
- El organismo humano tiene una tendencia natural a la curación y es preciso dejarla actuar, el médico puede hacer muchas cosas pero “la primera es no hacer daño” (*primum non nocere*).
- La enfermedad es un fenómeno global del organismo, a diferencia de la escuela de Cnido que la localizaba en alguna de sus partes.
- El medio ambiente contribuye o no a la armonía del organismo humano y a la curación de sus enfermedades. Tal lo expresa en uno de sus tratados: “Sobre aires, aguas y lugares”.

¹⁰ Los filósofos griegos fueron depurando la concepción religiosa antigua hasta intuir el monoteísmo y la inmortalidad del alma (Tau, 2005). Un principio eterno sustituyó progresivamente a los dioses antropomorfos de Homero y cósmicos de Hesíodo. El destino inexorable y caprichoso fue suplido por un principio de justicia. Los pensadores de la antigua Grecia “adivinan que más allá de los dioses está Dios”. Contra las acusaciones que lo condenaron a la muerte, Sócrates no negó los dioses sino que se ciñó a uno, el dios de Delfos a quién obedecía. Considerando al alma como esencia del hombre dice la Apología, “la muerte o es un sueño sin ensueños o un despertar en amable compañía”. Platón propuso la inmortalidad del alma y la centró en el endiosamiento del Bien (Platón, 1963:101-233). Dice Jaeger: “la paideia de los griegos y su teología filosófica fueron dos formas fundamentales a través de las cuales el helenismo influyó en la historia universal durante los siglos en que apenas se conservaba nada de la ciencia y el arte griego” (Jaeger W., 1957:1076). Fue Aristóteles quien señaló la naturaleza como obra de un dios y emprendió la elaboración de las pruebas de su existencia que perfeccionó Santo Tomás de Aquino (Grennet, 1980).

- **Deseo de servir:** para Hipócrates la Medicina tenía un marco ético cuya expresión máxima es el **Juramento Hipocrático**, atribuido a su escuela y que hasta hoy, con modificaciones, pronunciamos los médicos al ingresar al oficio. Para Hipócrates la Medicina nacía de la confluencia entre el amor al hombre enfermo (philantropía) y el amor al arte médico (philoteknia):
 - La medicina hipocrática fue un paso hacia la ética centrada en el enfermo pero con limitaciones, oficialmente el incurable y el moribundo no eran sujetos de su atención (Platón, 1963:121).

El período llamado **Helenístico** se extiende desde la muerte de Alejandro Magno (323 a.C.) hasta la anexión de Egipto al Imperio Romano (30 a.C.). Los extensos territorios conquistados por el general macedónico no pudieron mantener la unidad política, dividiéndose en monarquías a cargo de sus sucesores. Fue un período de gran intercambio comercial y desarrollo económico.

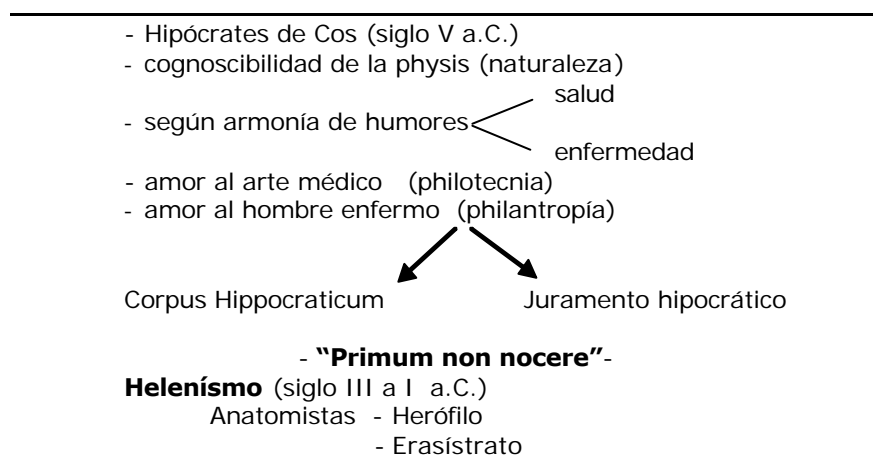
El Helenismo tuvo en común la lengua griega, ampliada con expresiones orientales. La cultura, de localista se hizo cosmopolita y el conocimiento tendió a ser erudito y especializado (Kahler, 1946:71). Fundados y apoyados por los reyes los centros intelectuales fueron el museo y la biblioteca de **Alejandría** (Egipto) y luego las bibliotecas de **Pérgamo** y **Antioquía** (actual Turquía).

En filosofía se gestaron varias escuelas entre las que se destacó la **Estoica**, centrada en la ética, que formuló la idea de Humanidad y el principio de solidaridad (Kinder y Hilgemann, 1980:71).

Las ciencias se desarrollaron autónomas de la filosofía en especial la matemática (vg. Euclides y Arquímedes) la astronomía (vg. Aristarco de Samos, Hiparco de Nicea y Eratóstenes) y la física (vg. Filon) así como la geografía (vg. Estrabón) y la historia (vg. Polibio). Las ciencias se aplicaron a la técnica. El arte, tuvo una escultura expresionista (vg. la Victoria de Samotracia, la Venus de Milo y el Laocoonte y sus hijos) y una arquitectura que se proyectó a urbanismo monumental.

En el campo médico **Herófilo** y **Erasístrato** se rebelaron contra la pura tradición, e intentaron sentar las bases de un saber científico a partir de la anatomía por la disección de cadáveres humanos y generaron algunas conclusiones de fisiología (Lain Entralgo P., 1978:63) [Cuadro 10.a].

Grecia-Hipócrates



Cuadro 10.a

La salud de los pueblos griegos

Los **cantos de la Ilíada** son proficuos en referencias a las lesiones de guerra ya que en torno a la de Troya se estructura el poema. Se ha dicho que “plantea los elementos de un verdadero tratado de traumatología” (Sendrail,1983:100).

Por otra parte Homero comienza anunciando la ira de Aquiles y desemboca de inmediato en “una maligna peste” provocada por un dios: “Al principio el dios disparaba (sus saetas) sobre los mulos y los ágiles perros, mas luego dirigió sus amargas saetas a los hombres y constantemente ardían muchas piras de cadáveres” (Ilíada I, 50-53). Se trata de una zoonosis que abre con una epizootia.

Los trágicos retoman la enfermedad como modelo del destino, fruto de una culpa ignorada de los hombres. En el relato juegan dioses adversos y alternativamente favorables.

Tucídides (s. V a.C) hace el relato de la “**Peste de Atenas**” (430 a.C.), durante la Guerra del Peloponeso. El hacinamiento de la ciudad colmada de refugiados la favorece y su letalidad alcanza al tercio de la población, alrededor de 120.000 muertos y entre ellos el mismo Pericles. Se ha discutido mucho sobre su identidad. No es la peste bubónica. Se pensó en el tifus o la viruela.

El **Corpus Hippocraticum** es más preciso en la descripción de las enfermedades que los papiros y las tablillas babilónicas, lo que muestra la capacidad de observación y de síntesis de su escuela.

Véase una descripción: “Si el **tétano** se produce después de una herida, las mandíbulas se ponen rígidas como de madera y el enfermo no puede abrir la boca; los ojos lloran con frecuencia y están descompuestos, ni las piernas, ni los brazos ni el raquis se pueden doblar” (Sendrail, 1983:128).

El **mosquito Anopheles** se difundió en Grecia después de las Guerras Médicas y, con él, el paludismo. En el siglo III “el imperio del **Anopheles** se extendió tanto como el imperio de Alejandro” (Sendrail, 1983:140).

Recuadro 6

11.- La medicina romana organizó la sanidad

Roma fue fundada alrededor del 753 a.C. y en el siglo IV a.C. dominó el sur de Italia¹¹. La **medicina popular** romana tenía su origen en las prácticas etruscas con raíces sacerdotales, de adivinación y empíricas.

Patricios y emperadores, que practicaban una Medicina de remedios populares, a partir del siglo II comenzaron a aceptar la práctica helénica.

Se generaron varias escuelas pero se impuso la de **Galeno de Pérgamo**, de origen griego, que en el siglo II ejerció la Medicina en Roma.

Su doctrina persistió por diez siglos con carácter dogmático, poco menos que la de su contemporáneo Ptolomeo, de la escuela de Alejandría, que planteó el modelo geocéntrico en Astronomía.

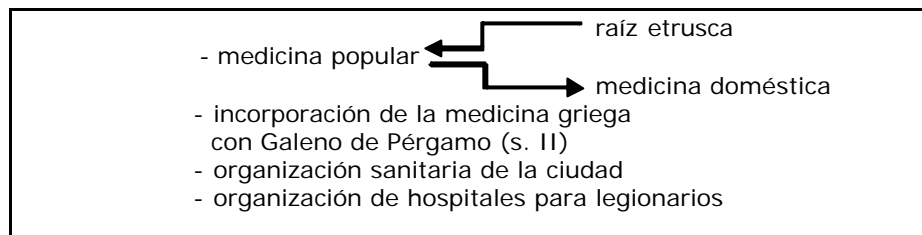
Galeno disecaba cadáveres de animales, y estructuró una anatomía hominizada a la vez que una fisiología que seguía categorías aristotélicas.

Le fue contemporáneo **Sorano de Efeso**, practicante en Roma, considerado el padre de la Obstetricia.

Su civilización y las exigencias del Imperio, impulsaron a Roma a instalar hospitales para sus legionarios, inválidos y ancianos (valetudinaria), acueductos y obras de saneamiento para sus ciudadanos [Cuadro 11.a].

11 Virgilio cantó en La Eneida el origen y la grandeza de Roma, bajo Augusto. En el siglo III, Roma venció a Cartago (Guerras Púnicas) y se expandió al Oriente para ser en el siglo I a.C., la potencia del Mediterráneo. Mientras tanto asimilaba la cultura helenística, se abría al refinamiento y al arte que reemplazaron sus originales costumbres campesinas. Se transformó en república y fundó su convivencia en el derecho: el **Derecho Romano**. En el siglo I a.C. las legiones de Julio César conquistaron las Galias. Rebelado contra los sectores conservadores de Roma fue asesinado. Asumió el poder **Octavio Augusto** y fundó el principado inaugurando un período de paz: la Pax Romana. **Nerón** uno de sus sucesores, quiso exterminar el Cristianismo, comenzando con las persecuciones. El Cristianismo fue aceptado por el emperador **Constantino** (330) y hecho religión oficial por Teodosio en el siglo IV. A su muerte las dos mitades del imperio se separaron y, el de Occidente amenazado por pueblos fronterizos, cayó en la anarquía hasta que Odoacro, caudillo de los hérulos, destituyó al último emperador (476).

Roma



Cuadro 11.a

Las enfermedades en el Imperio Romano

Descreídos al principio de la medicina griega, los patricios romanos finalmente recurrieron a ella. Uno de ellos, en el siglo I, **Celso** describió enfermedades en el marco de la enseñanza hipocrática.

La **tuberculosis** prevalecía con las migraciones hacia la ciudad y los tugurios. “Los que echan sangre espumosa al escupir sufren de una alteración de los pulmones” dice Celso (Sendrail, 1983:144). Las dificultades para viajar eran una valla a la expansión de las **epidemias**. Los caminos romanos y la marcha de sus legiones las favorecieron. El **paludismo** se hizo endémico y victimó al pueblo y a emperadores. Dice Sendrail: “bacilos y virus escoltan los ejércitos, acompañan a las flotas de puerto en puerto e incluso a veces se adelantan a las más salvajes invasiones” (Sendrail, 1983:158).

En el año 530 la peste llamada de **Justiniano** fue **bubónica**: “Desde el primer día, en unos se veía crecer un bubón, al día siguiente en otros, no sólo en las ingles, sino también en el hueco de los sobacos, a veces detrás de los oídos...” (Sendrail, 1983:160).

Una enfermedad que afectó al patriciado romano en el siglo II fue descrita como parálisis de los miembros y debilidad por anemia. Se atribuye al **saturnismo** producido por la adopción de la cerámica griega, preparada con vidriado de plomo. Los nobles romanos la usaban, no sólo en las ceremonias como los griegos, sino en todo momento y para conservar vino y especias. Esta intoxicación parece haber diezmando al patriciado romano (Sendrail, 1983:157).

Recuadro 7

12.- La presencia de Jesucristo cambió la imagen del enfermo

“Y el Verbo se hizo carne / y habitó entre nosotros, / y hemos visto su gloria / gloria como de Unigénito del Padre, / lleno de gracia y de verdad”

Evang. S. Juan 1-14

El aporte del cristianismo corona la pedagogía del mensaje bíblico que se inicia en el pueblo de Israel. Se caracteriza por un creciente proceso de personalización y de igualdad.

Dice Sigerist que la prédica cristiana en el mundo Mediterráneo redimió al enfermo de su condición de minusvalía (Sigerist, 1943:45).

Se trata de una nueva visión del hombre concebido como único e irrepetible. La amistad griega, fundamento de la medicina hipocrática, se transforma con el Cristianismo en un amor de donación fundada en la hermandad bajo un mismo Padre.

Jesús nació de María en Belén, cerca de Jerusalén, de la familia del rey David como lo anunciaron los profetas.¹² El deseo de **servir** tuvo en la historia una inflexión revolucionaria con la presencia de Jesucristo, que divide en dos la trayectoria de la Humanidad.

¹² Se estima que fue entre los años 5 y 7 antes de la era que Él mismo marcó bajo el emperador Augusto, cuyo imperio se extendía a Israel. El proceso a Jesús, su Pasión, Muerte y Resurrección, según la Fe, se ubican alrededor del año 30 bajo el emperador Tiberio (Grelot, 1965:232).

Dice Lain Entralgo que para Jesucristo la enfermedad humana es (Lain Entralgo, 1964:122):

- **motivo de aflicción**
- **signo de distinción**
- **ocasión de mérito**

En efecto, todas las formas de sufrimiento humano, en particular la enfermedad, afligen al hombre, a su familia y amigos. Para el hombre que la padece, cuanto más conciente, más intransferible e insoportable es la enfermedad física.

Jesucristo asume Él mismo la aflicción del sufrimiento físico. El Evangelio repite sus palabras en la víspera de su dolorosa Pasión en la Cruz:

“Triste está mi alma hasta la muerte... Padre mío si no puede pasar sin que Yo lo beba, hágase Tu voluntad...” (Mateo, 26-23, Oración de Getsemaní)

“Dios mío, Dios mío por qué me has abandonado...?” (Mateo, 27-46, la Agonía del Cólgota).

Jesucristo expresa en palabras y actitudes la distinción por el enfermo al presentarse Él mismo como Médico:

“No son los sanos sino los enfermos los que necesitan médico” (Mateo, 9-12, cfr. Marcos, 2-17 y Lucas 5-31).

Presta preferente atención a los enfermos:

“Dos ciegos que estaban sentados junto al camino oyeron que pasaba Jesús y comenzaron a gritar... La multitud les reprendía para hacerles callar. Se paró Jesús, y llamándolos, les dijo...” (Mateo, 20-29).

“Viene a Él un leproso que suplicando y de rodillas le dice: si quieres puedes limpiarme. Enternecido, extendió su mano, le tocó...” (Marcos, 1-40).

“...Oyendo que era Jesús de Nazareth, comenzó a gritar (el ciego Bartimeo). Se detuvo Jesús y dijo: llámadle...” (Marcos, 10-46).

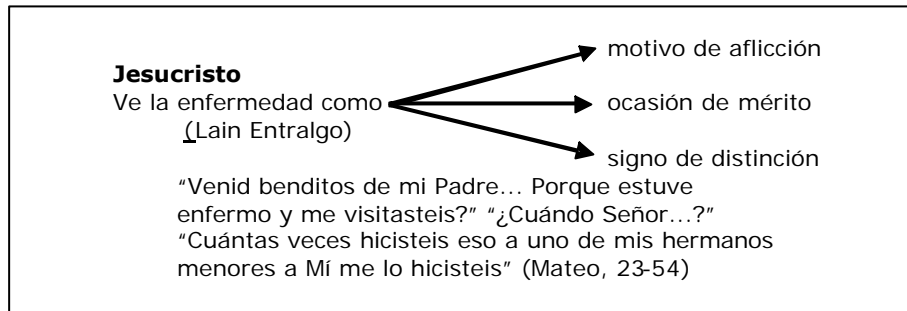
También la enfermedad es ocasión de mérito, tanto para el enfermo que sobrelleva el dolor como para quien lo cuida. Dice Jesús:

*“Venid benditos de mi Padre... porque estuve enfermo y me visitasteis”,
“¿Cuándo Señor...?” “Cuántas veces hicisteis eso a uno de estos mis hermanos menores a Mí me lo hicisteis” (Mateo, 25-34).*

La ocasión de mérito que ofrece la enfermedad a quienes cuidan al paciente, abrió el camino decisivo para las obras asistenciales a partir del siglo IV, los hospitales como casas de hospitalidad para cuidar enfermos y desvalidos solidariamente y meritorio a los ojos de Dios¹³ [Cuadro 12.a].

13 La vulnerabilidad del hombre al sufrimiento es universal en el tiempo y el espacio, la naturaleza humana es precaria, acechada por el dolor, la enfermedad y la muerte. Frente a estas y otras formas del sufrimiento, el hombre se pregunta el por qué y la Medicina suele responder sobre la causa inmediata. Pero la pregunta va más allá, busca la causa última del sufrimiento y del mal en el mundo. Es el caso de Job, el justo doliente. El Cristianismo responde a la incógnita a partir del sufrimiento del mismo Jesucristo en la cruz como medio de Salvación, como liberación del mal. Reconoce su raíz en una culpa original, distinta de las faltas personales, y lo redime con la fe en una vida eterna, después de la muerte, que se consagra con la Resurrección de Jesucristo, que es el mismo Dios encarnado. El hombre que participa del sufrimiento y de la muerte está llamado a la resurrección. El misterio del mal, bajo la permisión de Dios, tiene respuesta en Su Providencia insondable en la vida eterna y la resurrección. La ocasión de mérito involucra un llamado a la virtud y la dignidad al sobrellevar el sufrimiento, con el que se participa en el Sacrificio redentor y que puede elevar a quién lo padece a la madurez y grandeza espiritual. Al mismo tiempo el sufrimiento es un llamado a la compasión y la solidaridad de los allegados que al cuidar asumen esos valores como virtud y como reconocimiento de la dignidad del que sufre. El paciente y el asistente, realizan una forma positiva de convivencia, de expresión de amor en el sufrimiento padecido y compadecido. El Cristianismo supera con su visión sobrenatural de la vida terrenal que cambia con la muerte pero no termina, el destino trágico intuido por los pensadores griegos. Abre así, en el misterio insondable de Dios, una esperanza en la eternidad. Los encuentros de Jesús con lo enfermos cierran con el milagro de la curación e incluso con el exorcismo. La aceptación del milagro así como de la posesión demoníaca, preexistente en la tradición de Israel, es resistida en el mundo moderno. Sólo se acepta, a la luz de la fe, como franqueamiento transitorio de las leyes naturales por la acción omnipotente de Dios, creador a su vez de la naturaleza y de sus leyes. Su sentido es la liberación del mal para el afectado y el aleccionamiento a la comunidad sobre esa omnipotencia. Los apóstoles, María la Madre de Jesús y los santos hacen milagros en Su nombre. El mundo moderno aunque descreído, es testigo de las peregrinaciones a santuarios dedicados a las advocaciones de María o de los santos en petición de milagros. Se dan en circunstancias excepcionales, en relación a la fe del peregrino, y a los ojos de la Fe son reales (Tau, 2005).

Las raíces de la Medicina cristiana



Cuadro 12.a

La definición y ejemplo más sencillo de la actitud médica es la parábola del Buen Samaritano (Lucas, 10-30).

El primer gran hospital de Occidente para desvalidos, enfermos y moribundos, con asistencia igualitaria y gratuita fue fundado por el Obispo **San Basilio** en Cesárea de Capadocia (Asia Menor). Siguiendo al Evangelio, la enseñanza de los Padres de la Iglesia, planteó la fraternidad entre ricos y pobres, y entre sanos y enfermos.

En la Edad Media, las rutas de las peregrinaciones religiosas, especialmente las que convergían a Santiago de Compostela (Galicia), fueron poniendo hitos de descanso y enfermería para los peregrinos.

Parábola del Buen Samaritano

“Tomando Jesús la palabra, dijo: Bajaba un hombre de Jerusalén a Jericó y cayó en poder de ladrones, que le desnudaron, le cargaron de azotes y se fueron, dejándole medio muerto. Por casualidad bajó un sacerdote por el mismo camino, y, viéndole, pasó de largo. Asimismo un levita, pasando por aquel sitio, le vio también y pasó delante. Pero un samaritano que iba de camino llegó a él, y, viéndole, se movió a compasión, acercóse, le vendó las heridas, derramando en ellas aceite y vino; le hizo montar sobre su propia cabalgadura, le condujo al mesón y cuidó de él. A la mañana, sacando dos denarios, se los dio al mesonero y dijo: Cuida de él, y lo que gastares, a la vuelta te lo pagaré. ¿Quién de estos tres te parece haber sido prójimo de aquel que cayó en poder de ladrones? Él contestó: El que hizo con él misericordia. Contestóle Jesús: Ve y haz tú lo mismo”.

Lucas 10. 30-37

“Amarás a tu Prójimo como a ti mismo”

En el Antiguo Testamento las prescripciones estaban separadas. El Deuteronomio¹⁴ dice: “Oye Israel: Yahvé es nuestro Dios, Yahvé es único. Amarás a Yahvé, tu Dios, con todo tu corazón, con toda tu alma, y con todo tu poder” (Deuteronomio 6,4-5). Esta frase es la “shemá” que todo israelita devoto debe pronunciar dos veces al día. En el Levítico dice: “Amarás a tu prójimo como a ti mismo. Yo Yahvé” (Levítico, 19,18).

Estando Jesús en Judea, de camino a Jerusalén, fue interrogado por un sacerdote: “¿Maestro que debo hacer para obtener la vida eterna?”, Jesús, contestó con otra pregunta: “¿Qué está escrito en la Ley?, ¿Qué lees allí?” El jurista respondió que estaba escrito: “Amar a Dios con todas tus fuerzas y al prójimo como a ti mismo”. “Rectamente respondiste, haz eso y vivirás” concluyó Jesús. Pero para el sacerdote quedaba aún saber quién era el prójimo, lo preguntó y Jesús respondió con una de las parábolas de la misericordia, la del Buen Samaritano (Ricciotti, 1968:478).

El samaritano pertenecía a un pueblo que los judíos consideraba herejes. Se detuvo a ayudar con lo que tenía. Lo llevó a una posada y lo dejó en ella (Martín Rodrigo, s/f:47).

¹⁴ Quinto y tercer libro respectivamente del Antiguo Testamento.

“Al verle le dio lástima” (“Se le conmovieron las entrañas”): tal es el sentido de la compasión, de padecer con el otro. Era necesario comprometerse, y así lo hizo. Jesús le preguntó al sacerdote “¿Qué te parece? ¿Cuál de estos tres se hizo prójimo del que cayó en manos de los bandidos? El contestó: el que tuvo compasión con él”¹⁵.

La enseñanza del Deuteronomio y del Levítico quedan unidas en el mensaje evangélico. Poco después Lucas presenta el Padre Nuestro, la oración que Jesús mismo enseñó, que resume en dos palabras la fraternidad universal de los seres humanos en tanto hijos de un mismo Padre.

13.- La Edad Media conservó y enriqueció los saberes antiguos

“Solo el que ensaya lo absurdo es capaz de conquistar lo imposible. No hay más que un modo de dar una vez en el clavo y es dar ciento en la herradura”

Miguel de Unamuno, 1966

Se llama Edad Media a los diez siglos que medían entre la caída de Roma (476) –una de cuyas causas fue la creciente presión de los pueblos germánicos–, y la de Constantinopla bajo el asedio otomano (1453), contemporánea a los prolegómenos del Renacimiento.

No es un lapso homogéneo ni vacío (Tau, 2005). En su transcurso florecieron nuevas culturas y se fundieron las raíces de Europa en una lenta simbiosis¹⁶.

En el siglo XII coexistieron en torno al Mar Mediterráneo tres dominios: la **Europa feudal**, el **Islam** y el **imperio Bizantino** (Perroy, 1977).

La **cultura grecolatina** se cristianizó y sobrevivió en los monasterios que se distribuyeron en toda Europa hasta los confines de Irlanda.

El latín, idioma de Roma, de la Iglesia y de los intelectuales, fue la cuna de las lenguas romances. La enseñanza en conventos y en palacios se proyectó en las universidades que surgieron de manos de la Iglesia a partir del siglo XII.

En el Medievo hubo médicos de distintas culturas que tradujeron y completaron la doctrina galénica.

San Isidoro, Obispo de Sevilla, escribió en el siglo VII una obra enciclopédica en veinte tomos, *Las Etimologías*, que incluía el haber médico. En el 999, el obispo francés Gerberto de Aurillac, sabio y médico, fue elevado al solio pontificio como Silvestre II.

15 En la encíclica “Salvífici Doloris” Juan Pablo II dice que es buen samaritano “todo hombre que se para junto al sufrimiento de otro hombre, de cualquier género que éste sea. Parada de disponibilidad no de curiosidad. Todo hombre sensible al sufrimiento, el hombre que se conmueve ante la desgracia del prójimo... Todo hombre que ofrece ayuda en el sufrimiento, de cualquier clase que sea. Ayuda, dentro de lo posible eficaz. Buen samaritano es precisamente el hombre capaz de este don de sí mismo” (Juan Pablo II, 1983)

16 Las migraciones germanas se infiltraron en un imperio en decadencia y desarrollaron una civilización a predominio rural a partir del siglo III.

El emperador fue sustituido por los líderes de los pueblos nuevos erigidos en reyes independientes. Sólo tuvo continuidad el Papado Romano. La Iglesia evangelizó a los pueblos germanos, mantuvo su autoridad espiritual y obtuvo poder temporal en el centro de Italia. En el año 800 el Papa coronó al rey franco Carlomagno “Emperador de los Romanos” quien en el campo de la educación y el saber impulsó un “renacimiento”. El asedio de normandos y de musulmanes, con la pérdida del Mediterráneo en poder del Islam, debilitaron al imperio. La división del territorio, impulsó el régimen feudal. En este régimen (feudal) “El señor y el vasallo estaban unidos el uno al otro por un compromiso mutuo y solemne que creó un lazo personal y vitalicio en virtud del cual el señor recibía la ayuda de los vasallos (en la paz y en la guerra) y éste el uso de su tierra (en carácter gratuito) por todo el tiempo de su vida” (Kahler, 1946:170). El señor feudal debía a sus vasallos protección militar y seguridad, así como ayuda en las contingencias a ellos y sus familias. El régimen se fundaba con la mutua fidelidad a sus obligaciones. Nació en las Galias y se extendió con variantes por Europa entre los siglos IX y XIII. En cuanto a la asistencia de las enfermedades, por la carencia de médicos era oficio de los curanderos. Con un comercio limitado decayeron las ciudades y desde el siglo III gran parte de la población se refugió en el campo. El sistema feudal suplió al poder político del imperio caído. Con la decadencia del sistema se fueron conformando los estados nacionales. En torno a mercados y pueblos se formaron ciudades autónomas. En el siglo X los turcos otomanos se convirtieron al Islam y controlaron el califato de Bagdad. Las Cruzadas, entre los siglos XI y XIII, intentaron rescatar el Santo Sepulcro de manos del Islam. Terminaron abriendo el espacio Mediterráneo al comercio y a intercambios culturales.

Durante la Edad Media se fundaron, primero, la Escuela de Salerno en el siglo IX y después las **Universidades**, en el XI y el XII: Bolonia, Montpellier, París, Oxford, Colonia, Padua, Salamanca, Cambridge, Nápoles, Tolosa y Viena (Miroli, 1978:193; Lain Entralgo, 1978:200).

Predominaba entonces la **especulación escolástica**. En el siglo XII, Abelardo ya buscaba el conocimiento de los hechos para llegar a normas generales, la inducción. En el siglo XIV el franciscano **Roger Bacon** clasificó las fuentes del conocimiento y entre ellas, valorizó la experiencia.

La escuela de Salerno, en el sur de Italia, nació de un convento y se formalizó en el siglo XI. Llegó a la cumbre con Constantino el Africano, sabio de origen musulmán que conocía la lengua árabe y aportó la enseñanza de la Medicina Islámica (Lain Entralgo, P., 1978:194). La obra más famosa de esta escuela es el **Régimen Sanitatis Salernitanum**, colección de aforismos dirigidos al público como un manual de normas higiénicas y dietéticas acertadas y memorizables que lo configuran como un tratado de medicina preventiva (Pérgola y Okner, 1986:203).

La Escuela de Montpellier, en el sur de Francia, se desarrolló en el mismo siglo XI y sobrevivió como Universidad. Se nutrió de los clásicos griegos y árabes y de la propia experiencia de sus médicos entre los que se destacaron Arnaldo de Vilanova y Guy de Chauliac (Códex, 1968:56)¹⁷.

La disección de cadáveres humanos comenzó con investigaciones legales y se amplió ante enfermedades desconocidas, para generalizarse en la docencia universitaria antes de Vesalio.

Si bien la Medicina tenía un cúmulo de saberes empíricos recogidos desde la Antigüedad, todavía le faltaba valorar la observación sistemática de lo normal y lo patológico.

En los últimos siglos del Medioevo en el seno de la misma Escolástica¹⁸ surgieron los primeros fundamentos de la ciencia moderna. En el siglo XI había nacido el "**nominalismo**"¹⁹, corriente filosófica que negaba la existencia real de los "**universales**" (ideas, géneros, especies; vg el hombre, el triángulo) y afirmaba la de las cosas individuales. A partir de ellas se elaboraban los universales.

En el siglo XIII, el franciscano Guillermo de Ockam sostuvo que esos nombres o términos son signos que sustituyen a las cosas en la mente a partir de su observación. En el siglo XIV, el cardenal Nicolás de Cusa reivindicó los sentidos que proveen imágenes, la razón que actúa sobre la diversidad de imágenes y el intelecto que les da unidad pero reconociendo su insuficiencia²⁰. Fueron pasos fundamentales en la ciencia moderna que más tarde se aplicaría a la Medicina (Marias J. y Lain Entralgo, 1964).

Estos lineamientos se consolidaron en el Renacimiento y no se hubiera alcanzado a construir un conocimiento científico moderno sin el aporte de las Universidades y los pensadores medievales, su ejercicio sistemático del razonamiento y sus primeros pasos hacia la observación y la experimentación.

En el siglo XII el rey de Sicilia exigió examen para el ejercicio de la medicina y en el XIII el emperador Federico II normatizó la carrera de médico con tres años de lógica, cinco de medicina y cirugía y un año práctico acompañando un médico. (Lyons, A.B. y Petrucelli, R.J., 1980:321) [Cuadro 13.a].

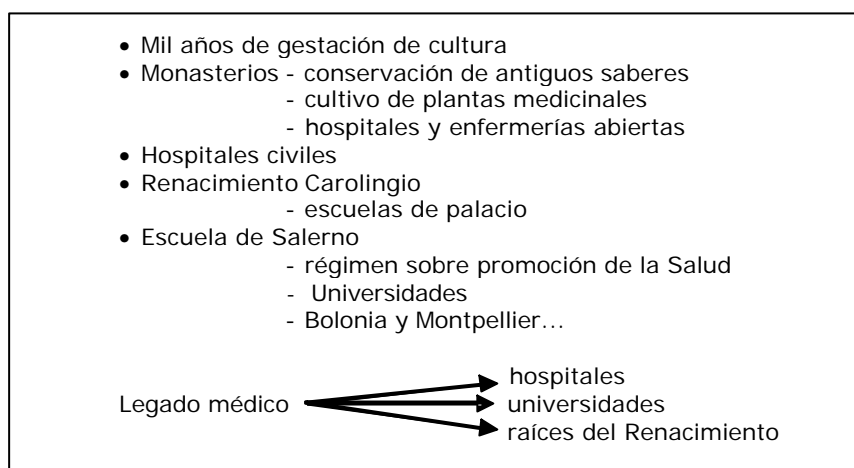
17 El catalán **Arnaldo de Vilanova** (Universidad de Montpellier) tradujo a los árabes y escribió obras propias. Henry de Mondeville (siglo XII) fue el principal disector medieval y **Guy de Chauliac** (siglo XIV) el cirujano más importante de su época (Lyons y Petrucelli, 1980:318).

18 **Escolástica** era el saber teológico y filosófico desarrollado en las escuelas y universidades medievales. De carácter cristiano, era respetuoso de la tradición clásica. Su método era la "lección" (lectio) y la "cuestión" (quaestio) o discusión en pro o en contra de un tema hasta su conclusión. Se destacaron San Anselmo de Canterbury, San Alberto Magno y Santo Tomás de Aquino. Se ocuparon de estudios sobre la naturaleza. San Alberto Magno (botánica y alquimia) y el franciscano Roger Bacon (sostuvo la redondez de la tierra, estudió el calendario, los equinoccios, óptica, usó lupas y propuso gafas para los miopes; sostuvo que la experimentación y la matemática eran los instrumentos del progreso de la ciencia) (Marias y Lain Entralgo, 1973; Lain Entralgo, 1978:203-242).

19 Fue su precursor Roscelin de Compiègne. Nominalismo se refiere a que los universales eran sólo nombres, términos, abstracciones intelectivas que surgen después de observar las cosas.

20 Su obra principal se titulaba "De docta ignorantia".

Medicina de la Edad Media



Cuadro 13.a

Enfermos en el Medioevo europeo

En el transcurso de los mil años del Medioevo, mientras se gestaba Europa y el mundo moderno, los pueblos sufrieron guerras, hambres y pestes mortíferas.

Durante el periodo feudal en que la mayoría de la población era rural y vivía aislada en economías de subsistencia, los intercambios y movimientos de personas entre regiones eran reducidos. Las epidemias quedaban localizadas (s. VIII hasta X) y sus causas desconocidas. Durante las Cruzadas afectaron a los ejércitos y al propio San Luis de Francia (Sendrail, 1983:229). En el siglo XIII hubo pocas epidemias y carestías, lo que generó un cierto grado de seguridad.

Cuando comenzaron a renacer las ciudades, con la celebración de ferias y fiestas, a extenderse las peregrinaciones, a desarrollarse la navegación comercial y hacerse casi permanentes las guerras, las epidemias se multiplicaron.

A fines del siglo XIV las ciudades italianas comenzaron a considerar las epidemias como prioridad en el gobierno. La migración del campo a la ciudad, donde comenzaron los hacinamientos, redujo la mano de obra agrícola y se sucedieron las hambrunas.

Recuadro 8

La Peste Negra y otras enfermedades

En 1347 se inició en el puerto de Mesina la **Peste Negra** llegada en barcos desde una colonia genovesa en Crimea. Afectó también a Egipto que fue visitado por naves de la misma procedencia (Mc Neill, 1984:162).

La **Peste Bubónica** había estado limitada al Asia Central y su portador original era un roedor de esa zona. La rata negra (*Rattus rattus*) traída a Europa en barcos de comerciantes y peregrinos, difundió la peste al hombre por la "pulga de la rata" (*Xenopsylla cheopis*).

La epidemia se extendió a toda Europa. De cien millones de europeos, unos 27 millones murieron de peste. Piénsese qué sería hoy de un país en el que muriera en tres años más de 25% de su población. El Decamerón de Boccaccio trata de un grupo de jóvenes que huyendo de la peste se retiran al campo y se entretienen contando cuentos.

El campo se despobló y quedó sin mano de obra, la muerte de familias completas dejó herencias vacantes, se extendieron las rebeliones y el bandolerismo, se interrumpieron acciones en la Guerra de los Cien Años, y el hambre sucedió a la peste. Su efecto fue una gran fractura demográfica (Romano y Tenent, 1998:4).

La **Viruela** había comenzado en el siglo VI, aunque menos mortífera que la Peste Negra tampoco perdonaba a ricos ni a pobres, Hugo Capeto, rey de Francia, murió de ella (Sendrail, 1983:233). No abandonaría Europa hasta dos siglos después de utilizada la vacuna de Jenner (siglo XVIII).

El **paludismo** había reducido su incidencia, por la canalización de aguas, desde el siglo XII, pero recrudesció después de la Peste Negra por falta de mano de obra para mantenerlas (Romano y Tenent, 1998:21).

Recuadro 9

El aislamiento de leprosos

Entre los siglos XI y XIV se desarrolló en Europa lo que Watts (2000) llama una “cacería de leprosos”. Los sospechosos debían someterse al examen de un tribunal que los aislaba de la comunidad si los confirmaban “leprosos”. Los tribunales fueron más precisos cuando se agregaron médicos que salvaron a muchos sanos del aislamiento.

Grandes santos como San Francisco de Asís y San Luis de Francia se ocupaban periódicamente de cuidar leprosos.

La organización social generó centenares de leprosarios, hasta dos mil en Francia, que aislaban y cuidaban entre 10 y 20 leprosos cada uno (Mc Neill, 1984:84).

La enfermedad redujo su prevalencia hacia el siglo XIII, cuando comenzó a extenderse la tuberculosis.

En el proceso de conquista y colonización europea, la enfermedad se detectó en las poblaciones indígenas.

Recuadro 10

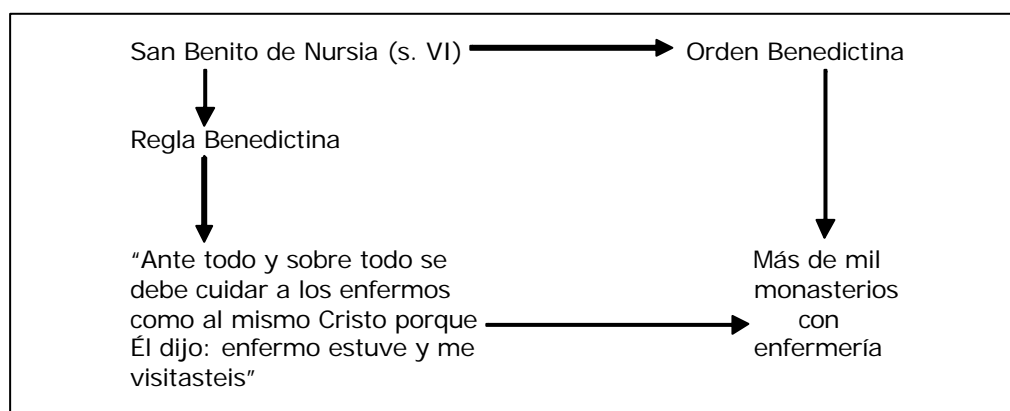
14.- El Cristianismo concretó la enseñanza evangélica para con los enfermos

A fines de la Edad Antigua y en la Edad Media, los obispos y los monasterios mantenían hospitales.

San Benito de Nursia fundó en el siglo VI la orden benedictina que fue clave en el desarrollo de la cultura europea desde el cultivo de la tierra hasta el cuidado de los enfermos. La Regla Benedictina aplicada en los monasterios –que tenían un lugar destinado a los enfermos– decía: “Ante todo y sobre todo se debe cuidar a los enfermos de modo que se les sirva como al mismo Cristo, porque Él dijo: “enfermo estuve y me visitasteis” y “lo que hicisteis a uno de estos pequeños, a Mí me lo hicisteis”.

En los siglos XI y XII hubo alrededor de 1.000 monasterios benedictinos extendidos a lo largo de Europa, cada uno con su enfermería. Todos ellos ofrecían a los peregrinos “el privilegio de lecho y el de mesa” (Tau, 2005) así como cuidado a los enfermos y heridos [Cuadro 14.a].

La asistencia cristiana



Cuadro 14.a

En el siglo XVI los Reyes de España, herederos de esa tradición, mandaron construir hospitales en todos los poblados de españoles e indios, con lo que nacieron los primeros de América y Argentina.

San Camilo de Lelis, en el siglo XVI creó una orden para auxiliar a los enfermos y moribundos, y a heridos de guerra. Los religiosos se presentaban en los campos de batalla ostentando una cruz roja, que en el siglo XIX se adoptaría para la organización de ese nombre.

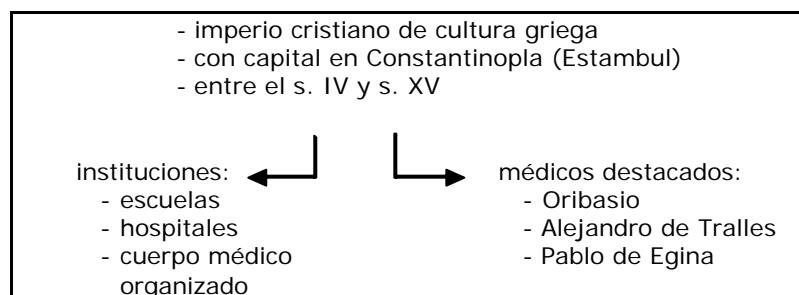
15.- La Medicina Bizantina progresó sobre la base de la herencia griega

En el año 394, a la muerte de Teodosio, el imperio Romano se dividió en dos: el de Occidente, con cabeza en la ciudad eterna y el de Oriente con gobierno en Constantinopla. Este último fue el Imperio Bizantino hasta su caída ante los turcos otomanos en 1453²¹.

Sus médicos recogieron la enseñanza de la medicina helenística y galénica. Esta sociedad tenía hospitales, escuelas de medicina y el cuerpo médico era reconocido oficialmente (s. VI). En una primera etapa, con Alejandría como centro intelectual (Pérgola y Okner, 1986:173), los médicos bizantinos recopilaron y ordenaron la obra de Galeno, lo que favoreció su persistencia a lo largo de la Edad Media.

La medicina Bizantina tuvo pocas originalidades pero numerosos hospitales para pobres y organizó bien el cuidado de los enfermos [Cuadro 15.a].

La Medicina bizantina



Cuadro 15.a

16.- La Medicina árabe fue sabia y cuidadosa del enfermo

Los árabes, asentados en la península de Arabia y en Medio Oriente preislámico antes del siglo VII a.C., tenían una organización tribal y una vida nómada en los desiertos. Habitados a la vida y tradiciones libres admitían sólo la autoridad de sus jeques. Los unía una lengua común. Desarrollaron el comercio en caravanas y en algunas regiones constituyeron ciudades de importancia como La Meca, Yatreb (Medina) y Petra –los nabateos eran de origen árabe–. Entre los árabes del Medio Oriente, actuales Siria y Líbano, se formaron comunidades cristianas antes del Islam, hoy extendidas.

21 Era un imperio de habla griega, con elites cultas y pueblo pobre. El Cristianismo de Bizancio se separó de la autoridad papal en el Gran Cisma de Oriente (1054). Los emperadores bizantinos dominaron la vida eclesiástica dando lugar al llamado césaropapismo. Bizancio se expandió en la cuenca del Mediterráneo oriental, hasta que el Islam conquistó Alejandría en el 662.

La religión del Islam fue iniciada por Mahoma en el siglo VI. Predicaba el monoteísmo: “No hay más dios que Alá y Mahoma es su profeta”. Su enseñanza está contenida en el **Corán**, escrito en árabe después de su muerte²².

Los árabes impulsados por el **Islam** crearon o transformaron grandes ciudades –Damasco, Bagdad, El Cairo y Córdoba– y formaron un amplio imperio entre los siglos VIII y XIII.

Desarrollaron una refinada cultura y fortalecieron las ciencias, tradujeron textos griegos con el auxilio de sabios persas, judíos, sirios y cristianos.

El mismo Mahoma curaba heridos y asistía enfermos. Se atribuye al Profeta el dicho (hadits): “hay dos ciencias fundamentales, la religión que es la salvación del alma y la medicina que es la salvación del cuerpo...” (Tau, 2005). El Corán atribuye los bienes y aún los males al único Dios, quien también había creado los remedios. El Corán contiene normas higiénicas de carácter sagrado a similitud del Talmud. La enfermedad se considera como una prueba en esta religión que, como la cristiana, concibe la muerte como un tránsito de estado y promete a sus fieles un paraíso sobrenatural.

Los reyes persas reunieron sabios en **Gundishapur** donde fundaron la escuela médica y los hospitales. “La toma de Gundishapur está en el origen del desarrollo científico del Islam, porque esta ciudad era el centro científico más importante del Asia Central, por la influencia del saber griego, persa e hindú. A eso debe agregarse una inclinación innata por la observación, la experimentación y el sincretismo cultural que es propio de los árabes, pero el periodo de oro corresponde al Islam árabe” (Tau, 2005).

“Las figuras importantes son **Al Razi** (Rhazes), (864-932), nacido en Persia, médico, químico y farmacólogo, quien escribió un libro sobre enfermedades de los niños, enfermedades eruptivas y el uso de agentes terapéuticos –como el agua fría, el alcohol, que le debe su nombre (en árabe khul), y las ventosas–. Pero lo más interesante es su tratado sobre la viruela que tuvo difusión durante varios siglos”.

“**Avicena**, Ibn Sina, nacido alrededor del año 780 en el Turkmenistán, con fama de filósofo, debe ser llamado también con justicia el príncipe de los médicos. Tuvo inquietudes médicas y su trabajo más célebre, el **Canon**, comprende estudios de fisiología, higiene, patología y terapéutica. Identificó a la tuberculosis y la meningitis, se aventuró en la cirugía, diseñando instrumental quirúrgico y el uso de anestésicos. Sus obras fueron traducidas a varios idiomas y fue la base para los médicos españoles, franceses e italianos hasta el siglo XVIII”.

“En el campo de la cirugía el más célebre fue **Abulcasis**²³, de Córdoba, inventor de varios instrumentos quirúrgicos famosos desde el siglo XIV. La primera impresión de sus obras, en latín, es de 1497 y hay impresiones hasta 1861. Describe el tratamiento de cataratas por reducción, la litotricia, hemorragias y el uso de anestésicos, incluso en cirugía y de términos de oftalmología. Pero se cita a **Ibn Al Haizam** (965-1040) llamado Alazen, como el padre de la óptica, con descripciones del ojo humano, de los fenómenos de reflexión y refracción y experimentos con segmentos curvos o esféricos por el poder aumentativo de los lentes”.

“El Islam desarrolló los formatos para la utilización de plantas y preparados con fines terapéuticos, jarabes, en árabe jarub, pomadas, ungüentos y grageas, todas ellas palabras de origen árabe. Junto a ello el establecimiento de los primeros dispensarios y herboristerías, por ejemplo en los bazares El Cairo, Damasco, Córdoba y Bagdad”.

“La **alquimia** la desarrollaron desde su primitivo foco, Alejandría y allí aparecen además del alcohol, distintos preparados como el ácido sulfúrico, el ácido nítrico que mezclado con ácido hidrocórico se denominó, durante siglos, agua regia. Lo mismo que los procedimientos de destilación. Gran figura es **Yabir Ibn Hayyan**, que vivió entre los siglos VIII y IX” (Tau, 2005) [Cuadro 16.a].

22 El Corán admite la veracidad de los patriarcas y profetas bíblicos, incluso de Jesús. Mahoma comenzó a predicar el Islam en el 610 y hostilizado en La Meca -ciudad sagrada de los musulmanes- se refugió en Medina en el año 622, la “Hégira” comienzo de la cronología musulmana. A la muerte de Mahoma (632) toda Arabia era musulmana. Sus sucesores iniciaron una expansión que culminó en un imperio desde el Oriente Medio hasta el Indo, y desde el Norte de África hasta el sur de España, hacia mediados del siglo VIII. Alcanzaron su apogeo en los siglos IX y X. La presión de los mongoles en Asia y la reconquista cristiana en España desencadenaron su retracción a partir del siglo XIII.

23 Su nombre era Abul Qasim Jalaf Ibn Al Abbas Al Zaharawi.

La medicina de los árabes

- religión monoteísta predicada por Mahoma (s. VII)
- imperio extendido (s. VIII a XIII)
- conservación y traducción textos médicos griegos
- alta cultura e inicio de las ciencias
- escuelas médicas y hospitales:
 - Gundishapur
 - Bagdad
 - El Cairo
 - Córdoba
- figuras prominentes :
 - Rhazes (s. X): hospital de Bagdad
 - Avicena (s. XI): El Canon

Cuadro 16.a

Maimónides era un médico judío del siglo XII hispánico, bajo el califato de Córdoba, en el que convivían las tres religiones monoteístas. Tiempos de intolerancia lo llevaron a Egipto, donde su comunidad lo hizo rabino. Sus obras de medicina fueron numerosas (Sendrail, 1983:208). Abordó la higiene como promoción de la salud y dejó su **Oración del médico**, pieza maestra de ética profesional.

Oración de Maimónides

Llena mi alma de amor por el Arte y tus criaturas.

No permitas que la sed de lucro y la ansiedad de gloria influyan en el ejercicio de mi profesión, pues como enemigos de la verdad y el amor al prójimo, fácilmente podrían alucinarme y apartarme del noble deber de hacer el bien a tus hijos.

Sostén las fuerzas de mi corazón para que siempre se halle presto a servir a ricos y a pobres, a amigos y a enemigos, a buenos y a malvados.

Haz que yo no vea en quien sufra sino al prójimo, que mi espíritu permanezca siempre claro junto al lecho del paciente, sin pensamiento alguno extraño capaz de distraerlo, para que recuerde todo cuanto la ciencia y la experiencia le hayan enseñado, pues son grandes y sublimes las investigaciones científicas cuyo objeto es conservar la salud y la vida de tus criaturas.

Induce a mis enfermos a confiar en mí y en mi profesión, a obedecer mis prescripciones y consejos. Aleja de ellos la turba de charlatanes, de parientes y de intrusos, cuyas miles de opciones, inspiradas por la vanidad y por la presunción de saberlo todo, los hacen casta peligrosa que frecuentemente frustra las mejores intenciones del arte y conduce hacia la muerte de tus criaturas.

Si los ignorantes me critican y me mofan, hazme una coraza del amor al arte que me conserve invulnerable para perseverar en la verdad a despecho del prestigio, de la edad y de la fama de mis enemigos.

¡Dios mío!, concédeme paciencia e indulgencia ante los enfermos tercos y malcriados. Hazme siempre moderado, insaciable solamente en el amor a mi ciencia.

Aleja de mí la pretensión de saber y de poderlo todo. Dame fuerza, voluntad y ocasión para acrecentar incesantemente mis conocimientos y descubrir en mi saber los errores ayer no sospechados, pues es grande el arte y en él puede penetrar más y más el espíritu del hombre.

Moisés ben Maimón (1135-1204)

Recuadro 11

La ciencia árabe fue un “inmenso movimiento de curiosidad intelectual y de actividad creadora” (Arnáldez, 1971:474 y ss). A diferencia de los griegos, la mentalidad que la impulsaba era menos contemplativa y más utilitaria, aplicable a las necesidades de la vida.

Si bien su fuente principal fue la ciencia alejandrina, supo aprovechar el aporte de conocimiento de persas e hindúes, estos últimos avanzados en Medicina. Es así como la traducción de textos de esos orígenes ayudó a conservarlos. La etapa de traducciones fue seguida de investigaciones y producciones propias en todas las disciplinas, que legaron a Occidente.

En cuanto a organización, la Ciencia cobró relevancia política en el ámbito musulmán impulsada por los califas que fundaron academias en Bagdad, Damasco, El Cairo y promovieron las ciencias y las artes en Córdoba y Sevilla.

17.- La Alquimia abrió los caminos de la química

La alquimia se desarrolló en Europa Medieval traída por los árabes. Adquirió nueva forma en el Renacimiento, y se abrió a la química del siglo XVIII.

Se trataba del arte de transmutar los metales, en particular de preparar oro como metal perfecto. Estaba rodeada de misterio y su función era encontrar el secreto de la piedra filosofal y la fuente de la permanente juventud.

La **piedra filosofal** permitiría la transmutación de los metales en oro y tendría un efecto terapéutico de panacea ya que la piedra licuada era el elixir de la larga vida. De esta manera a la vez que arte, era una práctica orientada a curar la enfermedad y prolongar la vida²⁴.

La observación le permitía diferenciar los minerales, clasificarlos y encontrar técnicas para lograr aleaciones.

La **alquimia** se originó en Alejandría (Egipto) y allí parecen haberla aprendido sabios griegos del siglo VII y VI a.C (Pérgola y Okner, 1986:228). Los árabes, la obtuvieron de sabios sirios, y la llevaron a Europa Medieval.

Rhazes, más experimentador, aplicó la alquimia a la medicina. No obstante las críticas de su tiempo, la alquimia se liberó de la magia e inició acciones experimentales como la destilación y la fermentación y, en ese sentido, fue precursora de la química (Arnáldez, 1971) [Cuadro 17.a].

La Alquimia

<p>Ars magna:</p> <ul style="list-style-type: none">- transmutación de metales,- secreto de la piedra filosofal,- la panacea de la eterna juventud,- paso primigenio de la química. <p>Nacida en Alejandría (Egipto):</p> <ul style="list-style-type: none">- rodeada de hermetismo,- llegó a Grecia y Bizancio,- cultivada por los árabes,- pasó al Medievo cristiano.

Cuadro 17.a

24 La alquimia era una forma de la inquietud del alma por buscar el fin del hombre a través de símbolos, era la empresa de buscar el tesoro perdido por la Humanidad por medio del trabajo y la virtud (Cirlot, 1995:64; Jung, 1970). Los alquimistas buscaban la “coincidentia oppositorum” con un destino distinto al que podía imaginarse después de la modernidad.

18.- Los procesos de la Europa Medieval florecieron en el Renacimiento

La Edad Moderna se inició en el siglo XV, ya sea con la caída de Constantinopla (1453) o con el descubrimiento de América (1492) y terminó a fines del siglo XVIII. La historia no se interrumpe, la periodización está ordenada a estudiarla para una mayor comprensión de los procesos históricos (Tau, 2005).

Entre los siglos XI y XIII, se desarrollaron fuertes movimientos sociales y religiosos. Las **Cruzadas**, expediciones para reconquistar el Santo Sepulcro de Jesucristo de los musulmanes, dueños de Jerusalén, movilizaron cantidad de nobles y masas populares. Además, las luchas debilitaron a los señores feudales²⁵.

Las guerras eran permanentes y, con ellas, venían el hambre, las pestes y las crisis demográficas. Los nuevos inventos, los descubrimientos y asentamientos de españoles en América y portugueses en África y Asia, abrieron rutas nuevas al intercambio y con ellas una primera globalización²⁶.

Se consolidó la burguesía, aumentó la población y se enriquecieron las ciudades. Se produjeron grandes descubrimientos científicos con Copérnico (s. XVI), Galileo y Kepler (s. XVII)²⁷.

En la Iglesia se habían sucedido movimientos espirituales buscando una religión más pura. Su cumbre fue San Francisco de Asís y sus "frailes menores" en el siglo XIII²⁸.

Italia fue la cuna del Humanismo (s. XV). El hombre fue presentado como centro del espacio y el tiempo y con él su razón, aún impregnada de religiosidad. Se revalorizó la cultura clásica grecolatina y se activaron las formas de encuentro y comunicación entre sabios de distintas naciones. Los Papas promovieron las obras de arte y la cultura y junto a ellos otros mecenas.

Junto al Humanismo se gestó el Renacimiento, innovación en el pensamiento y en el arte. Se gestó, primero en Italia y después en el resto de Europa, con expresiones artísticas que dejaron monumentos y obras de gran belleza, inscribiendo en la historia los nombres de Leonardo da Vinci, Rafael Scianzio, Miguel Ángel Buonarroti y otros grandes artistas.

Los descubrimientos geográficos iniciaron el proceso de conquista y colonización de América por los españoles que se encontraron con algunas civilizaciones autóctonas desarrolladas.

Algunos movimientos cristianos se apartaron de la autoridad y la doctrina del catolicismo romano. La Reforma fue encabezada por Martín Lutero en Alemania, en oposición al Papado y con motivo de la venta de las indulgencias. Propugnó una religión interior basada en la lectura individual de la Biblia, ajena a los sacramentos y el sacerdocio.

La concepción pesimista de que el hombre había sido absolutamente corrompido por el pecado original y sólo la gracia divina podía salvarlo: *Sola gratia, sola scriptura*.

Calvino predicó la predestinación. El trabajo, el ahorro y la austeridad fueron presentados como virtuosos y el éxito y la fortuna como signos de predestinación positiva²⁹.

La Iglesia Católica convocó un **Concilio Ecuménico en Trento** donde el diálogo entre las posiciones culminó en ruptura. Se generó un movimiento de reforma en que la Iglesia afirmó su doctrina y ajustó su disciplina al impulso de teólogos que le permanecieron fieles³⁰.

25 Aunque no consiguieron después de la 1ª cruzada retener Jerusalén abrieron nuevos contactos culturales y comerciales entre Oriente y Europa. Las ciudades italianas, que proveyeron las flotas de transporte, se fortalecieron junto a las burguesías, se abrieron camino en lo mercantil y fundaron instituciones autónomas del poder feudal. Se revalorizó la moneda y se difundieron los créditos, un capitalismo mercantil. Los artesanos migraron del campo a las ciudades y constituyeron corporaciones de autoprotección. Las tensiones internas produjeron confrontaciones y levantamientos sociales. Las ciudades se aliaron con los reyes contra el poder feudal, y, se constituyeron unidades políticas mayores y centralizadas: las naciones. Ciertas decisiones de los reyes debían ser aprobadas por asambleas de nobles, clérigos y burgueses. La Iglesia durante el siglo XII mantuvo poder sobre los monarcas pero el enfrentamiento de los Papas con los Emperadores primero y con los mismos reyes después, debilitó su influencia política.

26 Desde fines del siglo XVI compitieron con ellos holandeses, ingleses y franceses.

27 En el siglo XIII resurgieron las letras con Dante Alighieri, Petrarca y Boccaccio y se formaron las lenguas románicas, en este caso el italiano. Se independizaron de la tradición medieval diversos aspectos del pensamiento y de la realidad en primer lugar la política con la obra de Nicolás Maquiavelo (*El Príncipe*, 1513).

28 Los dominicos y los jesuitas españoles plantearon el Derecho de Gentes, la solidaridad entre naciones, el principio de justicia entre pueblos y el requerimiento de una causa justa para la guerra (Kinder y Hilgemann, 1980:273).

29 Max Weber, en el siglo XX, publicó una obra cuyo título expresa su hipótesis: **"La ética protestante y el espíritu del capitalismo"** (1904-05).

30 San Ignacio de Loyola fundó entonces (1534) la **Compañía de Jesús** (Jesuitas) para predicar entre los cristianos separados que se llamaron "protestantes" (1530) y para misionar en continentes lejanos.

Enfermedades en el mundo moderno

Las enfermedades mentales se atribuyeron al Demonio: su posesión hacía perder la razón y el tratamiento era inhumano. Un movimiento médico que a principios del siglo XVI tendió a cambiar el concepto demoníaco de la enfermedad mental, se propuso la creación de hospitales para locos sin tratamientos violentos.

La colonización de América produjo el intercambio de enfermedades entre civilizaciones. La **sífilis**, cuyo origen americano parece fruto de una mutación en los tripanosomas del pian y la pinta, llegó al Viejo Mundo con el regreso de los conquistadores y se expandió durante las guerras italianas. Su nombre, mal napolitano o gálico, servía para achacar al enemigo el contagio vergonzante por vía sexual.

En el siglo XV se experimentó en Europa un crecimiento demográfico con el consecuente aumento de jóvenes. Los varones provenientes del campo buscaron su trabajo en los ejércitos mercenarios, y muchas de las mujeres en los prostíbulos de las ciudades. Así la sífilis se extendió por toda Europa.

Las guerras permanentes y su sostén por los impuestos generaron hambrunas y, a su vez, rebeliones y motines. Si bien no se produjeron otras grandes epidemias, en esta época comenzaron a reconocerse las diferencias entre las fiebres: tífus, escarlatina, difteria, coqueluche, influenza (Sendrail, 1983:324). Se formó también el concepto de contagio, de que algunas enfermedades pueden transmitirse entre personas.

Recuadro 12

La Inmunidad en los pueblos americanos

Los antiguos americanos no tuvieron contacto con la **Viruela** hasta la llegada de los europeos, ni con la fiebre amarilla hasta el tráfico de esclavos africanos.

En otros continentes algunos pueblos tuvieron procedimientos de "inmunización", tales como la aspiración de costras secas en China o la inoculación de pus de pústulas entre los africanos. En la actualidad se discute si la desaparición de los mayas fue por Fiebre amarilla, ya que aparece en pictogramas y relatos españoles (Lyons y Petrucelli, 1980:4/47).

El paludismo, en cambio, era antiguo en América. Los incas, lo trataban con hojas de coca y corteza de quina. Además padecían la enfermedad de **Carrión** (Verruga peruana) y el **Bocio** que aparecen en estatuillas (Lyons y Petrucelli, 1980:52). También en sus momias se encontraron lesiones sifilíticas.

Los mayas, pueblo de rica cultura con conocimientos de aritmética y astronomía, aplicaban en su medicina hasta cuatrocientas recetas con diferentes componentes (Lain Entralgo, 1978:37).

Por su parte, los aztecas tenían una civilización avanzada. Tenochtitlán, su capital con casi 150.000 habitantes, tenía trazo urbano, seguridad alimentaria, acueductos, letrinas públicas y sistemas de evacuación de excretas. No hay relatos de epidemias entre los aztecas, las muertes sacrificiales eran frecuentes como las guerras que las generaban. Este pueblo tenía una medicina mezcla de empírica y mágica, buena variedad de herboristería y conocimientos anatómicos.

Los incas tenían un cuerpo médico organizado. Sus conocimientos eran limitados. Su terapéutica era una mezcla de magia y religión. Uno de sus grandes legados fue la quina como remedio del paludismo.

El tráfico de esclavos, encabezado por portugueses con ayuda de reyezuelos del Golfo de Guinea, volvió a tener auge en el siglo XVII para proveer mano de obra al cultivo de caña de azúcar. Se estima que se traficaron 30 millones de esclavos africanos cuya mortalidad, entre captura y venta, alcanzaba al 50% (McNeill, 1984:158).

Recuadro 13

19. El deseo de saber logró primero el conocimiento de lo normal

La línea naturalista iniciada por Hipócrates y desarrollada en términos especulativos durante el Medievo maduró con los estudios del siglo XVI y XVII.

Andrés Vesalio, médico belga y profesor de la Universidad de Padua, perfeccionó la disección anatómica como procedimiento experimental y describió el cuerpo humano normal, superando la doctrina galénica. Su obra “De humani corporis fábrica” (La “Fábrica”, 1543) marca el comienzo de la **anatomía moderna**.

A partir de las universidades se había desarrollado una **comunidad científica internacional**, conectándose escuelas y discípulos. Fueron discípulos de Vesalio los que enseñaron a Harvey.

Guillermo Harvey era un médico inglés que estudió en Cambridge y en Padua y concentró su análisis sobre la función y el movimiento de la sangre en el organismo. Su obra “Exercitatio anatómica **de motu cordis et sanguinis...**” (1628) proclama la circulación de la sangre e inaugura la **Fisiología moderna**. Dice Lobel: “pocos minutos tarda la sangre en circular y muchos milenios el hombre en descubrirlo” (1950:91).

Marcelo Malpighi, médico italiano, hizo observaciones de alvéolos pulmonares, eritrocitos, los glomérulos renales que llevan su nombre y los vasos capilares.

La observación de los capilares confirmó la proclama de Harvey de que la sangre transcurría en círculo, circulaba. Con Malpighi nació, alrededor de 1660, la **Histología moderna**.

La Anatomía de Vesalio, la Fisiología de Harvey y la Histología de Malpighi, a las que contribuyeron una legión de sabios, **sentaron las bases científicas de una medicina nueva**. Eran sólo los fundamentos, el conocimiento de “lo normal” [Cuadro 19.a].

Si bien estos hombres eran médicos y atendían enfermos, sus conocimientos de patología y terapéutica seguían siendo de raíz galénica.

Paradigma de lo normal

El paradigma del organismo normal: (siglos XVI y XVII)

- comunidad internacional de universidades
- Vesalio y la “Fábrica” (1543): la anatomía moderna
- Harvey y “De motu cordis” (1628): la fisiología moderna
- Malpighi (c. 1660): la histología moderna

Cuadro 19.a

20.- De lo normal se llegó al conocimiento de lo patológico

“La medicina moderna ha fijado su fecha de nacimiento hacia los últimos años del siglo XVIII. Cuando reflexiona sobre sí misma, identifica el origen de su positividad, a una vuelta, más allá de toda teoría, a la modestia eficaz de lo percibido. De hecho este supuesto empirismo no descansa... sino en una reorganización de este espacio manifiesto y secreto que se abrió cuando una mirada milenaria se detuvo en el sufrimiento de los hombres”

(M. Foucault, 1966:4)

Los enfermos, hasta entonces, eran cuidados en los hospitales y en sus casas. Interventaban médicos que tenían métodos eficaces para algunas enfermedades y dolencias.

31 Este era su apodo, su nombre Teófrasto Bombast von Hohenheim.

Hubo figuras paradigmáticas entre los médicos, uno de ellos fue el suizo **Paracelso**³¹ (s. XVI), fuerte personalidad que, en la línea hipocrática, vino a recordar que el ejercicio profesional nacía del amor al arte médico y del amor al enfermo, en quien había que despertar la esperanza. Practicó la alquimia y buscó él mismo los remedios en la naturaleza, a la que concebía como una gran botica en la que Dios había puesto los medicamentos. Decía: “soy médico no para enriquecer a los boticarios sino para curar a los enfermos”.

El italiano **Girolamo Fracastoro** (s. XVI) concibió el contagio de las enfermedades infecciosas por “seminarias” vivientes que pasarían de una persona a otra (Inglis, 1968:106). Fundó así la **Epidemiología infectológica**.

También progresó la cirugía, separada de la medicina hasta el siglo XIX, buena parte de ella en manos de barberos. Una de sus figuras fue el cirujano de guerra **Ambrosio Paré** (s. XVI), de cuyo aporte se decía: “la cirugía no avanzó, hasta Paré, desde que Aquiles vendó a Patroclo”.

Paralelamente diversas escuelas (vg. iatroquímicos e iatromecánicos) intentaban la interpretación de las enfermedades aún sin conocer su patogenia³².

Un clínico principal fue el médico inglés **Thomas Sydenham** (s. XVI) quien ordenó las enfermedades en especies mórbidas, separando las agudas de las crónicas. Ese ordenamiento se consolidaría con el estudio de las lesiones encontradas en el cadáver (Lain Entralgo, 1978:315).

Juan Bautista Morgagni, estudiante de Bolonia y profesor en Padua, orientó sus estudios a los órganos enfermos y no a los sanos. Con sus 500 necropsias y la publicación de su obra “**De sedibus et causis morborum per anatomen indagatio**” (1767) nació la **Anatomía Patológica** moderna. Morgagni detectó en el cadáver la sede o lugar de la lesión que había producido la muerte. Sostenía: “es imposible determinar la esencia y las causas de una enfermedad sin la disección del cadáver”. Pero la ambición de la Medicina era encontrar los signos en el vivo para prevenir la muerte [Cuadro 20.a].

El paradigma patológico (siglo XVI y XVII)

- **Paracelso** (suizo)
 - despertar la esperanza del paciente
 - buscar remedios en la naturaleza
- **Fracastoro** (italiano)
 - concepción de los “seminarias” de contagio
 - base de la Epidemiología infectológica
- **Paré** (francés)
 - tratamiento no agresivo de heridas de guerra
- **Sydenham** (inglés)
 - clasificación de especies morbosas
 - precursor de una medicina atendida a la clínica
- **Morgagni** (italiano)
 - después de buscar lesiones en más de 500 autopsias:
 - fundó la Anatomía Patológica

Cuadro 20.a

32 Las ciencias del siglo XVII intentaban reunir razonamiento con experimentación y despegan hacia el racionalismo (Tau, 2005). El pensamiento médico se agrupó en escuelas: **iatroquímicos**, tuvieron por cabezas a **Jan Van Helmont**, **Franz de la Boe** (Sylvius) y **Georg Stahl**. **Thomas Willis** concebía la enfermedad como un proceso químico que debía tratarse con remedios químicos. Los **iatrofísicos** concebían el cuerpo como una máquina y fueron sus cabezas los italianos **Alfonso Borelli** y **Giorgio Baglivi**, **Friedrechi Hoffmann** hicieron hincapié en la fuerzas y el tono de las fibras. **Albrecht van Haller** elaboró la teoría de la irritabilidad, capacidad de reaccionar ante estímulos. El escocés John Brown, centró la patogenia en la adaptación a los estímulos del medio (Inglis, 1968:123 y ss).

La Medicina del trabajo se formalizó en la modernidad

La medicina y la seguridad en el trabajo fueron preocupaciones antiguas.

Los **gremios medievales**, desde el siglo VIII, eran mutualidades de artesanos agrupados por especialidad que, además de organizar el trabajo, se ocupaban de las condiciones de seguridad y de los accidentes y enfermedades.

En la Edad Moderna, mientras se expandía en Europa la explotación minera, el filósofo y médico Miguel **Agrícola** (1556), advirtió sobre la necesidad de ventilación y drenaje, sobre accidentes y enfermedades de los mineros y formas de evitarlas. **Paracelso**, publicó su obra "Sobre el mal de las minas y otras enfermedades de los mineros" (1567) fruto de sus observaciones en terreno.

Bernardino Ramazzini, médico de la Universidad de Padua y gran observador clínico, es el Padre de la Medicina del Trabajo con su obra "**De Morbis Artificum Diatriba**" (1700). Dice en el prólogo: "Como en épocas antiguas, también en la nuestra las naciones bien constituidas han erigido leyes con miras a obtener un buen régimen obrero; toca por consiguiente a la Medicina contribuir a su vez en auxilio y beneficio de quienes se preocupa a tal punto la jurisprudencia y empeñarse (lo que hasta ahora ha descuidado) en velar por la salud de los trabajadores para que logren practicar con la mayor seguridad posible el oficio al que se hubiesen destinado". De seguido, aborda los riesgos y enfermedades de cada oficio de su tiempo. En nuestro medio la obra fue traducida por encargo de la Sociedad de Medicina del Trabajo de la Provincia de Buenos Aires (Ramazzini, 1987:18).

Recuadro 14

A fines del siglo XVIII se comenzaron a aplicar dos procedimientos de prevención prepatogénica: la vacuna antivariólica del médico inglés Edward Jenner (1798) y el consumo de jugo de lima para prevención del escorbuto del cirujano de la Marina británica James Lind (1784).

Las enfermedades prevalentes en los siglos XVII y XVIII

Las guerras dominaron el siglo XVII y con ellas recrudescieron la despoblación de los campos, las hambrunas y las rebeliones que reclamaban pan.

La peste era **endémica** en Asia y con frecuencia llegaba a Europa por los peregrinos a La Meca. En el siglo XVII se sucedieron brotes en la mayoría de las grandes ciudades.

La epidemia de Londres de 1665 fue relatada con elocuencia por Daniel Defoe en "Diario del año de la Peste" (1722). En alrededor de tres meses hubo casi 50.000 muertos. Cesó con el gran incendio de la ciudad en 1666.

En la novela "Los Novios", clásico de la literatura italiana, escrita por Manzoni se relatan las diversas actitudes frente a la amenaza de la muerte y el contagio.

En las primeras décadas del siglo XIX la peste se retiró de Europa. Se atribuye al cambio de la rata negra (*Rattus rattus*) reemplazada por la rata gris (*Rattus norvegicus*), la primera de hábitos domiciliarios, y la segunda, temerosa del hombre, apartada a las alcantarillas.

La **viruela**, aunque menos letal, atacó también a las grandes ciudades a lo largo de ambos siglos. En 1528 llegó a América donde los indígenas no tenían inmunidad y fueron sus víctimas preferentes.

El **tifus exantemático** era mal endémico de la miseria y se reactivó entre los ejércitos durante la guerra de los Treinta Años (1618-1648).

La **gripe**, el **sarampión**, el **coqueluche** y la **difteria** producían también frecuentes epidemias (Sendrail, 1983:351).

El **paludismo** ya era endémico en las zonas pantanosas. La quinina fue llevada por los jesuitas a Europa en 1648. Su alto costo llevó a Luis XIV a comprar los derechos para usarlo en los hospitales.

La **fiebre puerperal** producía muertes maternas. La **tuberculosis** comenzó a identificarse en el pensamiento médico. El tétanos y la rabia solían confundirse.

San Vicente de Paul (s. XVII) creó un hospital para pacientes psiquiátricos. Pinel en 1793, liberó de sus cadenas a los locos del hospital de Bicêtre, escribió sobre las enfermedades que los afectaban y preconizó tratamientos humanitarios.

Recuadro 15

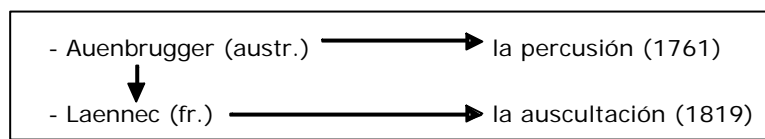
21.- La escuela anatomo-clínica fue el primer paradigma científico

Hipócrates había preconizado la detenida observación del organismo, y a lo largo de los siglos los médicos fueron detectando signos. Sin embargo, había que aguzar los sentidos e introducir instrumentos para extender las percepciones.

Recién en 1761, para el tiempo de Morgagni³³, la figura más grande en esta tarea fue el francés **Teófilo Laennec**³⁴, que describió la auscultación con el primer estetoscopio en su obra "Traite de l'auscultation médiante" (1819).

De esta manera se definía la escuela anatomo-clínica, a partir de la observación de las lesiones en el cadáver y su correlación con los signos de la enfermedad en el vivo: las especies morbosas de Sydenham (enfermedades), la sede de su lesión (Morgagni) y la expresión de sus signos (Auenbrugger y Laennec) [Cuadro 21.a].

La percepción del signo



Cuadro 21.a

Las descripciones patológicas se sucedieron rápidamente y el nombre actual de muchas enfermedades y signos recuerdan a sus descubridores: Graves, Corrigan, Stokes, Trousseau, Bouillaud, Parkinson, Adams, Cheyne, Bright, Hodgkin, Rokitansky, Skoda.

El logro acumulado del saber hasta el siglo XIX permitía la descripción de enfermedades, sus sedes y signos, pero no la interpretación de su patogenia.

22.- La fisiología impulsó la interpretación patogénica

La investigación de la etiopatogenia de las enfermedades se intensificó en el siglo XIX por diversos caminos:

- los franceses **Magendie y Bichat** la buscaron en los tejidos;
- el alemán **Virchow**, en la célula.
- el alemán **Koch** y el francés **Pasteur**, en los microbios patógenos.
- el alemán **von Pettenkoffer**, en los miasmas del ambiente.
- el francés **Claude Bernard** en el equilibrio del "medio interno"

Cuando **Charcot** buscaba lesión orgánica en enfermos neuróticos, un discípulo austríaco sostuvo que la lesión no era orgánica sino que surgía del desequilibrio en la dinámica entre el conciente y el inconciente: era **Sigmund Freud**.

Más adelante algunos de los **discípulos de Freud** (vg. Jung, Fromm) sostendrían que las enfermedades surgían de los desequilibrios en el seno de "sociedades enfermas" [Cuadro 22.a].

33 Un discípulo del clínico holandés **Boerhaave**, el vienés **Leopoldo Auenbrugger** percutió el tórax para detectar síntomas de enfermedades.

34 Discípulo de los grandes médicos franceses **Bichat y Corvisart**.

La anatomopatología y la fisiopatología

sede de la lesión	■ para Morgagni: el órgano
	■ para Magendie y Bichat: el tejido
	■ para Virchow: la célula
causa de la lesión	■ para Pasteur y Koch: los microbios
	■ para von Pettenkoffer: los miasmas
	■ para Claude Bernard: el medio interno
	■ para Freud: el inconciente

Cuadro 22.a

23.- El deseo de saber se fue consolidando

El método científico y el hábito asistencial desarrollados durante la Edad Media europea en universidades y hospitales, fueron renovados por las observaciones y experimentos. La Medicina se desarrolló entonces aceleradamente³⁵.

El alemán **Virchow** (s. XIX) concibió la célula como unidad morfológica y funcional del organismo y sede de la lesión patológica. Es considerado el padre de la Patología Celular.

La escuela fisiopatológica culminó con Claude Bernard, que no solamente sentó las bases de la fisiología moderna en su "Introducción al estudio de la Medicina Experimental" (1865) sino que definió el concepto de "medio interno" y estudió con método preciso las funciones orgánicas³⁶.

La escuela Bacteriológica llegó a su cumbre con el químico francés Louis Pasteur (s. XIX) y los médicos alemanes **Koch** y **Klebs**, abriendo camino a la etiología y control de las infecciones.

La **cirugía** se irguió como rama de la medicina científica con la apertura de cavidades merced a la antisepsia propuesta por Pasteur y aplicada por Lister, y a la anestesia.

La síntesis de la escuela miasmática y de la bacteriológica, dieron fundamento científico al control del medio ambiente como factor patógeno. En la segunda mitad del siglo XIX se construyeron grandes obras de saneamiento urbano (agua potable, cloacas) que redujeron la morbimortalidad.

El estudio de **John Snow** del brote de cólera de Broad Street (Londres, 1852), considerado modelo de epidemiología, permitió el control de la epidemia con la sola clausura de la fuente de agua, décadas antes de que Koch descubriera el vibrión.

Estos progresos aumentaron la oferta de servicios y dieron nacimiento a las instituciones médicas que debían reunir el personal y los equipos en un "espacio" especializado. Fue entonces cuando el hospital dejó de atender diversos tipos de indigentes, para dedicarse a los enfermos y constituirse en entidad medicalizada. La actividad nuclear del médico pasó a ser hospitalaria, y los pacientes privados, hasta entonces atendidos en sus casas, requirieron ahora clínicas donde se pudiera reunir la tecnología disponible.

Se iniciaba también la formación de enfermeras en la escuela fundada por Florence Nightingale a partir de 1860 [Cuadros 23.a y 23.b].

35 El francés Bichat acercó la Medicina a las Ciencias Exactas e inició la mentalidad Anatomoclínica que compartió Laennec. Magendie, discípulo de Bichat, hizo experimentación farmacológica en animales con estricnina, morfina y otras sustancias. Claude Bernard fue su discípulo.

36 La Fisiología recibió aportes de los alemanes Helmholtz (s. XIX) y Ludwig (s. XIX) del inglés Sherrington y del ruso Pavlov (s. XX).

Las escuelas y las teorías

- anatomopatológica	—————▶	Morgagni - Laennec
- patología celular	—————▶	Virchow
- fisiopatología	—————▶	Magendie - C. Bernard
- bacteriológica	—————▶	Pasteur - Koch
- miasmática	—————▶	Von Pettenkoffer
- epidemiológica	—————▶	John Snow
- enfermería organizada	—————▶	Florence Nightingale

Cuadro 23.a

Los Procesos

- métodos semiológicos
- cirugía científica
- medicalización hospitalaria

Cuadro 23.b

24.- El deseo de bienestar se extendió por los pueblos

La Revolución Industrial de mediados del siglo XVIII generó crecimiento económico. La Revolución Americana y la Revolución Francesa de fines del siglo XVIII fueron expresión política del ascenso de las masas y de la búsqueda del bienestar por medio del progreso con fuerte orientación individualista³⁷.

Junto al crecimiento se patentizaba una postergación de las clases proletarias. Las condiciones de vida variaban de un país, zona u oficio, a otros.

Antes de la Revolución Industrial los infortunios de los pobres eran atendidos por el Estado o la caridad y los desvalidos y los desocupados estaban dispersos. Hasta entonces, en las economías familiares, los bajos salarios se compensaban en especies producidas en el seno de las mismas familias.

Con esa revolución el oficio del artesano pasó al de obrero y del taller llegó a la fábrica (Tau, 2005). El pauperismo hizo explosión, los proletarios numerosos y concentrados hicieron impotente la asistencia y los salarios eran del nivel de subsistencia al tiempo que los desvalidos por accidentes laborales aumentaban. La pauperización masiva multiplicó las contingencias, se concentró e hizo patente, exhibiendo los riesgos de la pobreza y el trabajo obrero. Nació la teoría del riesgo para responder, como un instituto del "contrato social", a reducir la incertidumbre futura de riesgos acumulados y a responder con una justicia indemnizatoria (Rosanvallon, 1995:24).

La Cuestión Social de fines del siglo XIX fue una toma de conciencia del malestar proletario y también de los gobiernos para enfrentar la opción revolucionaria. Ambos actores comprendieron que la ayuda masiva requería una reforma social.

Así nacieron los seguros³⁸ promovidos por el Estado y las mutualidades. Alrededor 1850, en Inglaterra, se planteaba el modelo de Estado Providencia (Welfare State), como providencia terrestre.

En Europa surgieron reclamos por el bienestar de los sectores postergados desde tres ámbitos:

37 Ortega y Gasset sostiene que "vida significa para él (el hombre) no simple estar sino bien estar y no solo siente como necesidades las condiciones objetivas del estar" (Ortega y Gasset, 1964:32).

38 Los seguros se habían iniciado durante la revolución comercial, para cubrir pérdidas de bienes y de navíos y se extendieron a las casas y a las industrias. La sociedad percibió con demora que el mismo hombre es un bien asegurable (Rosanvallon, 1995).

- a.-La injusticia social despertó el espíritu de la gente, de los artistas y de los intelectuales, que reconocieron la insuficiencia de la beneficencia y reclamaron un orden nuevo, como el propuesto por los **socialistas utópicos**³⁹. Es así como Saint Simon (1814) sentó las bases de un **socialismo científico**⁴⁰ y el inglés Bentham sostuvo que la medida de lo bueno y lo malo es el principio de felicidad para la mayoría de los hombres. Su utilitarismo proponía un polémico sistema político con ese objetivo, basado en la soberanía parlamentaria emergente de una opinión pública ilustrada y del sufragio universal.
- b.- Los mismos proletarios se agruparon en los primeros sindicatos y mutuales. Alrededor de 1830 se extendió en el continente europeo la agresión de los trabajadores contra las máquinas, a las que consideraban responsables de sus desgracias. Esta actitud se transformó en activismo político cuya manifestación fue la Revolución de 1848. Ese año, **Marx y Engels** lanzaron, en Inglaterra, el **Manifiesto Comunista** y se creó la 1^{ra} Internacional Socialista. Ese documento gestó con su prédica “Proletarios no tenéis nada que perder excepto cadenas. Tenéis, en cambio un mundo que ganar, ¡Proletarios de todos los países uníos!”, el movimiento comunista que Karl Marx teorizaría en sus obras, la principal “El Capital”. Sus seguidores, en sucesivos encuentros internacionales, se agruparon en el socialismo, el anarquismo y el comunismo.
- c.- Algunos gobiernos europeos, concientes de la postergación proletaria, promovieron la mejora en las condiciones de vida y cobertura de infortunios⁴¹ [Cuadro 24.a].

Aspiración al bienestar

<p>Fenómenos políticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 1776 -Revolución de la Independencia EEUU ■ 1789 -Revolución Francesa <p>Fenómenos sociales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ la Revolución industrial patentizó la miseria proletaria; ■ reacción obrera contra las máquinas. <p>-sindicatos y mutuales -revoluciones francesas de 1830 y 1848 -liberalismo utilitarista -socialismo utópico -socialismo marxista</p>

Cuadro 24.a

Las clases favorecidas tenían un acceso más inmediato a los progresos científicos. La equidad exigía una organización social más justa y una mejor administración de los recursos.

A lo largo del siglo XIX hubo diversos planteos sobre Salud Pública como el reclamo de vivienda, calefacción y vestido para las clases postergadas⁴².

39 Owen, representante del Socialismo romántico, hizo experimentos sociales en sus empresas con aumento de salarios y seguros sociales.

40 Tuvo influencia en los gobiernos británicos, que intervinieron en educación, sanidad, higiene y protección de los más desfavorecidos.

41 En Inglaterra se dictaron leyes de protección a los trabajadores que reducían horarios agotadores y limitaban las jornadas de mujeres y niños. En Prusia se idearon cajas regionales para atender enfermedades de mineros y metalúrgicos, con aportes obligatorios de obreros y patronos. En Rusia, el zar Alejandro I (1865) estableció cuidados médicos gratuitos para campesinos desvalidos financiados con impuestos.

42 Castiglioni relata las normas promovidas por los médicos italianos contra la tuberculosis. Hanlon describe la conciencia pública frente a la “tragedia de la infancia” en el período de industrialización inglesa (Hanlon, J., 1973:20).

25.- Algunas doctrinas cristalizaron en organizaciones políticas

Desde fines del siglo XVIII algunos médicos intentaron organizar la Salud Pública. **Joahn Pieter Frank**, fue el organizador de la Atención Médica del imperio Austrohúngaro. En la Universidad de Pavía, Frank tituló su célebre conferencia: “La miseria del pueblo, madre de las enfermedades” (1790). En 1779 proclamó la responsabilidad de los Estados nacionales en la salud de sus poblaciones⁴³.

En las urbes europeas se afrontaban las epidemias con la institución de la “**cuarentena**”, lo que para Foucault significó “un ideal político-médico de la buena organización sanitaria de las ciudades a fines del siglo XVIII” (Foucault, 1976)⁴⁴.

El informe de **C. Turner Thackrah** (1837) sostenía que en la villa de Leeds (G. Bretaña): “cuanto menos, 450 personas mueren cada año a consecuencia de los efectos perjudiciales sufridos en las fábricas por el hacinamiento y los malos hábitos que de ello nacen...”.

En 1842 se conoció el informe de **Edwin Chadwick**, sobre la población trabajadora en Gran Bretaña. Afirmaba que “más de la mitad de los niños de las clases obreras morían antes de llegar a los cinco años”⁴⁵. El patólogo **Rudolf Virchow** diputado del Parlamento de Prusia, proclamó a los médicos abogados de los pobres y a la política, “medicina en gran escala” (Sigerist, 1943:105)⁴⁶.

La acción de los católicos fue amplia, ejemplo de ello fueron las conferencias de caridad de San Vicente de Paul fundadas en 1833 por el francés **Federico Ozanam**. Se extendieron las órdenes religiosas dedicadas al cuidado de enfermos, tal las Hermanitas de los Pobres y las de los Ancianos Desamparados. En 1843 San José Benito **Cottolengo** fundó en Turín una virtual ciudad hospitalaria para más de 8000 enfermos y discapacitados [Cuadro 25.a].

La **Iglesia Católica Romana** se pronunció, bajo el Pontificado de León XIII, en la encíclica “*Rerum Novarum*” (1891) que señalaba la obligación de los Estados en el cuidado de la suerte y la salud de los trabajadores. Reafirmó el derecho de propiedad al mismo tiempo que reclamó justicia en las relaciones entre patronos y operarios, en oposición a la lucha de clases preconizada por el Marxismo.

La organización sanitaria

- J.P. Frank: “Sistema de política médica” (1779)
 - cátedra de Pavía (1790) “La miseria del pueblo, madre de las enfermedades”
- Informe C. Turner Thackrah sobre los oficios y la salud (1821)
- Proclama de Virchow:
“Los médicos son los abogados naturales de los pobres...”
“La medicina es una ciencia social y... la política no es otra cosa que medicina en gran escala”.
- S. José B. Cottolengo: “Picccola Casa della Provvidenza” (1843)
- Encíclica “*Rerum novarum*” (1891) de León XIII sobre la justicia con las clases trabajadoras.

Cuadro 25.a

43 El sistema de Frank comprendía registros demográficos y de morbilidad, normatización del saber y práctica médica, coordinación de acciones del Estado, las Universidades y las corporaciones profesionales en base a una oficina central y una red de funcionarios sanitarios. Para entonces el francés Tenon hizo un relevamiento de los hospitales de París recomendando la corrección de sus deficiencias (1788).

44 A esta perspectiva de salud, llama Foucault “la medicina de las cosas” y la atribuye al Capitalismo moderno “que socializó el cuerpo (humano) en función de la fuerza productiva” e hizo que los Estados nacionales se preocuparan de la salud como “estrategia biopolítica” (Foucault, 1976).

45 Las leyes de Salud pública inglesas de 1875, promovidas por Disraeli, establecieron los médicos de condados.

46 Reclamos sobre la Salud popular hicieron, desde mediados del siglo XIX, médicos de otros países europeos: el francés Villermé y los españoles Ruiz de Luzuriaga, Seoane y Monlau (Lain Entralgo, 1978).

26.- La organización siguió distintos modelos

A fines del siglo XVIII en territorio argentino, bajo el virreinato de Vértiz, se fundó el **Protomedicato de Buenos Aires**, organismo originario en España y establecido en sus colonias. Tuvo impulso con su primer titular el Dr. **Miguel Gorman**, que estableció normas del accionar médico, control del ejercicio profesional, vigilancia de lugares insalubres y notificación de enfermedades.

Entre fines del siglo XVIII y mediados del XIX se oficializaron instituciones de Atención Médica en diversos países: en España y sus colonias y en EEUU (1869). Los gobiernos británicos dictaron las **Leyes de los Pobres** a fines del siglo XVIII y las mejoraron a fines del siglo XIX. Nacieron así los **“Health Services”** destinados a vacunar, notificar infecciones y detectar lugares insalubres.

En EEUU **Samuel Shattuck** (1850) promovió las estadísticas vitales y reclamó el control de la Atención Médica.

Después del logro de la unidad alemana el canciller **Bismarck**, para detener el socialismo en crecimiento, promovió leyes sociales: seguro de enfermedad (1833), de accidentes (1884) y de vejez e invalidez (1889). Las características de los seguros eran: la cotización obligatoria, el servicio médico gratuito y las prestaciones económicas⁴⁷.

En Francia se creó la **Asistencia Pública** alrededor de 1890 con el objeto de atender “a los que se encuentran, temporal o definitivamente, en la imposibilidad física de proveer a las necesidades de la vida. La Asistencia Pública no debe actuar más que a falta de toda otra asistencia” [Cuadro 26.a].

Modelos sanitarios

- Protomedicatos en España y colonias
- Poor´s Law inglesas
- Junta General de Sanidad de Gran Bretaña
- Comisión Sanitaria de Massachusetts
- Junta Estatal de Salud de EEUU
- Seguro Social y Médico alemán
- Asistencia Pública francesa

Cuadro 26.a

La enfermedades del siglo XIX

En siglo XIX no faltaron guerras y hambrunas. Una enfermedad de la patata, alimento base de Irlanda, generó desnutrición, la muerte de un millón de irlandeses y la emigración de más de medio millón (Kinder y Hilgemmann, 1980:50).

En la primera mitad del siglo, la Revolución Industrial generó hacinamiento y pobreza, las jornadas de más de 12 horas, el trabajo de mujeres y niños.

La gran enfermedad epidémica fue para Europa el **cólera asiático**, originario del valle del Ganges, que llegó en 1830. Las grandes capitales eran propicias a su difusión por la carencia de obras de saneamiento. Así el cólera, asoló 1400 ciudades y dejó 40 millones de muertos (Sendrail, 1983:371).

Se trabaron en discusión los contagionistas con los no contagionistas. La demora en aceptar la teoría del contagio, fue un drama para Europa y para el mundo (McNeill, 1984:253).

La **fiebre amarilla** siguió azotando América, Brasil en particular y en 1871 atacó a la ciudad de Buenos Aires.

La **difteria** y **fiebre tifoidea** seguían produciendo brotes con 20% de letalidad.

⁴⁷ Los médicos alemanes no se adaptaban al seguro y hubo conflictos alrededor del año 1900 en defensa de los intereses profesionales.

La **fiebre puerperal** hizo estragos hasta 1842-1843, cuando Semmelweis, en Viena, dedujo su causa y propuso su prevención mediante la antisepsia.

La **apendicitis aguda** provocó una discusión terapéutica: quienes proponían operar en agudo y quienes esperaban el absceso. Prevalcieron los últimos con la mayor mortalidad consecuente.

Entre las enfermedades mentales continuaban los intentos de clasificación con Esquirol y Morel. El primero de ellos continuó la obra humanizadora de Pinel (Sendrail, 1983:383).

Durante la primera industrialización se extendieron los tugurios y la miseria y con ellas la tuberculosis, el alcoholismo y la prostitución entre las clases proletarias. En 1843 se comenzó la fabricación de cigarrillos lo que preparó las epidemias del siglo XX (Sendrail, 1983:396).

El cuerpo médico tomó conciencia de la mortalidad infantil. Se organizaron programas de asistencia y de lactancia materna (Sendrail, 1983:398).

Recuadro 16

27.- Los modelos despertaron conciencia del derecho a la salud

Al terminar la Primera Guerra Mundial se extendió el concepto de salud como responsabilidad política. La sanidad militar organizó servicios para veteranos de guerra, creados en casi todos los países beligerantes alrededor de 1920.

La Revolución Bolchevique de 1917 creó en Rusia el modelo de Servicio Estatal de Atención Médica, con una organización centralizada, atención gratuita y pago por sueldo a los prestadores.

Los países occidentales de Europa, canalizaron la responsabilidad de los Estados a través de modelos de Seguros.

En América Latina, fueron precursores México y Chile. La evolución en Argentina se considerará en otro capítulo.

En EEUU, los seguros privados de Atención Médica nacieron alrededor de 1920: la "Blue Cross" y la "Blue Shield". Con la Gran Depresión de 1930, los seguros privados entraron en crisis. El presidente demócrata **Franklin D. Roosevelt** organizó para entonces un seguro social que, por enfrentamientos con las corporaciones profesionales no pudo extender a la Atención Médica.

En la década de 1960 después de largos debates, se establecieron los seguros sociales (Medicare y Medicaid) que combinados con los privados dieron mayor cobertura a la población estadounidense.

En Inglaterra **Lord Beveridge** (1940) ubicó la Seguridad Social dentro de la macroeconomía dando forma al **Estado Providencia**. Después de la Segunda Guerra Mundial, el gobierno laborista concretó sobre aquella doctrina, el **Servicio Nacional de Salud Inglés**⁴⁸.

González García coincide con Marshall en el sentido de que si en el caso inglés los derechos sociales son consecuencia del ejercicio de los derechos políticos, en Alemania los derechos sociales fueron garantizados para prevenir una posible expansión de los derechos políticos (González García, G. y Tobar, F., 2004).

En el plano internacional el suizo Henry **Dunnant** creó la Cruz Roja a mediados del siglo XIX.

En grandes rasgos se han recordado las líneas de fuerza que exigieron a la AM una moderna organización, con diversos modelos. Iniciada como un deseo de servir, se configuró como ciencia a partir del deseo de saber y como un reclamo a partir del deseo de bienestar, creó expectativas en los sectores más postergados y ofreció soluciones sólo en donde hubo políticas sanitarias.

28.- Las Conferencias Internacionales prepararon la creación de la OPS y la OMS

En el siglo XIX la **fiebre amarilla** atacó en brotes las costas occidentales de Europa, la peste bubónica era endémica en el imperio Otomano y la viruela en todo el mundo. El **cólera asiático** llegó por tierra al sudoeste de Rusia en 1829 y se extendió por Europa y América.

48 La crisis del Estado de Bienestar se produjo con los problemas económicos mundiales de la década de 1970 y el acelerado progreso de la Medicina que incrementaba sus costos.

Estas epidemias motivaron **Conferencias Sanitarias Internacionales**. El **cólera** fue el tema principal de las 10 primeras conferencias desde 1851 hasta fines de siglo. Las precauciones se limitaban al aislamiento de los enfermos en lazaretos, la cuarentena, los cordones sanitarios y la inspección a los barcos en puerto (Howard-Jones, 1974).

En la 5ª Conferencia, (Washington, 1881), se conoció la hipótesis del médico cubano Carlos Finlay sobre el vector de la fiebre amarilla: el mosquito *Aedes aegypti*, que luego sería confirmada por la comisión médica militar de EEUU.

La 7ª Conferencia (París, 1897) se dedicó a la **peste bubónica** que se extendía en la India.

En 1902, los gobiernos de América fundaron la **Organización Panamericana de la Salud (OPS)** que precedió en décadas a la OMS, de la que posteriormente fue y es agencia regional (Olguin, 1978).

En 1945 al concluir la Segunda Guerra Mundial, la Conferencia de San Francisco (1946), aprobó la creación de la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** que se formalizó en la reunión de Nueva York (1948) [Cuadro 28.a].

Conciencia del derecho de salud

- Organización sanitaria militar y para veteranos de guerra
- Asunción de la responsabilidad de los Estados:
 - Servicio Estatal de Salud en la URSS (1917)
 - Seguros de salud en Europa Occidental
 - Autoridad Sanitaria Federal de México (1917)
 - Seguridad Social de Chile (1924)
 - Complementación de seguros sociales en EEUU
 - Social Security Act. (F.D. Roosevelt, 1935)
 - Medicare y Medicaid (1960)
 - Plan Beveridge y Servicio Nacional de Salud británico (1948) (Estado de Bienestar)
- Creación de la OPS (1902) y de la OMS (1946)

Cuadro 28.a

29.- Las escuelas del siglo XIX se proyectaron al XX

Las principales enfermedades infecciosas habían revelado su causa microbiana desde **Pasteur, Koch** (Premio Nobel de 1905) y sus discípulos.

Ehrlich (Premio Nobel 1908) estudió el efecto de los arsenicales contra la sífilis. En 1901, Schaudinn descubrió el *Treponema pallidum* como agente de esa enfermedad⁴⁹. Conocido el agente y la prueba diagnóstica, Ehrlich estudió sucesivamente 605 preparados arsenicales para tratarla y difundió el **Salvarsán** (1909).

La **tuberculosis** se extendía por toda Europa, ya se conocía su agente y las condiciones de vida que la favorecían. Los médicos no tuvieron un tratamiento específico en el largo interregno que duró hasta el descubrimiento de la estreptomycin⁵⁰. Dos discípulos de Koch (von Behring y Kitasato) describieron el suero antidiftérico con lo que se logró reducir la letalidad del mal [Cuadro 29.a].

49 Sobre esta base Von Wassermann desarrolló su reacción diagnóstica para la sífilis.

50 Sin embargo, el italiano Carlo Forlanini, estudioso de la fisiopatología respiratoria, ideó y practicó el neumotórax artificial para el tratamiento paliativo de la tuberculosis pulmonar.

Proyección de escuelas del siglo XIX al XX

- | |
|---|
| Escuela bacteriológica de Pasteur y Koch <ul style="list-style-type: none">- Ehrlich: arsenicales contra la sífilis- Von Behring y Kitasato: suero antidiftérico |
|---|

Cuadro 29.a

30.- La Fisiología e Histopatología sentaron nuevas bases nosológicas

En fisiopatología fue el ruso **Ivan Pavlov** quien estudió la inervación simpática del corazón y la actividad de las glándulas digestivas en el perro (1900) y en 1904 recibió el Premio Nobel. Elaboró su **teoría de los reflejos condicionados** sobre experimentaciones similares.

El italiano Camilo Golgi logró una coloración argéntica para ver las neuronas y el español Santiago Ramón y Cajal, describió la sinapsis con esa coloración. Ambos merecieron el Premio Nobel de 1906.

El médico austriaco **Karl Landsteiner** (1901, Premio Nobel en 1930) descubrió los grupos sanguíneos del sistema ABO, y después los del sistema Rh.

Las transfusiones de sangre eran directas, se ponían lado a lado el dador y el receptor, se conectaban sus venas y se transfería el fluido con la presión de una pera de goma.

La conservación de sangre de dador con citrato de sodio ideado por el **argentino Luis Agote** (1917) permitió conservarla y transfundirla indirectamente [Cuadro 30.a].

Fisiopatología nerviosa y hematológica

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Pavlov (ruso, P.Nobel 1904): reflejos condicionados.- C. Golgi (ital., P.Nobel 1906): coloración argéntica de neuronas.- S. Ramón y Cajal (esp., P.Nobel 1906): la sinapsis nerviosa.- K. Landsteiner (austr., P.Nobel 1930): grupos sanguíneos ABO.- Landsteiner - Weiner: grupos sanguíneos Rh.- Luis Agote (arg.): conservación de sangre nitrada. |
|---|

Cuadro 30.a

31.- Los rayos X y los isótopos permitieron ver y tratar el organismo

Decía Pasteur que **“la casualidad en el campo de los descubrimientos favorece sólo a las mentes preparadas”** (Codex, 1964: 306).

Muchos experimentadores habían notado que placas fotográficas puestas al lado de tubos de descarga eléctrica quedaban manchadas. Fue el físico **W. Röntgen** (Premio Nobel de Física 1901) quien reconoció los rayos X. Los primeros aparatos eran costosos, 100.000 dólares de entonces, y las exposiciones prolongadas. Sin embargo los rayos X se aplicaron al estudio de fracturas, cuerpos extraños, lesiones del pulmón.

Los esposos **Pierre y Marie Curie** (Premio Nobel de Física de 1903), aislaron el radio y el polonio radiactivos. La **Curioterapia** con radio y rayos X se erigió en el primer tratamiento efectivo de algunos cánceres epiteliales.

32.- La cirugía se hizo científica

Pasteur propuso la **asepsia quirúrgica** en 1878. Para entonces comenzó la esterilización por ebullición o con autoclave y el uso de guantes de goma. La **anestesia general** se inició con protóxido de nitrógeno, éter y cloroformo [Cuadro 32.a]⁵¹.

Cirugía científica

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- asepsia quirúrgica- anestesia general con protóxido de nitrógeno, éter y cloroformo |
|--|

Cuadro 32.a

En 1893 la cirugía disponía de las tres A: antisepsia, asepsia y anestesia⁵². Los cirujanos comenzaron a lavarse y vestirse con ropa estéril antes de colocarse guantes y crearon la “**sala de cirugía**”.

Las armas usadas en la Primera Guerra Mundial, producían complicadas heridas y muchas víctimas. Así se organizaron los transportes en ambulancias y se comenzó con la selección de pacientes según sus posibilidades de recuperación.

A pesar de las limitaciones, los heridos de guerra reunieron a grupos de cirujanos que tuvieron que trabajar en condiciones precarias, a ritmos rápidos y en equipo ante la variedad de heridas bélicas. En su transcurso se hicieron las primeras transfusiones sanguíneas en 1917.

En la Segunda Guerra Mundial se aplicaron las “3 R”: reanimación, reeducación y readaptación. La reanimación progresó con la intubación traqueal y la perfusión de líquidos y sangre. En 1944 se difundió el uso de la penicilina.

33.- Los medicamentos y vacunas comenzaron a vencer enfermedades

La Diabetes mellitus, antes de 1912, tenía alta letalidad. Desde fines del siglo XIX, se señalaron los islotes de Langerhans como productores de algo que normalizaba la hiperglucemia. Los canadienses **Banting y Best** obtuvieron extractos de islotes de perro en la universidad de Toronto. La producción masiva de insulina se extrajo primero de embriones de buey desde 1922. Banting, con el director del Instituto, MacLeod, recibieron el Premio Nobel de 1923.

Las infecciones mataban a muchos heridos. El médico escocés Alexander **Fleming**, descubrió que el moho *Penicillium notatum* destruía colonias de estafilococos (1929)⁵³. El alemán **Domagk** (1935), descubrió que la sulfanilamida (Prontosil), destruía los estreptococos. Luego se lograron sulfamidas eficaces contra el neumococo.

Agrónomo ruso nacionalizado estadounidense, **Selman Waksman** fue quién descubrió la **estreptomicina** aislándola de un moho del suelo (1942). Homenajeando la continuidad de la ciencia, Waksman a quién llamaron “vencedor de la tisis”, respondió con modestia.

51 Sus descubridores fueron Wells, Morton y Snow respectivamente.

52 El austriaco Billroth, inauguró las gastrectomías que llevan su nombre (1885). En Chicago, Murphy hizo una apendicectomía en agudo (1889) y sentó el criterio de la operación temprana. En Baltimore, Halstead ideó la mastectomía radical (c. 1894) y fue quien desarrolló las residencias hospitalarias en el hospital John Hopkins (52:1.4 XX). **Alexis Carrel** había experimentado la sutura de vasos sanguíneos y el mantenimiento de órganos “in vitro”. El cerebro era inaccesible a la cirugía exitosa. El norteamericano Harvey Cushing, estableció normas de anestesia y operó con éxito un meningioma occipital.

53 La producción masiva de penicilina la lograron los bioquímicos Howard Florey y Boris Chain, de Oxford. La penicilina pudo usarse en la guerra y además se reveló efectiva para la sífilis. **Fleming**, Florey y Chain recibieron el premio Nobel de 1945.

La continuidad de la ciencia

“Sería como borrar de golpe, de la Historia de la Medicina, sesenta años de esfuerzos y de brillantes progresos, el atribuirme sólo a mí el mérito que ha obtenido la ciencia médica sobre la tuberculosis. Los nombres de Pasteur, de Koch y de Ehrlich representan siempre el punto de partida de toda investigación seria”.

(S. Waksman, Codex, 1964:306)

Recuadro 17

Con la estreptomycin, la letalidad por tuberculosis que, en 1900 era del 40%, bajó en 1947 al 0,6%. Waksman recibió el premio Nobel de Medicina en 1952.

El polaco **Albert Sabin**, nacionalizado estadounidense investigó con éxito la vacuna oral contra la poliomielitis con gérmenes vivos, de bajo costo. En 1954 el estadounidense **Jonas Salk** había preparado la vacuna con gérmenes muertos iniciándose las primeras campañas contra la enfermedad⁵⁴.

34.- La Psiquiatría se desarrolló en diversos ejes

La enfermedad mental transitó siglos cargada de prejuicios. Pinel, en Francia, y Chiaruggi, en Italia, ambos a fines del siglo XVIII, lograron elevar a los afectados, considerados prisioneros, a la categoría de enfermos (Ackerknecht, 1964).

El alemán **Kraepelin** se abocó a la descripción clínica y la primera gran clasificación de las enfermedades mentales. A él se deben los conceptos de demencia precoz, paranoia y psicosis maniaco-depresiva (1899).

Carente de recursos terapéuticos, la Psiquiatría del siglo XIX se nutrió de la neurología, su modelo fue la Parálisis General Progresiva.

Freud discutió con Charcot, su maestro, la patogenia de la histeria. De la neurología Sigmund Freud se volcó a la psiquiatría de las neurosis. Generó su teoría sobre las tópicas de la conciencia y el **método psicoanalítico** para la exploración y el tratamiento psicológico. El concepto de inconsciente se extendió al campo de las ciencias sociales.

Freud y sus discípulos, se abrieron al estudio de la **sociedad enferma**. Durkheim la había estudiado a propósito del suicidio en Francia. La antropóloga Ruth Benedict evaluó culturas arcaicas enfermas y Erich Fromm a las sociedades occidentales en vísperas del genocidio nazi. Fanon lo hizo con motivo de la guerra de Argelia⁵⁵.

La Psiquiatría, a principios de siglo, disponía del cloral, los bromuros, poco después de los barbitúricos. A partir de 1950 se descubrieron los ansiolíticos, antidepresivos y antipsicóticos.

La Psiquiatría de hoy, desde una mirada ecléctica, asume la enseñanza de todas las escuelas enriquecida por la Psicobiología.

35.- Hechos y doctrinas consolidaron una organización sanitaria

Fuera de los hospitales casi no había otras instituciones sanitarias aunque los gobiernos intervenían en salud.

54 Sabin rehusó patentar su vacuna: “No quiero que mi contribución al bienestar de la Humanidad sea retribuida con dinero” (Codex, 1964:352).

55 La mejor literatura de todos los tiempos tejió el drama con los hijos de la locura. Así Eurípides en la antigua Grecia y Shakespeare en la Inglaterra Victoriana. Cervantes presentó al loco sabio en busca de utopías: Don Quijote. Cada pueblo encontró en sus grandes literatos el análisis de locuras colectivas. Así entre nosotros: Sarmiento, Arlt, Borges, Cortázar, Ezequiel Martínez Estrada y Leopoldo Marechal.

La comprensión de la etiología colectiva de algunas enfermedades y la necesidad de proteger a las poblaciones impulsaron el **movimiento de la medicina social**⁵⁶.

En Europa se comenzaron a crear **redes de dispensarios** para asistencia integral de la tuberculosis, las enfermedades venéreas y las materno-infantiles, incorporándose la figura de la **visitadora social** y los fichajes familiares. El informe Dawson (Inglaterra, 1920) concibió y promovió los centros ambulatorios de salud con equipos multidisciplinarios y enfoques preventivos.

Citas bibliográficas

- Ackerknecht, E.H., *Breve historia de psiquiatría*. Buenos Aires, EUDEBA, 2ª edición, 1964.
- Arnaldez, R. et al. "La ciencia árabe", en Taton, R. *Historia General de las Ciencias*. Destino, Barcelona, 1971, primer tomo.
- Aymard, A. y Auboyer, J., "Oriente y Grecia Antigua", en Crouzet, M. (dir) *Historia general de las civilizaciones*. Destino, Barcelona, 5ª edición, 1967: 164, 206. Cfr. Toynbee A. J. Estudio de la Historia (Compendio D.C. Somervell) Alianza, Madrid, 2ª edición, 1971, 1º tomo 62.
- Barfield, T., *Diccionario de la Antropología*. Siglo XIX, México, 2000. Artículos: Luhmarmt, T: Magia; Ruck C: Mito; Bueksler A: Ritual.
- Castiglioni, E., *Historia de la Medicina*. Labor, Barcelona, 2ª. Edición, 1941.
- Childe, V. Gordon, *Los orígenes de la civilización*. FCE, México, 3ª edición, 1964.
- Cirlot, J. E., *Diccionario de símbolos*. Labor, Barcelona, 1995.
- Codex ediciones, *Historia de la Medicina*, Madrid, Codex, 1964, segundo tomo.
- De la Quintana, P., Medicina social, "Sociología médica y Sociología de la Salud", en Lain Entralgo, P. *Historia Universal de la Medicina*, Barcelona, Salvat, 1975, séptimo tomo.
- Deschamps, J. H., "La historia de la cirugía", en Ortíz, F. E., Miranda, N., Moirano, J. J. y Fassi, J. C., *Cirugía. Semiología. Fisiopatología. Clínica Quirúrgica*, Buenos Aires, El Ateneo, 3ª edición, 1993:41.
- Diamond, J., *Armas, gérmenes y acero*, Debate, Madrid, 1998.
- Foucault, M. *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI, México, 1966.
- Foucault, M. "La crisis de la medicina y la crisis de la antimedicina", OPS. Revista Educación y Salud, 1976, páginas 152-170.
- González García, G. y Tobar, F., *Salud para los argentinos*. Buenos Aires, Isalud, 2004.
- Grelot, P., *Introducción a los Libros Sagrados*. Buenos Aires, Stella, 1965.
- Grennet, P. B., *Historia de la Filosofía antigua*. Barcelona, Herder, 1980:92, 114, 145, 191, 254.
- Haggard, H.W., *El médico en la historia*. Buenos Aires, Sudamericana, 1962.
- Hanlon, J., *Principios de Administración Sanitaria*. México, Prens. Med. Mex, tercera edición, 1973.
- Hoebel, E. A. *El hombre en el mundo primitivo*. Barcelona, Omega, 1961.
- Howard-Jones, N., Antecedentes científicos de las Conferencias Sanitarias Internacionales, en Crónicas de la OMS, 1974, nº 28, 256 y 275.
- Inglis, B., *Historia de la medicina*. Barcelona, Grijalbo, 1968.
- Jaeger, W. Paideia. Los ideales de la cultura griega. FCE, México, 1957.
- Jaspers, K., *La filosofía*. México, FCE, sexta reimposición, 1973.
- Juan Pablo II. Encíclica "Salvifici doloris". El sentido cristiano del sufrimiento humano (1984) Buenos Aires, Paulinas, 1984. Cfr. Pannikar R. *Humanismo y cruz*. Madrid, Rialp, 1963.
- Jung, C. G. *Los arquetipos e inconsciente colectivo*. Buenos Aires, Paidós, 1970.
- Kahler, E., *Historia universal del hombre*. México, FCE, 1946.
- Kinder, H y Hilgemann, W., *Atlas histórico mundial*. Madrid, ISTMO, 1980, 10ª edición, primer tomo.
- Lain Entralgo, P., *Historia de la Medicina*. Barcelona, Salvat, reimposición, 1978.
- Lain Entralgo, P., "La relación médico-enfermo". Revista Occidente, Madrid, Historia y teoría, 1964.
- León-Dufour, X., *Los milagros de Jesús*. Madrid, Cristiandad, 1979, Cap.II (Grelot, F.) y Conclusiones (León Dufour X).

56 Jules Guerin publicó en París sobre la desprotección sanitaria de grandes sectores (Lain Entralgo, 1975:416). Grotjham (1911) estudió las enfermedades según frecuencia y factores sociales e impulsó la Higiene Social. Gottstein, Scholsmann y Teleky (1925), como Mosse y Tgendreich (1912) reclamaron la accesibilidad igualitaria a la salud. Winston Churchill promovió la acción del Estado británico en ayuda de la pobreza (1908). El belga René Sand (1929) extendió el criterio social de la Medicina a todas sus ramas.

- Lobel, J., *Historia suscita de la Medicina mundial*. Buenos Aires, Espasa-Calpe, 1950.
- Lyons, A. S. y Petrucelli, R. J., *Historia de la Medicina*. Barcelona, DOYMA, 1980 (Argus-laboratorios Glaxo).
- Malinowsky, B., *Magia, ciencia y religión*. Barcelona, Ariel, 1974.
- Marias, J. y Laín Entralgo, P., *Historia de la Filosofía y la de Ciencia*. Madrid, Guadarrama, 1964. Cfr. y Ferrater Mora, J. *Diccionario de filosofía abreviado*. Buenos Aires, Edhasa-Sudamericana, 5º edición, 1980; Madrid, Asimov I, *Enciclopedia biográfica de Ciencia y Tecnología*. Madrid, Alianza-Revista Occidente, 1973.
- Martín Rodrigo, R. *Compasión y solidaridad: dos armas cargadas de futuro*. (Comentario exegético de la Parábola del Buen Samaritano), en *Labor hospitalaria*, 231:44-50; s/f.
- McNeill, W.H., *Plagas y pueblos*. Madrid, Siglo XXI, 1984.
- Miroli, A. B., *La medicina en el tiempo*. Buenos Aires, El Ateneo, 1978.
- Mumford, L., *Técnica y civilización*. Madrid, Alianza Universitaria, 1971.
- Olguin, U., *Los organismos internacionales de atención de la salud*, en Sonis, A. y col. *Medicina sanitaria y administración de la salud*. El Ateneo, Bs. As., 1978, segundo tomo, p. 822 y ss.
- Ortega y Gasset, J., *Meditación de la técnica*. Madrid, Rev. Occidente, quinta edición, 1964.
- Pérgola, F. y Okner, O. H., *Historia de la medicina. Desde el origen de la humanidad hasta nuestros días*. Buenos Aires, Edimed, 1986.
- Perroy, E. y otros, "La Edad Media. La expansión del Oriente y el nacimiento de la civilización Occidental", en Crouzet, M., *Historia general de las civilizaciones*. Barcelona, Destino, 5ª edición, 1977, tercer tomo, p. 7-10.
- Platón, *La República*. Buenos Aires, EUDEBA, 1963.
- Ramazzini, B., *Disertación acerca de las enfermedades de los trabajadores*. La Plata, Soc. Med. Trab. PBA, 1987.
- Ricciotti, G., *Vida de Jesucristo*. Barcelona, Miracle, novena edición, 1968.
- Rof Carballo, J., *Medicina y actividad creadora*. Madrid, Revista Occidente, 1964.
- Romano, R. y Tenent, A., *Los fundamentos del mundo moderno. Edad Media tardía. Reforma y Renacimiento*. Madrid, Siglo XXI (vol. 12º), 25ª edición, 1998:3.
- Romero, J. L., *Historia Universal*. Buenos Aires, Atlántida, 1971.
- Rosanvallon, P., *La nueva cuestión social. Repensar el Estado Providencia*. Buenos Aires, Manantial, 1995.
- Salvaggio, S., *Premios Nobel. La Fundación y biografías de los galardonados*. Barcelona, Ramón Sopena, 1980.
- Sendrail, M., *Historia cultural de la enfermedad*. Madrid, Espasa Calpe, 1983.
- Sigerist, H., *La medicina y el bienestar humano*. Buenos Aires, Iman.
- Tau, L. A., *Aportes y reflexiones*. La Plata, Escritos inéditos, 1994 y 2005.
- Unamuno, Miguel, (XX) de, *Vida de Don Quijote y Sancho*. Madrid, Espasa-Calpe, 14ª edición, 1966:104.
- Watts, Sh., *Epidemias y poder. Historia, enfermedad, imperialismo*. Santiago de Chile, A. Bello, 2000.

LAS POLÍTICAS DE SALUD INTERNACIONALES

José María Paganini*
-Contribución especial-

La definición de políticas de salud en el ámbito internacional es una importante fuente de orientación y de reflexión para analizar el desarrollo de las políticas nacionales en salud colectiva.

Estas políticas, si bien de distintos orígenes, tienen una característica común que es su aceptación generalizada en un determinado momento histórico del desarrollo de la teoría y práctica de la Salud Pública.

Un primer origen de las políticas internacionales surge a partir de opiniones de expertos, de resultados de investigaciones epidemiológicas o de sistemas y servicios de salud. Los mismos, cuando son aceptados e incorporados en los contenidos y definiciones de política adquieren las características internacionales en la mayoría de los países.

Un ejemplo del origen de conocimientos sobre la salud colectiva y las relaciones del desarrollo económico social con equidad se encuentra ya en la concepción histórica de la medicina social y en los conocimientos aportados a través de investigaciones de epidemiología social y de las ciencias sociales aplicadas a la salud como la sociología y la antropología social (Sonis, 1968; San Martín, 1970; White, 1992).

Los mismos han contribuido a definir a través de la historia **consensos de opinión** y discursos de políticas de salud orientados hacia el **desarrollo económico social** con equidad.

Ya **Hipócrates** en su enfoque holístico del concepto de salud-enfermedad destacaba la importancia de la influencia del ambiente en la salud colectiva y su relación con la situación social.

Esta concepción holística de la salud y sus relaciones con el medio social y económico ha sido enriquecida y confirmada en los clásicos estudios epidemiológicos realizados en el siglo XIX, los que presentan nuevas evidencias sobre las relaciones de la situación social de la población con su nivel de salud.

Entre otros cabe mencionar los estudios realizados por **John Snow** y **William Farr**, en Londres, sobre las epidemias de cólera y su relación con poblaciones con altos grados de pobreza y carencia de saneamiento básico y de provisión de agua segura; así como los de **Louis Villermé**, en París, quien relacionó las tasas de mortalidad de la población con su situación económica (1826); y los estudios de **Rudolph Virchow**, en Alemania, quien denunció la relación de una devastadora epidemia de fiebre tifoidea en distritos industriales de Silesia con factores económicos y sociales. Para su tiempo, poco podía esperar del tratamiento médico y proponía una reforma hacia “una democracia completa y sin restricciones” que comprendiera educación, libertad y prosperidad (Rosen, 1985:76)¹.

La estrecha relación entre la teoría y la práctica médica y sus resultados a nivel poblacional fue enfatizada por Virchow cuando afirmó que **“la medicina es una ciencia social, y la política no es otra cosa que la medicina en gran escala”** (Virchow, 1992:18).

* José María Paganini es PhD y director del Centro INUS, Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP.

¹ Virchow adhirió en Berlín a la Revolución de 1848 y comenzó a publicar un semanario sobre “La Reforma Médica”. Un colega de su grupo, J. Neumaun, elaboró un proyecto de Ley-Plan de Salud Pública para Prusia (1849). Virchow, alrededor de 1870, fue diputado al Parlamento donde predicó su doctrina y, desde la oposición, impulsó al gobierno de Bismarck a la creación de seguros sociales y médico. Su actividad política, en virtud de su calidad de investigador en patología, no impidió que llegara a ser el padre de la Patología celular (Rosen, 1985).

Las relaciones entre salud y desarrollo económico social que avalan la definición de políticas sociales y de salud colectiva surgen también por las investigaciones recientes aportadas entre otros por Wilkinson y Kawachi.

Al estudiar la relación entre desarrollo económico y esperanza de vida Wilkinson (Wilkinson, 1997) encuentra que la diferencia de ingresos es la variable económica más relevante que afecta el nivel de salud.

Es decir que se vuelve a afirmar lo ya explicitado en el siglo XIX: que la situación de salud de una población es función de la distribución justa de los recursos de la economía a toda la población.

En este mismo campo, **Kawachi** realiza también aportes de interés (Kawachi, 1999).

Analizando la relación entre situación de salud y pobreza, Kawachi afirma que es la **cohesión social** de una comunidad la que influye sobre la salud colectiva y que ello se logra reduciendo las diferencias de ingreso y otorgando igualdad de oportunidades en los sectores sociales de mayor capacidad distributiva potencial como la salud y la educación.

Como se puede apreciar, la necesidad de definir políticas de salud que contemplen su íntima relación con el desarrollo social con equidad, no es nueva.

Estas reflexiones que llevan ya más de 150 años son, sin lugar a dudas, aportes importantes a las políticas de salud actuales. En ellas se afirma la necesidad de lograr desarrollos económicos sociales con justicia y equidad como elementos sustanciales para la salud colectiva.

Los aportes de pensadores de la medicina social y los recientes estudios de la investigación epidemiológica así lo sustentan.

A partir de la década de 1950 con la creación de **organismos internacionales especializados** dentro del marco de las Naciones Unidas, la definición de políticas globales tiene un origen y consenso institucional claramente definido.

Estos organismos se identifican como aquellos destinados a aspectos generales del desarrollo como el **Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)**, o los organismos de la ONU en el campo de la economía como el **Banco Mundial (BM)**.

En el campo específico de la salud colectiva se identifican el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (**UNICEF**), el Programa de Naciones Unidas para la Alimentación y Nutrición, la organización Internacional del Trabajo (**OIT**), y más específicamente la Organización Mundial de la Salud (**OMS**) cuya representación en las Américas ejerce la Organización Panamericana de la Salud (**OPS/OMS**).

El análisis de algunas de estas políticas de salud colectiva de las últimas décadas a través de estos organismos internacionales son de utilidad con el fin de observar sus características y de reflexionar sobre su pertinencia y utilidad en el marco de las necesidades de desarrollo de la salud presente y futura.

Comenzando por la década de 1960 encontramos un importante documento de política sanitaria regional denominado el **Plan Decenal de Salud para las Américas** (OPS, 2001).

Este plan fue aprobado por todos los Ministros de Salud participantes en la reunión realizada en Punta del Este (Uruguay, 1961) e incluía al sector Salud como objeto y sujeto del Desarrollo.

En el mismo, al definir el concepto universal de la salud, se decía:

“...la salud es un producto intersectorial y depende del desarrollo global. Las decisiones económicas no deben perder de vista que la finalidad de la economía es el hombre y su bienestar, ya que el hombre no es sólo un medio de la economía sino su fin, su destino, su sentido, y su razón de ser” (OPS, 2001:4).

Como se puede apreciar, esta amplia definición de política originada en un organismo especializado de salud reafirma conceptos ya emitidos en los últimos 150 años.

En este informe ya se mencionaba que las tasas de mortalidad materna eran entre cinco a siete veces más elevadas en América Latina y el Caribe que en América del Norte (OPS, 2001:4). Se mencionaba además que el desafío de la década era el proveer de servicios al 37% de los habitantes que no recibían Atención Médica (OPS, 2001:17).

Una nueva definición de política de salud colectiva surge en la década de 1970 cuando la mayoría de los gobiernos integrantes de la OMS aprueba en 1977 la declaración de la **Meta de Salud Para Todos**: “la principal meta social de los gobiernos en los próximos decenios debe consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo, en el año 2000, un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva” (Gómez López, 1988:1087).

Posteriormente, en la conferencia de **Alma Ata** (Kazajstán, Asia central) bajo el patrocinio de la OMS y la UNICEF (1978), se define a la **Atención Primaria como la estrategia** para su desarrollo (OMS-UNICEF, 1978).

Ambas definiciones de políticas y estrategias son dos hechos históricos fundamentales del sector salud en la lucha contra la desigualdad.

Los mismos se basan también, como las políticas anteriores, en la falta de equidad que surge del análisis de las diferencias en los estados de salud de las poblaciones. Basta mencionar algunas definiciones encontradas en documentos sobre la Estrategia de Atención Primaria:

- el sistema de salud es un componente del **desarrollo social** y un instrumento de **justicia social**
- toda población debe estar cubierta con **servicios básicos** de salud
- reafirmación del principio de **equidad**, **accesibilidad** económica, cultural y geográfica y del **rol fundamental de la comunidad**

En la década de 1980 y dentro de los cambios ocurridos en la mayoría de los países con avances positivos hacia democracias participativas, se desarrollaron políticas de salud orientadas a apoyar y responder a las necesidades de la población y la equidad en salud.

En todas ellas se mencionan, como fundamento, los limitados logros alcanzados en la distribución de la salud a toda la población.

Entre ellas se destaca la definición de las **Políticas de Promoción de la Salud** a través de la denominada **Carta de Ottawa** (Canadian Public Health Association, 1986) y su aplicación a las Américas, a través de la **Declaración de Santa Fe de Bogota** (OPS, 1992).

En ambas se hace énfasis a los prerrequisitos para la salud como la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, el trabajo, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad.

Se afirma además que una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal económico y social y una dimensión importante de la calidad de vida. Para ello se destaca la necesidad de definir políticas públicas saludables, es decir decisiones gubernamentales tendientes a impulsar la cultura de la salud, la creación de ambientes saludables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de aptitudes personales y la reorientación de los servicios de salud hacia la accesibilidad y la equidad. Hay ejemplos significativos de este tipo de políticas [Cuadro 1.a].

Políticas públicas saludables locales

- Políticas económicas que promueven el pleno empleo.
- Prohibición del expendio de bebidas alcohólicas a menores de edad.
- Prohibición de publicidad de bebidas alcohólicas.
- Rotulado de productos peligrosos.
- Prohibición de fumar en espacios cerrados, aeropuertos, oficinas públicas, servicios de salud, etc.
- Prohibiciones de publicidad de cigarrillos en torneos o eventos deportivos.
- Promoción y obligación del uso del cinturón de seguridad.
- Límites de velocidad.
- Control de alcoholemia a conductores.
- Códigos de edificación que aumentan la accesibilidad para las personas con discapacidad.
- Códigos de edificación y planeamiento urbano.
- Control veterinario de canes sueltos.
- Programa de capacitación en clasificación de residuos sólidos.
- Programa de reciclado de papel, cartón y afines.
- Programa de recolección de baterías.
- Plan de amplificación de la red de agua potable.
- Planes de forestación y recuperación de suelos erosionados.
- Talleres nutricionales a jefas de hogar bajo programas de alimentación.
- Grupos autogestionados de alimentación sana, huertas, microemprendimientos productivos, etc.
- Formación de grupos de ayuda.
- Planes municipales de vivienda.
- Programas de recreación y actividad física gratuitos para todas las edades en plazas públicas y/o polideportivos.

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. OPS, 2005.

Cuadro 1.a

El concepto de promoción de la salud a nivel municipal llevó al desarrollo de la propuesta de municipios saludables (Paganini, 1995). Esta propuesta tiende a definir el espacio geográfico en función de las características latinoamericanas respecto a la unidad político-administrativa de base: municipio, alcaldía, departamento². Es parte, con matiz propio, del proyecto de ciudades saludables³ que se desarrolla en Europa bajo el patrocinio de la OMS (1985) (OPS, 1997). En Toronto (Canadá) fue impulsado, en el marco del Informe Lalonde⁴ con la aspiración de ser “la ciudad más sana de Norteamérica” (Ashton y Seymour, 1990:166). Con una visión idealista se ha dicho que ciudad sana es aquella que:

“continuamente está creando y mejorando su ambiente físico y social y potenciando los recursos comunitarios que capacitan a la gente a apoyarse mutuamente en las realizaciones de la vida y el propio desarrollo hasta su máximo potencial” (Hancock y Duhl; Ashton y Seymour, 1990: 171).

La OPS impulsó la estrategia de Municipios Saludables a partir de 1991. Con función promotora se definió al municipio o comunidad saludable como aquella en que “los diferentes actores sociales, los gobernantes, las organizaciones locales públicas y privadas, se comprometen a emprender un proceso de construcción económica, social, de preservación del ambiente y de construcción de salud colectiva, en pos de la mejor calidad de vida de la población” (Ministerio de la Salud y Ambiente de la Nación, OPS: 9).

Durante esa misma década de 1980 la Organización Panamericana de la Salud (1988), aprobó la Resolución XV de la XXXIII Reunión del Consejo Directivo en donde se define la necesidad de desarrollar y fortalecer a los Sistemas Locales de Salud (SILOS) para la transformación de los sistemas nacionales de salud (OPS, 1988; Paganini y Capote, 1996; Paganini y Chorny, 1990:424-448).

De esta manera se marcan explícitamente políticas de salud en apoyo a los procesos de descentralización, participación y de democracia local. Es en el nivel local donde la democracia tiene mayor posibilidad de ser participativa. Rousseau advertía, respecto a las primeras democracias europeas de mediados del siglo XVIII, el riesgo de que los pueblos fueran libres en el momento de las elecciones y esclavos después de ellas (Garrido, 1996). Las democracias contemporáneas sin llegar a ese extremo no alcanzan, en general, sino a lograr una escasa participación. En el ámbito municipal, sin embargo, hay mecanismos accesibles para mejorarla como, por ejemplo, la información pública sobre los proyectos locales para que la comunidad pueda observarlos, agregar sugerencias o incluso impugnarlos; el estable acceso a oficinas de iniciativas y reclamos a las que la autoridad deba responder y dar satisfacción; la organización de la defensa de consumidores y usuarios de servicios públicos; las asociaciones de vecinos y los organismos mixtos (administrativo-comunitarios) para conducir servicios o establecimientos públicos (Garrido, 1996:174).

En particular los aspectos considerados para el desarrollo de los SILOS fueron la necesidad de la reorganización del **nivel central** para la conducción y rectoría del sector así como el apoyo a las actividades y desarrollo de los **niveles locales** mediante (Paganini, 1995):

- una efectiva descentralización y desconcentración para el control de los recursos locales y la adaptación de las políticas nacionales, siendo en tal sentido parte fundamental del sistema nacional de Salud;
- la participación de la población en las decisiones y en la evaluación de los resultados en un ámbito propicio para el diálogo, el consenso y el desarrollo de responsabilidades recíprocas con el propósito del bienestar y desarrollo;

2 Martins definió al municipio como una institución política, administrativa y territorial basada en la vecindad, organizada jurídicamente en el Estado, con personalidad, patrimonio y competencia propia. Vecindad presupone contigüidad material de familias y casas (Martins, 1996:30).

3 Las antiguas polis griegas seguían diseños de equilibrio interno y con el medio ambiente. En América las civilizaciones maya, azteca e inca también las ubicaban y construían con precoces principios de equilibrio ecológico (OPS, 1988:1).

4 Marc Lalonde (1974) desarrolla en su informe el concepto de “Campo de Salud” con cuatro componentes: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención de la salud. Tales componentes se identificaron y ponderaron por el análisis de la mortalidad y morbilidad en Canadá.

- una división del trabajo institucional fundada en un criterio geográfico-poblacional en áreas urbanas y rurales, ligado a las dimensiones político-administrativas en las que se concreta la descentralización del Estado, lo que les da base legal y legítima;
- la detección de las necesidades poblacionales definidas en función de daños y riesgos;
- el desarrollo de la intersectorialidad a través de redes de servicios interrelacionados con niveles de atención según las necesidades de la población;
- la readecuación de los mecanismos de financiación y el desarrollo de un nuevo modelo de atención;
- la capacitación de los RRHH y de los líderes comunitarios para su trabajo en equipo y el refuerzo de su capacidad técnico-administrativa para facilitar la programación local como proceso continuo y reflexivo de toma de decisiones;
- la coordinación de todos los recursos disponibles, de los diversos sectores y subsectores, trabajando en el frente interno de cada SILO y en el frente externo de la red mediante mecanismos de referencia-contrarreferencia;
- la asistencia integrada en el nivel local de las personas, la familia, el conjunto de la comunidad y el propio medio ambiente;
- la integración de los programas de prevención y promoción tendiendo a la horizontalización;
- la investigación epidemiológica que ofrezca un claro panorama de las necesidades, más allá de la demanda de atención, y de la investigación del funcionamiento del sistema y los servicios.

Se trata de desarrollar un nuevo modelo de atención que implica una efectiva descentralización del poder político y de los recursos económicos y técnicos. La administración local y regional deben ser redimensionadas bajo autoridades que aseguren espacios efectivos de participación de los equipos y de las comunidades.

En la década de 1990 y como consecuencia de la evaluación de los limitados logros alcanzados en la búsqueda de la equidad en salud y como propuesta de los organismos que orientan la Economía Mundial entre ellos el Banco Mundial, se propone una política para el sector salud según los principios de la economía de mercado en base a una denominada reforma del sector en donde se hace énfasis en la eficiencia en la adjudicación y utilización de los recursos frente a los costos cada vez mas crecientes de la práctica de la salud (Banco Mundial, 2000).

En esta política, lamentablemente, se da más importancia a la eficiencia en la adjudicación y utilización de los recursos que a la búsqueda de la equidad en el desarrollo de la salud (Banco Mundial, 2000:5).

En conclusión, hemos recorrido alrededor de 150 años de definiciones conceptuales hacia la equidad en salud y casi 50 años de definiciones de políticas internacionales sobre la salud colectiva.

¿Cabe preguntarse cuáles han sido los resultados? Lamentablemente la respuesta no deja lugar a dudas: el fracaso de las mismas es evidente. Salvo dos hechos aislados de triunfo colectivo sobre la enfermedad tanto de la biomedicina como de la organización de servicios de salud como fue la erradicación de la viruela en todos los países declarada el año 1979 y la eliminación de la transmisión del virus salvaje de la poliomielitis declarada en las Américas en el año 1993, el resto de la situación de inequidad persiste o se agrava en la mayoría de los países.

Los mismos organismos internacionales que vienen repitiendo junto con los países, desde hace ya más de 50 años, la necesidad de lograr una distribución justa de la salud declaran el fracaso de esas políticas.

En el año 1999 la OMS insiste en la necesidad de reducir el exceso de mortalidad y de morbilidad experimentada por la población en extrema pobreza (OMS, 1999).

Por su parte el director de la OPS afirmó en 1998 que el 25% de la población de América Latina y el Caribe (es decir alrededor de 100 millones de personas), no recibe atención de su salud en forma adecuada y que una madre en un país pobre tiene 50 veces más riesgo de morir por causas relacionadas con su embarazo que en un país rico (OPS, 1998).

La misma situación se detecta en las tasas de mortalidad infantil reportadas por la OPS. Para el período 1990-1995 los datos para países con ingresos altos son de 7 por mil y para los de menores ingresos de 86 por mil (OPS, 1998:5).

Los indicadores de cobertura de los programas de inmunizaciones, a pesar de sus éxitos globales con coberturas de alrededor entre el 80% y 90% muestran grandes diferencias geográficas sobre 14.000 distritos: casi 3.000 de ellos con coberturas entre 50 de 79% y 602 distritos con coberturas inferiores a 50% (OPS, 1998:118).

La OMS, en su informe anual de 2000 sobre la salud mundial (The World Health Report, 2000), afirma que en la mayoría de los países la pobreza y mala situación de salud se hace cada vez más evidente. Promueve la reorganización de la atención al afirmar que “la diferencia entre un sistema de salud que funciona adecuadamente y otro que no lo hace puede medirse en muertes, discapacidades, empobrecimiento, humillación y desesperanza” (WHO, 2000).

El informe promueve la mejora de los sistemas de salud englobando en ellos “todas las organizaciones, instituciones y los recursos dedicados a producir actividades de salud”. Concibe la mejora desde dos vertientes: (a) que alcancen el mejor nivel posible (que el sistema sea bueno, de calidad) y (b) que procure lograr las menores diferencias entre las personas y los grupos (que sea equitativo). En ambas vertientes se detecta que “son numerosos los países que desaprovechan su potencial y no desempeñan los esfuerzos suficientes para alcanzar la mejora, lo que se expresa en defunciones evitables, discapacidades previsibles y sufrimientos injustificados” (WHO, 2000: XVII).

En la función de rectoría de los Estados, a través de los Ministerios de Salud o sus equivalentes, se percibe en algunos países la falta de formulación de políticas nacionales de salud y la definición de acciones con mirada de corto plazo.

La introducción de nuevos indicadores de salud como la pérdida total de años ajustados en función de discapacidad (AVAD) exhibe los magros logros en equidad: el 60% de la mala salud (en AVAD) se genera en el quintil de los más pobres y sólo el 8-11% en el quintil de los más ricos (WHO, 2000:5).

El déficit de calidad de los sistemas de AM, ha sido medida en errores médicos y equivocaciones en la prescripción o uso de medicamentos. En EEUU se han comunicado alrededor de 51.000 muertes anuales por esos errores y equivocaciones (Who,2000).

La introducción del **Enfoque de Riesgo** impulsó la propuesta de planificar la Salud Pública y Comunitaria sobre la base del principio de equidad, que da mayor precisión a su igual de solidaridad. Se trata de analizar los recursos diferenciales para la salud y prioritar los recursos hacia los grupos y personas que tienen mayor riesgo.

El modelo de seguros de enfermedad tendió a considerar una cierta homogeneidad y aleatoriedad de los riesgos. Esta visión no alcanza a percibir el condicionamiento de los riesgos por la exclusión, la marginalidad, la desocupación prolongada y otras situaciones que no son azarosas y además tienden a ser estables para amplios grupos poblacionales. Deben considerarse también los caracteres diferenciales de las enfermedades catastróficas (catastrophic illness) y de los siniestros naturales o producidos por el hombre que de golpe ponen en situación de marginalidad y dependencia a grandes sectores de población (Rosavallon, 1995:27 y ss).

El informe de la OMS de 2002 (OMS, 2002) plantea este enfoque.

Si bien los riesgos para la salud se han considerado durante mucho tiempo, su medición y análisis es reciente y comenzó con los riesgos ambientales. Los estudios epidemiológicos prospectivos (vg. estudios de Framingham en EEUU y de Carelia del Norte en Finlandia) lograron precisar el peso de distintos factores en la probabilidad de sufrir enfermedades cardiovasculares. En lo que hace a desnutrición como alta probabilidad de muerte y morbilidad, la cantidad de estudios es proficua.

La OMS define el riesgo como “la probabilidad de un resultado adverso, o un factor que aumenta esa probabilidad” (OMS, 1998:3). Los riesgos para la salud se abren en un abanico de gran amplitud y configuran un perfil dinámico que interviene, por mecanismos conocidos unos y aún desconocidos otros, en la red de causalidad de fenómenos y enfermedades que afectan la salud. Así el hábito del tabaco, las adicciones, el abuso de alcohol, el sedentarismo, factores biológicos y ambientales tienen ponderación significativa en tales redes. Sin embargo se reconoce la pobreza, la marginalidad y las diferencias de oportunidades de género, como factores universales y los organismos internacionales han emprendido acciones y prédicas para reducirlas. Es así como la OMS en el informe del 2002 les contraponen los factores de protección (OMS, 2002:15), la difusión para percepción de riesgos y la promoción de una vida sana.

Con respecto a la pobreza, el indicador y a la vez riesgo que supera a todos los otros, es la insuficiencia ponderal por desnutrición del niño y de la madre que suele acompañarse de carencia de hierro, de vitamina A, de zinc, y en algunas regiones, de yodo, y se lo relaciona con la falta de lactancia natural. Estos factores de riesgo se definen con precisión y se miden con indicadores que orientan las acciones para corregirlos sobre la base de la reforma de los sistemas de salud bajo los principios de calidad y de equidad. Esta última, como se ha señalado, implica una asistencia discriminada positivamente, es decir, otorgar prioridades a los grupos de mayor riesgo, sin perjuicio de las modificaciones estructurales de carácter económico y social que cada país debe empeñarse en lograr.

El Banco Mundial, en su informe sobre el Desarrollo 2000/01, estima que del total de 6 mil millones de la población mundial, 2.800 millones (casi la mitad) viven con menos de 2 dólares por día y 1.200 millones con menos de 1 dólar (Banco Mundial, 2000:3).

Para América Latina y el Caribe se reporta que el 15,6 % de la población vive con 1 dólar diario, es decir unos 78 millones, un aumento de 13 millones desde 1987⁵. (Bco. Mundial, 1993)

Recientemente a través de las Naciones Unidas y aprovechando el nacimiento de un nuevo Milenio, todos los países asociados definieron las denominadas **Metas del Milenio** (2000) (ONU, 2002).

En los considerandos de las mismas se parte nuevamente de la necesidad de avanzar hacia la equidad en Salud y Desarrollo aceptando los escasos logros obtenidos hasta el momento y denunciando las situaciones de inequidad.

Se definen así metas de Salud colectiva para el año 2015 [Cuadro 1.b].

Objetivos y metas de desarrollo del milenio en las Américas

<ol style="list-style-type: none"> 1. Erradicar la pobreza extrema (ingresos menores a 1 U\$/día a paridad del poder adquisitivo) así como también reducir, entre las víctimas del hambre, el porcentaje de niños menores de cinco años con peso inferior al normal y el de población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria. 2. Lograr la enseñanza primaria universal promoviendo el ciclo de enseñanza primaria completa para todos los niños y la alfabetización de los adultos. 3. Promover la igualdad de los sexos y la autonomía de las mujeres a través de la igualdad de oportunidades de acceso a todos los niveles de enseñanza, la alfabetización, el acceso al empleo en el sector no agrícola y a la representación parlamentaria. 4. Reducir la mortalidad en los niños menores de 5 años, incluyendo la inmunización contra el sarampión. El rango de mortalidad infantil en las Américas está entre un 5,3‰ (Canadá) y 80,3‰ (Haití). El promedio de cobertura de inmunización antisarampionosa es de 91%. 5. Mejorar la Salud Materna. La razón de mortalidad materna está en un rango entre 34,1‰ (Cuba) y 523,0 (Haití), con altibajos, pero con tendencia a la reducción. 6. Combatir el HIV-SIDA, el paludismo, la TBC y otras enfermedades. La prevalencia de infección HIV-SIDA es, al menos, de 1% en 12 países del Caribe y en mujeres embarazadas superior al 2% en 6 de ellos. El 31% de la población de las Américas vive en áreas con riesgo potencial de transmisión de paludismo. En 2002 había más de 220.000 casos notificados de TBC, que resultaban de una reducción del 11% desde 1999. 7. Garantizar la sostenibilidad del medioambiente y reducir la población sin acceso al agua potable y servicios cloacales (en la región, 76 millones de personas no tienen acceso a agua potable y 103 millones carecen de servicios de eliminación de excretas y aguas residuales), así como mejorar la vida de habitantes de áreas marginales. 8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo en lo comercial y financiero, los problemas de la deuda externa, atender necesidades de áreas menos desarrolladas, promover el trabajo de los jóvenes y promocionar el acceso a medicamentos esenciales (en la región, sólo el 53% de los infectados por HIV-SIDA tienen acceso al tratamiento) y a tecnologías de información y comunicación.
Organización de las Naciones Unidas, 2002

Cuadro 1.b

5 Amartya Sen (Premio Nobel de Economía, 1998) prefiere definir la pobreza en función de la privación de capacidades que en función de la falta de ingresos. Considera a estos, instrumentos para lograr capacidades que permitan evitar las privaciones y den las libertades fundamentales para llevar el tipo de vida que las personas tienen razones para valorar. Así la educación, la salud y la distribución equitativa de la tierra aumentan por sí mismas la calidad de vida y también la capacidad de mejorar la renta (Sen, 2000:114 y ss).

Como puede apreciarse las metas 4 (sobre la mortalidad infantil), 5 (salud materna) y 6 (lucha contra el HIV-SIDA, paludismo, TBC y otras enfermedades) son competencias directas del sector Salud, la 1 (aspectos de la distribución) en buena parte la promoción del acceso a medicamentos esenciales (meta 8)⁶ y la 7 (respecto al acceso al saneamiento), son también ámbitos competentes al mismo sector. Es así como la declaración del Milenio “otorga a la salud un papel preponderante dentro de la ayuda del desarrollo mundial y **brinda al sector de la salud grandes oportunidades para el compromiso político** de fomentar la salud y el bienestar social de las poblaciones del mundo” (OPS, 2004:1).

En estos documentos se presentan propuestas de estrategias para alcanzar tales metas e indicadores para evaluar su logro. Aunque los plazos para su concreción están definidos para el año 2015 ya existen informes sobre las limitaciones para alcanzarlas (Global Forum for Health Reserch, 2004).

Frente a este análisis de políticas globales de salud colectiva y los escasos resultados logrados cabe preguntarse si estamos frente a un nuevo episodio de definición de políticas globales en salud. ¿Y posiblemente ante un nuevo fracaso?

¿No será el momento de reconsiderar todas las estrategias utilizadas?

¿Cuál puede ser el aporte de la investigación epidemiológica social, de las ciencias políticas y de sistemas y servicios de salud para encontrar las estrategias cuya evidencia científica permita avanzar hacia la equidad en salud?

Las conclusiones y desafíos quedan así enunciados, teniendo en cuenta que las políticas y estrategias para la salud colectiva con equidad no han dado los resultados buscados.

El desafío consiste en definir con toda urgencia un nuevo enfoque global de políticas y estrategias con base en evidencias científicas.

Citas bibliográficas

- Ashton, J. y Seymour, H., *La nueva Salud Pública. La experiencia de Liverpool*. Barcelona, Masson, 1990.
- Banco Mundial, *Informe Sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud*. Washington DC, BM, 1993.
- Banco Mundial, *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000/01. Lucha Contra La Pobreza*. Versión resumida. Washington DC, septiembre de 2000.
- Canadian Public Health Association, *Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa, 1986.
- Farr, Willian, en OPS, *El desafío de la epidemiología: Problemas y lecturas seleccionadas*. OPS. Washington DC, OPS, 1998 (Publ. Cient. 505).
- Garrido Falla, F., *La participación en el municipio*, en Vanossi, J. R. y otros, *El Municipio*. Buenos Aires, Ciudad Argentina, 1996.
- Global Forum for Health Research, *The 10/90 Report on Health Research 2003-2004*. OMS, Geneva, 2005.
- Gomez López, A. J. y otros, *Niveles de atención sanitaria: atención primaria de la Salud*, en Piédrola Gil, G. *Medicina preventiva y Salud Pública*. Barcelona, Salvat, 8va edición, 1988:1087 y ss.
- Hipócrates, *Aires, aguas y lugares*, en OPS, *El Desafío de la Epidemiología*. (Publ. Cient. 505): 18-20.
- Kawachi, I. y otros, *Income Inequality and Health: Pathways and Mechanisms*. HSR, 1999:215-227.
- Martins, D. M., *Regímenes municipales contemporáneos*, en Vanossi, J. R. y otros, *El municipio*. Buenos Aires, Ciudad Argentina, 1996.
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación - OPS. *Municipios Saludables*. Portfolio educativo. OPS, Bs As, 2005.
- Naciones Unidas, *Aplicación de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas: Informe del secretario general*. ONU, Diciembre, 2002.
- OMS, *Informe de la situación de salud*. OMS, Ginebra, 1999.
- OMS, *Informe sobre la Salud en el Mundo 2002, Reducir los riesgos y promover una vida sana*. OMS, Ginebra, 2002.
- OMS-UNICEF, *Atención Primaria de la Salud*. Ginebra, Alma Ata, 1978.
- OPS, *La Salud en las Américas*. OPS, Washington DC, (Publ. Cient. 8-569), vol. 1, 1998.

6 La OMS definió en 1977 una Política y listado de medicamentos esenciales, que se actualiza cada 2 años.

- OPS, *La promoción de la salud en las Américas. Declaración de Santa Fe de Bogotá*. Bogotá, noviembre de 1992.
- OPS, *Municipios Saludables*. (Com. p/Salud n° 11). OPS, Colombia. 1997.
- OPS, *Plan decenal de Salud Para las Américas*. Punta del Este. (Doc. n° 18), 2001:73.
- OPS, *Resolución XV del XXXIII CD. Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de salud*. Washington D.C., septiembre 1988.
- Paganini, J. M. y Chorny, A H., *Los sistemas locales de Salud: desafíos para la década de los noventa*, en: Bol. Of Sanit. Panam. 109 (5-6), Washington DC, OPS, 1990:424-448.
- Paganini, J. M., *La programación local en los SILOS*. Ctro INUS, Facultad de Ciencias Médicas, UNLP, La Plata, 2004. Cfr. Paganini J. M., *Los procesos de desarrollo de los SILOS en las Américas. Un análisis de situación*. OPS, octubre de 1995.
- Paganini, J. M. y Capote, R., *Los Sistemas Locales de Salud, conceptos, métodos y experiencias*. OPS/OMS, Washington DC, (Publ. Cient. 543), 1996.
- Paganini, J.M., *El desarrollo municipal. Una Estrategia para la Equidad en Salud*. Presentado al 1er. Congreso de Secretarios Municipales de Salud de las Américas, Fortaleza (Ceara, Brasil), Mimeo, Octubre de 1995.
- Rosavallon, P., *La nueva cuestión Social. Repensar el Estado Providencia*. Buenos Aires, Manantial, 1995.
- Rosen, G., *De la policía médica a la medicina social*. México, Siglo XXI, 1985.
- San Martín, H., *Salud y Enfermedad*. Chile, 1970.
- Sen, A., *Desarrollo y Libertad*. Buenos Aires, Planeta, 2000.
- Snow, John, en: *El desafío de la epidemiología*. (Publ. Cient. 505). OPS, Pág. 43; 47; 446 y 450.
- Sonis, A., *Salud y Desarrollo Económico Social*. Buenos Aires, EUDEBA, 1968.
- Villermé, L., en: *El desafío de la Epidemiología*. (Publ. Cient. 505). OPS., Pág. 34; 38.
- Virchow, R., en: *El desafío de la Epidemiología*. (Publ. Cient. 505). OPS.
- White, K., *Perspectiva epidemiológica de la Atención de la Salud*, en: OPS, *Investigación de Servicios de salud*. OPS, Washington D.C. (P.C. 554), 1992.
- WHO, (OMS), *The World Health Report. 2000. Health Systems: Improving Performance*. WHO, Geneva, 2000.
- Wilkinson, R., *Health Inequalities: Relative or Absolute Material*. Standards, BMJ, 1997: 314; 591-595.

LOS RITMOS DE LA MEDICINA Y DE LA VIDA

*Horacio Luis Barragán**

1.- La Medicina progresó más en décadas que en siglos

Los tiempos cambian, con ellos las costumbres y los saberes. La Medicina “lato sensu” se inscribe en ambos, los acumuló con acierto y error a través de los siglos.

Una obra que en 1999 cumplió 100 años de continuidad es el Manual Merck y con la 17^o edición publicó un pequeño anexo: “Merck’s Manual 1899” cuyo lema era “Toda adición al conocimiento verdadero es una adición al poder humano”.

Libro de bolsillo para el médico práctico tenía pequeño formato y 192 páginas. El recuerdo que hacemos de sus citas es respetuoso. Para la anemia consideraba muy útil el hierro, que combinaba con ruibarbo. Si fallaba el hierro recomendaba la sangre de buey, fresca o seca y por enema (Merck’s, 1899:87). Para el asma enumeraba 92 productos. Para la difteria se sumaban alrededor de 75 sustancias y para la epilepsia, 92. Para su tiempo había terapias precisas. En el cretinismo recomendaba preparados de tiroides (Merck’s, 1899:110), para la fiebre reumática, ácido salicílico (Merck’s, 1899:125), digitalis para la dilatación cardíaca (Merck’s, 1899:133) y quinina para el paludismo (Merck’s, 1899:145).

En 1976 se criticaba aquel antiguo manual: “...existe la sensación de que es mejor hacer algo que no hacer nada”. Agregaba: “cuanto menos se comprende una enfermedad más tratamientos se proponen para ella”. Previendo el futuro, se defendía: “...dentro de cien años nuestra actual doctrina podrá parecer primitiva a nuestros descendientes” (Beers, M. H. y Berkow, R., 1999:VII).

Sin embargo las ediciones sucesivas de este manual reflejaron el ritmo ininterrumpido del progreso médico (Beers, M. H. y Berkow, R., 1999:VII). La historia de la medicina de Löbel divide su índice en tres: 1).- Los primeros 5000 años; 2).- Los 500 años subsiguientes; 3).- Los últimos cincuenta años y concluye: “...el mar de la ciencia médica sigue su avance” (1950:83).

En el 2000, Gómez Rubi, en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, comprimía el tiempo: “... en los últimos 25 años se han producido más avances que en los 25 siglos anteriores” (Gómez Rubí, 2000). Se verán algunos ejemplos.

1.1.- El paro cardíaco ya no significa la muerte

Hasta hace menos de un cuarto de siglo, la detención del corazón era signo inequívoco de muerte. Hoy la Medicina Interna dedica un capítulo al Paro cardíaco como cuadro clínico recuperable: “La muerte súbita cardíaca (MSC)¹ es una consecuencia directa del Paro cardíaco, que a menudo, se resuelve actuando con rapidez” (Braunwald, 2002). Si la muerte, prevista o súbita, es un fenómeno biológico y legal irreversible y absoluto, no lo es el paro cardíaco, definido como “la interrupción brusca de la función de bomba cardíaca que puede corregirse con una intervención rápida, pero que causa la muerte si no se aplica” (Braunwald, 2002).

* Profesor titular de Ciencias Sociales y Medicina y de Salud Pública (FCM-UNLP).

¹ La MSC se define como la producida entre una hora del episodio y la muerte.

En 1969, **Egidio Mazzei** indicaba ante el paro: “junto con masaje cardíaco externo debe hacerse la ventilación boca a boca, por intubación traqueal o con máscara facial” y agregaba bicarbonato de sodio, los antiarrítmicos de su tiempo y marcapaso cuando lo había (1969:899).

En EEUU calculan la incidencia de la MSC, entre los 45 y 75 años, en 1 a 2 casos por cada 1000 habitantes/año (Braunwald, 2002:272). La incidencia se relaciona con la cardiopatía coronaria y las miocarditis. Los mecanismos son la fibrilación ventricular, las taquicardias ventriculares y la asistolia. Se trata en dos niveles: a) **soporte vital básico** en el lugar del episodio, inmediato y preciso, por persona entrenada, b) **soporte vital avanzado** que involucra intubación, desfibrilación por cardioversión y drogas secuenciadas por vía intravenosa (Braunwald, 2002:276).

1.2.- La amputación pasa a ser procedimiento excepcional

Randolph Sherman, de la Universidad de California, analiza la conveniencia de reconstruir o amputar la pierna en traumatismos graves. Evoca la escena del filme “Danzas con Lobos” en la que soldados aturdidos, después de la batalla, esperan la amputación de sus piernas en la mesa precaria del cirujano. Releva etapas en que se usaron la inmovilización con moldes de yeso o elásticos, debridación agresiva de tejidos inviables, uso de antibióticos según cultivos, fijación rígida con marcos externos, o tutores internos, trasplantes vascularizados de tejidos blandos o de hueso y fisioterapia agresiva temprana (2002). Watson Jones, que fuera consultor de la RAF (Royal Air Force) durante la Segunda Guerra, dice en 1957: “Raramente es necesaria la amputación en el tratamiento de los traumatismos óseos y articulares (...). Si los vasos sanguíneos principales no están destruidos y si no hay una lesión nerviosa irrecuperable, debe salvarse el miembro por muy grave que sea la contaminación, el estado de fragmentación de una fractura o la destrucción de la piel...”. “La única indicación para la amputación inmediata es la destrucción de los vasos sanguíneos principales y la inminencia de gangrena” (Watson Jones, 1957:300; Ferry Canale, 1998:522).

Después de décadas de experiencia se aplica una clasificación (I a III) que ayuda a la decisión alternativa, reconstrucción o amputación (Sherman, 2002).

El **Osteosarcoma** es el tumor óseo primitivo más frecuente que llevaba a la amputación. El 70% se presenta en la 1ª y 2ª década de la vida y sus localizaciones prevalentes son la extremidad inferior del fémur o superior de la tibia (60%) y la superior del húmero (9%) (Ramos Vértiz, 2003).

El tratamiento se hace con quimioterapia neoadyuvante. La resección debe ser oncológica: “resecar el tumor sin ver el tumor ni invadir su compartimiento”. Se extiende el uso de resecciones segmentarias con injertos óseos e implantes seleccionados (Ferry Canale, 1998:523) (cirugía de salvataje de miembros con endoprótesis) para dar continuidad al miembro. Dada la sobrevida (entre 30 a 50% a los 5 años) y tratándose de niños se puede reconvertir la prótesis, hacer Injertos Óseos Masivos (IOM) u otras alternativas. La amputación se indica sólo cuando el estado del tumor es avanzado y extendido (Ramos Vértiz, 2003).

Las amputaciones más frecuentes de hoy son por necrosis en **pie diabético**, en general, por mala prevención, o en **arteriopatías periféricas** (Gagliardini, 1993).

1.3.- La terapia intensiva se constituye como un recurso habitual

La Terapia Intensiva nació en el siglo XX. Una de sus raíces fue la sanidad militar. En los frentes de batalla, desde la 1ª Guerra Mundial se demostró que la reposición rápida del déficit circulante con plasma y solución fisiológica reducía la mortalidad.

Las **epidemias de poliomielitis** que se sucedieron entre 1920 y 1960 motivaron, en hospitales de avanzada, el agrupamiento de pacientes para asistir la insuficiencia respiratoria de forma mecánica (Lavin, 1986).

El **desarrollo de la neurocirugía** con Cushing motivó la agrupación de los pacientes operados en un sector del John Hopkins Hospital (Pusejó, 1994:39).

Convergió diversos recursos tecnológicos, pulmotores, monitores cardíacos, desfibriladores, marcapasos y dializadores generando una medicina compleja que, en su conjunto, permite el tratamiento eficaz de enfermos y accidentados graves con fallas orgánicas vitales y múltiples.

La reanimación respiratoria fue utilizada en ahogados “aparentemente muertos”, en la primera mitad del siglo XVIII. La traqueotomía para el crup diftérico se generalizó desde 1905.

A fines del siglo XIX se inventaron diversos modelos de pulmón de acero para asistir a los ahogados y recién nacidos en apnea que se extendieron a enfermos de poliomiélitis. Los franceses Goulon y Pocidaló, experimentados en parálisis respiratoria por polio, introdujeron el prototipo de pulmón de acero RPR en la epidemia de 1956, en Argentina (1993).

En Dinamarca, durante una epidemia de polio en 1952-53, se comenzaron a utilizar métodos de anestesia en pacientes intubados o con traqueotomía, tales como el respirador manual con balón, que exigía la movilización de gran número de médicos y ayudantes para “bolsear”. A poco se reemplazaron por máquinas, como el Engström 150. Se requería una organización del servicio con agrupamientos de enfermos y equipos a tiempo continuo que concretó Mollaret en el Hospital Claude Bernard de París. La asistencia se extendió a la miastenia gravis, intoxicaciones barbitúricas y tétanos.

Hamburger introdujo el control del medio interno cuando el organismo enfermo no lo hacía por sí, el campo de la asistencia respiratoria se amplió a la hemodiálisis y la medición de gases y electrolitos en sangre (Goulon, 1993:1525). Las dos enfermedades críticas iniciales, poliomiélitis y tétanos, se reducirían por el uso organizado de las vacunas. Nuevos aportes fueron las tablas de clasificación pronóstica.

Las tecnologías permitieron manipular variables del medio interno y la homeostasis. Chaveau y Marey (1863) habían determinado la presión intracardíaca en caballos. Un joven médico alemán, Werner Forssmann (1929) se arriesgó a medir, con un catéter opaco a los Rayos X, la presión de su propio corazón, la autocateterización. Recién desde entonces el volumen minuto cardíaco pudo medirse de acuerdo al principio de Fick (Lavin, 1986:2)². Richards, Cournand y Frossmann recibieron el Premio Nobel de Medicina en 1956.

En Alemania alrededor de 1930 comenzaron a destinarse locales anexos a los quirófanos para vigilancia y tratamiento de recién operados. La sucesión de epidemias de poliomiélitis entre 1947 y 1956 motivó la organización de unidades de respiración artificial, con el uso de pulmotores.

La vigilancia se amplió a pacientes en postoperatorios y clínicos graves, lo que constituyó el origen, alrededor de 1958, de unidades de Cuidados Intensivos, a cargo de anestelistas (Lavin, 1986:5).

Una sala de internación en La Plata en 1940. Recuerdo de Don Carlos Vinai

Un querido maestro de Clínica Médica, **Don Carlos Vinai** (Vinai, 1997), contaba que para la década de 1940, una sala de mujeres estaba ocupada casi por mitades: una de ellas con **estenosis mitral reumática** y otra con **anemia perniciosa** (anemia por déficit de vitamina B₁₂), ambas con grave pronóstico. La estenosis solía tener algún grado de insuficiencia valvular y Shaposnik calculaba que era entonces la causa más frecuente de incapacidad cardíaca hasta los cuarenta años. A fines de la década de 1940 la cardiopatía reumática abarcaba más de la mitad de los escolares con enfermedad cardíaca, y durante la Segunda Guerra Mundial afectó a varios miles de marinos norteamericanos (Braunwald, 2002:1577). Su etiología era la **fiebre reumática** (F. R.) o enfermedad de Bouillaud sufrida en la infancia. Tardaba entre 10 y 20 años en expresarse valvularmente. Manzano recordaba que la fiebre reumática “lamía las articulaciones y mordía el corazón” y que era “fibrilizante, disneizante, hemoptizante, y embolizante” (Shaposnik, 1976:33). La patogenia se iniciaba con una faringoamigdalitis estreptocócica. Hasta principios de la década 1940 se trataba con salicilatos. La introducción de la penicilina permitió prevenir las recaídas y las cardiopatías. Cuando a fines de la década de 1950 se practicó la **valvuloplastia** en los centros más calificados, la letalidad operatoria era de 1% en casos leves y hasta el 20% en los graves (Shaposnik, 1976:34). El tratamiento actual con penicilina en las estreptococcias, la profilaxis en las intervenciones quirúrgicas, y el tratamiento médico para disminuir la taquicardia, es efectiva. En los casos críticos se recurre con éxito a la

² El principio de Fick (1870) relaciona el oxígeno de la sangre arterial (20 ml O₂/100 ml sangre) y el de la sangre venosa (15 ml O₂/100 ml) con el oxígeno consumido por minuto (250 ml O₂/minuto) con lo que obtiene el volumen minuto cardíaco (=5000 ml/min) (Cingolani, 2000:301).

valvuloplastía con balón, valvulotomía abierta o valvuloplastía, con mortalidad operatoria inferior al 2%. La baja posterior de la F.R. por el uso de antibióticos en los países desarrollados produjo una cierta desaparición y en la década de 1980, reaparecieron brotes en EEUU (Braunwald, 2002:1577).

La **anemia perniciosa** era un cuadro grave, se acompañaba de glositis, diarrea y anaclorhidria histaminoresistente, parestesias y parestias. La anemia era macrocítica e hipercrónica. La historia natural podía evolucionar a la mielosis funicular, a la psicosis y a lesiones neurológicas irreversibles (Shaposnik, 1976:789). La mayoría de los pacientes moría por la anemia. Cuando se descubrió que el hígado fresco ingerido era curativo, en circunstancias en que la carne no abundaba en la dieta, los enfermos sobrevivieron. Se aplicaron extractos hepáticos (Reticulogen) hasta que se purificó la cobalamina o vitamina B12 (Goodman Gilman, 1986). Más tarde se relacionó su patogenia con la falta del factor intrínseco gástrico que transporta la vitamina B12 a través de la mucosa intestinal. La carencia de este factor se atribuía a atrofia o destrucción autoinmunitaria de la mucosa gástrica. La carencia de este factor se relaciona hoy con una síntesis defectuosa de ADN. El tratamiento con vitamina B12 es efectivo y los pacientes no necesitan internarse (Braunwald, 2002:1798).

Recuadro 1

1.4.- Las curaciones por cáncer aumentan en forma sostenida

Horacio Luis Barragán
Alejandro Horacio Basta*

“La aplicación de la técnicas actuales de tratamiento (cirugía, radioterapia, quimioterapia y terapia biológica) consiguen la curación más del 50% de los pacientes diagnosticados de cáncer”

(D. L. Longo:579)

Cáncer es un conjunto de enfermedades caracterizadas por el crecimiento descontrolado de células aberrantes que infiltran o se diseminan en espacios ajenos al de su origen (Bennett y Plum, 1997:1153).

Se trata de un problema de Salud Pública que en los países desarrollados ocupa los primeros lugares en causas de muerte y también aumenta en los subdesarrollados. La OMS anuncia un aumento de 10 a 20 millones de casos nuevos por año y un incremento de la mortalidad de 6 a 10 millones en el año 2020. En algunos países, como EEUU, la incidencia global del cáncer tiende a bajar en un 2% anual desde 1992 (Braunwald, 2002:579).

El cirujano vienés **Teodor Billroth**, que describió las primeras técnicas de gastrectomía, operó con éxito casos de cáncer gástrico en 1882. Los esposos **Curie** iniciaron la curieterapia aplicando isótopos radioactivos en cánceres de labio y lengua. El progreso de la radioterapia fue empírico hasta que se inventó el tubo Coolidge, que permitió la aplicación profunda y el fraccionamiento de las dosis (Nacional Cancer Institute, 1973-1979).

En 1942, **Gilman** describió la mostaza nitrogenada como antineoplásico efectivo en un caso de linfosarcoma. En 1956 se publicó la curación de un Coriocarcinoma metastásico con bleomicina. En 1965 se conocieron curaciones de casos de linfoma de Burkitt, y entre 1962 y 1975 se avanzó en el tratamiento de la leucemia linfoblástica aguda (LLA), linfomas y en neoplasias testiculares.

La **Tomografía Axial Computada** (1973) permitió delimitar tumores en dos dimensiones y el uso del simulador en radioterapia los conformó en tres dimensiones.

* Alejandro Basta: Especialista en Clínica Médica. Docente de Salud Pública (FCM-UNLP).

La **quimioterapia adyuvante**, se aplicó con éxito en el tumor de Wilms, en niños, y en cáncer de mama. La quimioterapia neoadyuvante o primaria junto a moduladores de la respuesta biológica marcaron un nuevo jalón.

En 1957, en EEUU se propuso la constitución de comités de tumores para coordinar los tratamientos. En 1964 la American Society of Clinical Oncology (ASCO) propuso la especialización en clínica oncológica, aceptada en EEUU en 1971. En nuestro medio, el profesor **José María Mainetti**, maestro de la Cirugía mundial, inició la formación de estos especialistas en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata.

Se discute si la investigación sobre tratamientos debe priorizarse sobre la prevención primaria y el diagnóstico temprano. Este último impactó sustancialmente en el cáncer de cuello de útero, a través de la prueba de Papanicolaou y en el de mama, con la mamografía de precisión.

La prevención primaria a través de la reducción del tabaquismo bajó, en algunos países, la incidencia de cánceres de pulmón y laringe, labio, lengua y cavidad bucal. El control del uso del asbesto redujo la aparición de cáncer pulmonar, pleural y de otras serosas, en trabajadores expuestos.

La investigación terapéutica permite curaciones, alta proporción de sobrevida a los 5 años y mejoras en la calidad de vida en diversos cánceres, en especial en los tumores embrionarios (cáncer de testículo, coriocarcinoma), en cánceres infantiles, linfomas y leucemias en adultos así como en mama, ovario, endometrio, próstata, colon y recto, y bronquiopulmonar.

La combinación de procedimientos quirúrgicos, radioterapéuticos, quimioterapéuticos y terapias biológicas ha sido sustancial para estos logros [Cuadro 1.4.a].

Estados Unidos. Pacientes de Cáncer tratados en 1999. Sobrevida relativa* (%) durante tres períodos de tiempo por localización de Cáncer.

Localización	1974-1976	1983-1985	1992-1998
Todas	50	52	62
Mama (mujer)	75	78	86
Colon-Recto	50	57	62
Leucemia	34	41	46
Pulmon-Bronquio	12	14	15
Melanoma	80	85	89
Linfoma No Hodgkin	47	54	55
Ovario	37	41	53
Páncreas	3	3	4
Próstata	67	75	97
Vejiga Urinaria	73	78	82

* Sobrevida relativa a los 5 años. Tasas basadas en el seguimiento de pacientes a lo largo de 1999.
(Nacional Cancer Institute, 1973-1999)

Cuadro 1.4.a

El cuadro precedente exhibe los progresos globales de los **tratamientos** combinados para el logro de sobrevidas relativas a los cinco años. La **estadificación** de los distintos tipos de cánceres, al precisar el diagnóstico clínico e histopatológico, permite definir las terapéuticas combinadas más adecuadas a cada estadio. En los siguientes cuadros podrá apreciarse el amplio rango de sobrevida a los cinco años entre los primeros y últimos estadios [Cuadro 1.4.b].

Cáncer de mama. Estadíos y sobrevida a los 5 años (%). C. 2000.

Estadío	Agrupación			Sobrevida a 5 años c/2000	Prev. 2 ^a
0	TIS (in situ)	N0 (sin signos)	MO	99	↑ eficacia terapéutica del diagnóstico temprano
I	T1(? 2 cm)*	N0	MO	92	
IIA	T0 (sin signos T)	N1 (ganglios homolat.)	MO	82	
	T1	N1 móviles)	MO	"	
	T2 (>2? 5 cm)	N0	MO	"	
IIB	T2	N1	MO	65	
	T3 (>5 cm)	N0	MO	"	
IIIA	T0	N2 (ganglios homolat.)	MO	47	
	T1	N2	MO	"	
	T2	N2 (conglomerados o fijos)	MO	"	
	T3	N1, N2	MO	"	
IIIB	T4 (extensión, ulceración)	cualquier N	MO	44	
	cualquier T	N3 (g. mam. int. homolat.)	MO	"	
IV	cualquier T	cualquier N	M1 (mts, o g. supraclavic.)	14	

* Cuando no excede 0,1 cm es microinvasivo; T: tumor; N: nódulos; M: metástasis; g: ganglios. (Harrison, en Braunwald, 2002: 679).

Cuadro 1.4.b

Parte de los cánceres de mama son hormonodependientes, no lo padecen las mujeres sin ovarios funcionantes o sin tratamiento sustitutivo. La relación mujer/hombre es de 150/1. A diferencia de otras localizaciones la curva de incidencia se reduce a partir de la menopausia. Tres fenómenos funcionales disminuyen su incidencia: a) menarquía tardía; b) menopausia natural o provocada diez años antes del promedio (52 años); c) paridad temprana.

Así la vida menstrual, aún más la que precede al primer embarazo a término, pueden influir entre un 70-80% de los casos de la enfermedad.

Las mujeres asiáticas tienen menor concentración de estrógenos y progesterona en sangre que las norteamericanas y europeas. Las asiáticas que viven en Occidente equiparan sus niveles hormonales a las nativas.

La alimentación hipercalórica e hipergrasa (aunque aún hoy es discutido) al igual que el exceso de alcohol, favorece la enfermedad.

La indicación de hormonas exógenas ha generado debates. No se ha comprobado que los anticonceptivos hormonales actuales aumenten la incidencia de Cáncer de mama, pero sí que reducen la de cáncer de ovario y endometrio.

La radiación (múltiples radioscopias, tratamiento del linfoma de Hodgkin) aumenta la incidencia de cáncer de mama.

Durante el embarazo o la lactancia se presenta en una de cada 4.000-5.000 mujeres.

El **carcinoma de mama intraductal** (in situ) es precursor del invasivo y se puede detectar con una mamografía con magnificación. La detección de microcalcificaciones, o hiperdensidad de tejidos blandos con el rastreo aumentó diez veces en EEUU entre 1983 y 2003, se detectaron así el 20% de los cánceres mamarios diagnosticados (1 cada 1.300 mamografías de rastreo). La sobrevida a los 10 años en el Carcinoma ductal in situ, tratado con mastectomía o lumpectomía, es de 99-98%. Se ha concluido, por otra parte, que la radioterapia (RT) postoperatoria en cirugía conservadora reduce las recidivas de forma similar al tratamiento con tamoxifeno. Se detectaron recidivas locales entre el 16-19% a los 15 años en tratadas con cirugía conservadora y RT (Burstein, 2004) [Cuadro 1.4.c].

Cáncer de Colon. Estadíos y sobrevida a los 5 años (%). C. 2000.

Dukes	Estadíos		Descripción	Sobrevida 5 años (%)	Prev. 2 ^a
	TNM	Numérico			
A	T1N0M0	I	- e/ mucosa y submucosa	>90	↑ eficacia terapéutica diagnóstico temprano
B1	T2N0M0	I	- llega a muscular	85	
B2	T3N0M0	II	- llega a serosa o atraviesa	70-80	
C	TxN1M0	III	- afecta ganglios regionales	35-65	
D..	TxNxM1	IV	- Mts a distancia	5	

(Harrison, en Braunwald, 2002: 691)

Cuadro 1.4.c

En la década de 1960 el tratamiento de cáncer de colon era casi exclusivamente quirúrgico. Las sobrevidas eran:

- operación radical, sin diseminación ni metástasis, 80% en algunas series;
- con diseminación linfática y perineural “algunos” (Wintrobe, 1973:1695);
- la mortalidad operatoria debía ser menor que el 10%.

El de colon es el segundo cáncer en frecuencia. Un individuo de 50 años tiene 5% de probabilidades de desarrollar cáncer de colon a los 80 años y 2,5% de morir por esta enfermedad (Pfister, en Wintrobe, 1973; Ferraina y Oría, 2000).

La historia natural del cáncer de colon ofrece la factibilidad de rastrearlo en la población asintomática:

- Las personas con pólipos tienen el doble de riesgo de desarrollar cáncer de colon. El 93% de los cánceres de colon provienen de un pólipo adenomatoso.
- El tiempo promedio que tarda un cáncer de colon en desarrollarse desde un pólipo de 1 cm. es de 7 años.
- El 5% de los adenomas de 5 mm se convierte en carcinoma colorrectal invasor.
- Se estima que el cáncer de colon tarda 2 años en pasar por el estadio Dukes A, 1 año por el B y 1 año por el C.

En poblaciones en las que no se realiza rastreo, el 50% de los pacientes consultará con cáncer localmente invasor, 30% con cáncer regionalmente invasor y 20% con metástasis a distancia.

Los métodos principales de **rastreo** son:

1. **Detección de sangre oculta en material fecal:** se realiza a través de anticuerpos contra hemoglobina humana, ganando en especificidad con respecto a su anterior competidor, la técnica del guayaco. Los falsos negativos se pueden deber a adenomas que no sangran (Towler B., 1998).
2. **Colonoscopia:** la sensibilidad y la especificidad de este estudio superan el 95%. No obstante la colonoscopia suele requerir sedación, es costosa, y tiene riesgo de perforación (0,2%).
3. **Colon por enema:** la sensibilidad es del 80-95% y la especificidad es del 90%.

La adherencia de pacientes sanos a estos estudios es muy baja, hay trabajos que han encontrado tasas de adherencia de sólo el 6-12%. **La colonoscopia como método inicial tiene dificultades:** pobre adherencia, requerimiento de equipamiento, entrenamiento médico, costos potenciales. Sin embargo, debido a la escasa frecuencia con que debería realizarse (cada 10 años, si el estudio es normal), estas dificultades se compensan.

En 1993 se publicó el primer ensayo clínico prospectivo y randomizado que demostró que el rastreo de **cáncer de colon reduce la mortalidad**. Un gran logro fue generar por primera vez una evidencia grado 1 (G1) de esa disminución.

El American College of Physicians recomienda realizar rastreo entre los 50-70 años mediante colonoscopia o colon por enema cada 10 años. Puede estudiarse sangre oculta en materia fecal anual, a los pacientes que no aceptan estas intervenciones.

Si el rastreo sólo se realiza en pacientes de alto riesgo se beneficiará sólo esa población, pero el 75% de los cánceres colorrectales aparecen en individuos con riesgo habitual. Sin embargo desde el punto de vista de la Salud Pública esta estrategia tiene bajo impacto.

El **tratamiento del cáncer de colon** incluye:

1. **Cirugía:** es la modalidad de tratamiento por excelencia con fines curativos. También está indicada con fines paliativos. En EEUU entre el 70 y el 80% de los casos se detectan en estadios en que la cirugía puede ser curativa.
2. **Quimioterapia (QMT):** la adyuvante es útil en pacientes con un Dukes B₁. La reducción de la recurrencia es del 40%. En el seguimiento, de 9 años, la mortalidad baja un 33%.
3. En el Dukes B₂ la evidencia es menos concluyente, los estudios muestran que puede haber disminución de la recurrencia, pero no aumento de la sobrevida.

Recientemente se ha publicado un estudio randomizado que demuestra un aumento de la sobrevida y disminución de la recidiva local con el uso de radioterapia preoperatoria, incluso en estadios tempranos.

Los pacientes con enfermedad diseminada que reciben QMT en período asintomático tienen mejor respuesta, mejor calidad de vida y mayor sobrevida, comparados con los que reciben QMT cuando presentan síntomas.

En los estadios II y III la QMT adyuvante (postoperatoria) resulta efectiva (Hurwitz, 2004).

El 90% de las recidivas, se presentan antes de los 3 a 5 años. La metástasis más frecuente son en hígado, pulmón y abdomen. Se reporta alrededor de 30% de sobrevida a los 5 años en metástasis aisladas de hígado completamente reseca³ (André, 2004).

El **cáncer de pulmón** surge del epitelio respiratorio desde los bronquios a los alvéolos. La estadificación muestra la eficacia del diagnóstico y tratamiento tempranos en la forma no microcítica [Cuadro 1.4.d].

Cáncer pulmonar no microcítico. Estadios y sobrevida a los 5 años (%). C. 2000

Estadios	TNM	Sobrevida 5 años (%)		Prevención 2 ^a
		Estadio clínico	Estadio anatomopal.	
IA	T1N0M0	61	67	↑ eficacia terapéutica del diagnóstico temprano
IB	T2N0M0	38	57	
IIA	T1N1M0	34	55	
IIB	T2N1M0	24	39	
	T3N0M0	22	38	
IIIA	T3N1M0	9	25	
	T1-2-3N2M0	13	23	
IIIB	T4N0-1-2M0	7	< 5	
	T1-2-3-4N3M0	3	< 3	
IV	TxNxM1	1	< 1	

TIS: Tumor in situ; **T1 > 3** cm longitud que pasa de bronquio lobar; **T2 > 3** cm que llega a bronquio principal, ó ? 2 cm distal a la carina, infiltrac. pleura visceral o con atelectasia; **T3:** cualquier T que infiltra pared, pleura mediastínica, pericardio o diafragma, o bronquio principal a < 2 cm de carina; **T4** cualquier T que infiltra órganos o grandes vasos, o con derrames; **N0:** no afecta gánglios; **N1:** + en g. ipsolaterales peribronquiales o hiliares; **N2:** + en g. ipsolaterales o mediastínicos; **N3:** + en g. mediastínicos o hiliares contralaterales, escalenos o supraclaviculares; **M0:** sin mts; M1: con mts.

(Harrison, en Braunwald, 2002: 668).

Cuadro 1.4.b

3 En EEUU hay alrededor de 500.000 pacientes bajo vigilancia, que según los criterios varían, cada uno, entre U\$A 910 a U\$A 26.717 de costo (U\$A de 1992) por períodos de 5 años (Sonnenberg, 2000).

El enfoque terapéutico depende según se trate de un cáncer no microcítico o microcítico. Este último suele detectarse cuando ya está diseminado.

El **adenocarcinoma** es el menos relacionado con el hábito de fumar cigarrillos, el que se presenta en no fumadores y menores de 45 años. Las células de todos los tipos histológicos expresan receptores para la nicotina, las que impedirían la apoptosis.

Hecho el diagnóstico histopatológico y la estadificación debe considerarse la localización y la capacidad del paciente para cirugía (en el no microcítico).

En los **no microcíticos** se usa el sistema TNM (Interestructural Staging System) y como 1/3 de los pacientes suelen encontrarse en estadíos I, II o IIIA se puede intentar un tratamiento curativo con cirugía o RT.

Los **microcíticos** se clasifican en limitados (confinados a un hemitorax y ganglios regionales) y avanzados (más allá de esos límites). En el primer caso se puede intentar la RT.

El tratamiento se reduce a la cirugía, e incluye un objetivo paliativo. La radioterapia con alto voltaje es "raramente curativa" y la quimioterapia "inefectiva". Se preconiza la radioterapia con supervoltaje preoperatoria para mejorar la reseabilidad y la supervivencia (Braunwald, 2002:1507).

1.5.- Los linfomas y las leucemias despiertan esperanzas de curación

La **enfermedad de Hodgkin** se consideró de carácter sistémico e incurable hasta fines de la década de 1950. Su iniciación más frecuente es local y la extensión es por contigüidad. Se aplicaba radioterapia sobre ganglios visibles y a bajas dosis, como paliativo. Se amplió a radioterapia regional supra o infradiaphragmática. El uso de la linfografía (1960) primero y de tomografía después, favoreció la aplicación de radioterapia de Alta Energía a dosis altas y en períodos breves. Similar proceso se dio con la quimioterapia, al principio paliativo con una sola droga, hasta que se fue aplicando la poliquimioterapia en la década de 1960. Los ganglios solitarios en una época se extirparon quirúrgicamente. En cirugía persistió, para algunos casos, la esplenectomía (Bernard, 1993).

Estos tratamientos tienen complejos efectos secundarios y las etapas avanzadas pueden tener recidivas. La introducción del trasplante de médula ósea permitió el uso de dosis máximas y más curaciones.

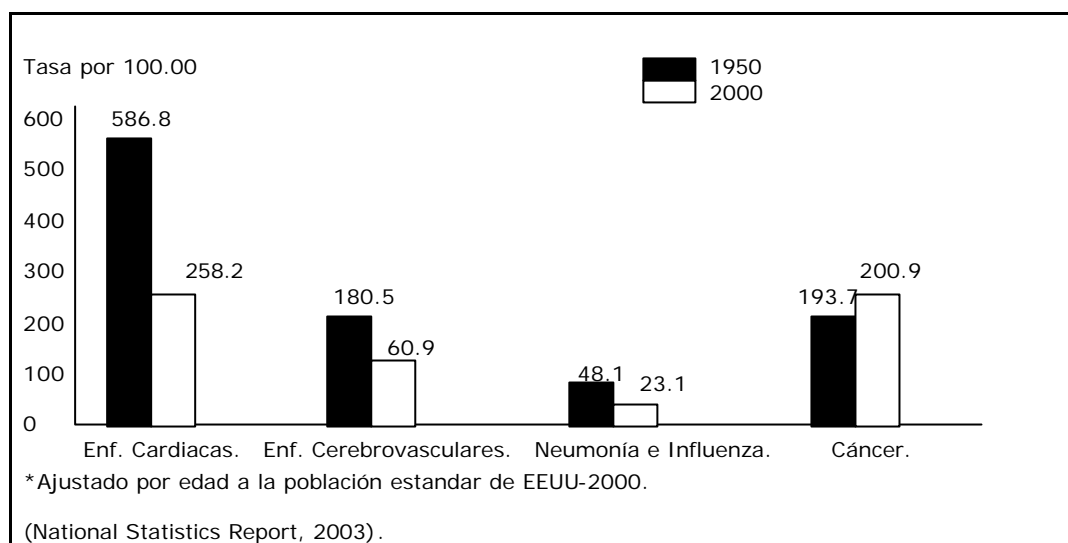
La **leucemia aguda** se trató con exsanguinotransfusión (1947) y con quimioterapia (1949) logrando remisiones. Veinte años después (1967) se alcanzaron las primeras curaciones con el uso de poliquimioterapia. En la década de 1990 la curación en niños alcanzó al 60-70 % pero en adultos sólo 15-20 %. Se continuó avanzando en casos de alto riesgo y recidivas con injertos de médula ósea. Éstos tienen su propia tasa de mortalidad entre 20-30%. Se usan para alcanzar poliquimioterapia destructiva de células malignas (Bernard, 1993:1498).

La **leucemia mieloidea crónica** con frecuencia se diagnostica por una alta leucocitosis en pacientes aparentemente sanos. Amenaza con agudizarse antes de los 3 ó 4 años del diagnóstico. Se comenzó a tratar con RT esplénica y QT logrando remisiones transitorias. La asociación de interferón, poliquimioterapia y trasplante de médula ósea mejoró el pronóstico.

1.6.- Las muertes por enfermedades cardio y cerebrovasculares disminuyen con el Desarrollo

Los programas aplicados en EEUU y en países desarrollados han alcanzado logros de Salud Pública como los que se aprecian en el cuadro 1.6.a para enfermedades cardíacas y cerebrovasculares. El análisis se hará en torno a la arteriopatía coronaria.

Cambio en la tasa de mortalidad por causa. Estados Unidos. 1950 y 2000*



Cuadro 1.6.a

1.7.- La prevención primaria de la enfermedad cardiovascular definió sus factores de riesgo

Federico Giachello*

La enfermedad cardiovascular **aterosclerótica**, es la consecuencia de la asociación de diferentes factores de riesgo, que al interactuar entre sí, generan lo que se llama riesgo global. Varias sociedades científicas han elaborado grillas, que permiten predecir cual es el riesgo de padecer un evento en personas en prevención primaria.

Los scores más utilizados son el de **Framingham** y el del **Consenso Europeo** (Sociedades Europeas de Cardiología, Hipertensión Arterial y Aterosclerosis).

A continuación se definen los factores de riesgo cardiovascular y se establecen los valores establecidos por la guía de consenso de prevención cardiovascular de la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC).

Dislipemias: La aterosclerosis se inicia y se perpetúa porque partículas cargadas de colesterol se depositan en el subendotelio, desarrollando una serie de reacciones metabólicas e inflamatorias que ocasionan la aparición del **ateroma**, la lesión patológica por excelencia. Las partículas que depositan colesterol son principalmente las **LDL** (lipoproteínas de baja densidad especialmente las pequeñas y densas) [Cuadro 1.7.a].

Valores óptimos deseables y de riesgo de C-LDL, C-HDL, TG, C-total

Fracción lipídica	sexo	Valores (mg/dl)		
		óptimo	deseable	de riesgo
Colesterol LDL		<70	<100	>130
Colesterol HDL	Varones	>60	>40	<40
	Mujeres	>70	>50	<50
Triglicéridos (TG)		<100	<150	>150
Colesterol total		<170	<200	>200

Sociedad Argentina de Cardiología (SAC)

Cuadro 1.7.a

* Federico Giachello: Ex presidente y jefe de Residencia Cardiología (Hospital Italiano. La Plata). Docente de Salud Pública (FCM-UNLP).

La prevención secundaria (incluyendo síndromes coronarios agudos) y prevención primaria de alto y muy alto riesgo (riesgo de infarto o muerte mayor al 20% en los próximos 10 años) exige valores ajustados [Cuadro 1.7.b].

Valores ajustados de prev. 2ª y 1ª de alto riesgo

C-LDL	<70 mg/dl
TG	<150 mg/dl
C-HDL	>45 mg/dl
(SAC)	

Cuadro 1.7.b

La prevención primaria de riesgo bajo y moderado (riesgo de infarto o muerte menor al 20% en los próximos 10 años) advierte algunas variantes (Cuadro 1.7.c).

Valores de prev. 1ª de riesgo bajo y moderado

C-LDL	<130 mg/dl
TG	<150 mg/dl
C-HDL	>45 mg/dl
(SAC)	

Cuadro 1.7.c

Hipertensión arterial (HA): sin lugar a duda la HA es uno de los principales motivos de consulta de la población adulta en Argentina y llave de diagnóstico para la detección de un potencial paciente en riesgo. Las cifras de prevalencia en nuestro país varían entre el 29 y 34% según los estudios analizados. Los informes coinciden en que la población argentina desconoce su condición de hipertensa en el 50% de los casos detectados, y que sólo un porcentaje que varía entre el 13 y el 20% de los hipertensos conocidos se encuentran controlados bajo cifras de normotensión [Cuadro 1.7.d].

Clasificación de la HTA según las guías de la Sociedad Europea de Cardiología.

Categoría	Sistólica (mmhg)	Diastólica (mmhg)
Óptima	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Normal alta	130-139	85-89
Hipertensión Grado 1	140-159	90-99
Hipertensión Grado 2	160-179	100-109
Hipertensión Grado 3	>=180	>= 110
HTA sistólica aislada	>=140	<90

(Guías europeas para el manejo de la HTA, 2003).

Cuadro 1.7.d

Diabetes mellitus: La diabetes es un grupo de enfermedades crónicas metabólicas (con diferente etiopatogenia, manifestaciones clínicas y requerimientos terapéuticos) cuya prevalencia crece en el mundo en forma epidémica. Se caracteriza por hiperglucemia que resulta de defectos en la secreción de insulina, alteraciones en la acción de la hormona o de ambas situaciones. Puede ser

oligosintomática, mostrar los síntomas clásicos (poliuria, polidipsia, polifagia, adelgazamiento) o incluso presentarse con cetoacidosis y coma.

La hiperglucemia, con el tiempo, se asocia a lesiones y a disfunción o fallo en diversos tejidos y órganos, principalmente ojos (retinopatía), riñones (nefropatía), sistema nervioso periférico y autónomo (neuropatía y vasculopatía), vasos y corazón (enfermedad cardiovascular).

El diagnóstico se realiza mediante el análisis de glucemia en ayunas o a través de la prueba de tolerancia a la glucosa oral (PTGO) [Cuadro 1.7.e].

Diabetes mellitus. Categorías según valores de glucemia

Glucemia en ayunas	Valores
1. No diabético (normoglucemia)	hasta 99 mg/dl (menor de 100mg/dl)
2. Glucemia alterada en ayunas (GAA)	100 a 125 mg/dl
3. Diabetes mellitas	>= 126 mg/dl

Cuadro 1.7.e

La **Prueba de Tolerancia a la glucosa** oral (PTGO) determina el valor de la glucemia de 2 horas post carga, cualquiera sea el nivel de la glucemia en ayunas hasta 125 mg/dl. Es muy importante cumplir con todos los pasos de la técnica para su realización [Cuadro 1.7.f].

Valores de la glucemia a las 2 horas postcarga categóricas

1. No diabético	hasta 139 mg/dl
2. Tolerancia alterada a la glucosa	140 a 199 mg/dl
3. Diabetes mellitus	200 mg/dl o mayor

Cuadro 1.7.f

La clasificación de la Diabetes mellitus (DM) es la siguiente:

1. **DM tipo 1** (antes denominada insulino dependiente) (DM1):
Existe una severa insulinopenia que se origina en general en un proceso autoinmune (diabetes inmunomediada con insulinitis). Aparece a cualquier edad pero suele preponderar el inicio en niños y jóvenes. Requiere de insulina como terapéutica.
2. **DM tipo 2** (antes denominada insulino no dependiente) (DM2):
Se describen dos fenómenos fisiopatológicos: insulinoresistencia e insulinodeficiencia. Es el tipo más común (80-90% de diabéticos) y tiene fuerte vínculo con la obesidad y el síndrome metabólico. Puede permanecer mucho tiempo oligosintomática, es evolutiva. En períodos tempranos no requiere indefectiblemente de insulina para su tratamiento.
3. **DM gestacional:**
Mujeres embarazadas en quienes se detecta por primera vez cualquier grado de intolerancia a la glucosa, independiente del uso de insulina o dieta o de la persistencia después del embarazo.
4. **Otros tipos específicos de DM:**
 - a) Defectos genéticos de la célula beta
 - b) Defectos genéticos de la acción de la insulina
 - c) Enfermedades del páncreas exócrino
 - d) Endocrinopatías
 - e) Inducida por tóxicos o agentes químicos
 - f) Formas no comunes de diabetes inmunomediadas
 - g) Otros síndromes génicos asociados ocasionalmente

Obesidad: La obesidad es una **enfermedad metabólica**, crónica e inflamatoria, determinada por una relación entre lo genético y lo ambiental, fenotípicamente caracterizada por un exceso de grasa corporal que conlleva mayor riesgo de morbimortalidad.

Actualmente es considerada un factor de riesgo cardiovascular independiente. La OMS la ha declarado como el primer caso de enfermedad crónica no transmisible con **características epidémicas**. La incidencia en la Argentina es de aproximadamente un 30%, aunque las personas con sobrepeso alcanzan el 60% de la población [Cuadro 1.7.g].

Obesidad: Definiciones y clasificación, según índice de masa corporal (IMC), perímetro de cintura (PC), porcentaje de grasa corporal y riesgo asociado.

	IMC	Clase de Obesidad	PC: Mujeres < 88 cm Hombres < 102 cm	PC: Mujeres >88 cm Hombres >102 cm	% grasa: > 33 Hombres > 25 Mujeres
Bajo peso	<18.5	---	---	---	---
Normopeso	18.5-24.9	---	---	Aumentado	Aumentado
Sobrepeso	25-29.9	---	Aumentado	Alto	Alto
Obesidad	30-34.9	I	Alto	Muy alto	Muy Alto
	35-39.9	II	Muy Alto	Muy alto	Muy Alto
	>40	III	Extrem. Alto	Extrem. alto	Extrem. alto

Cuadro 1.7.g

La **composición corporal** se puede estudiar en consultorio mediante el método de bioimpedancia o a través de fórmulas específicas. Dentro de los parámetros antropométricos reviste importancia la medición del perímetro del cuello, cuyo valor (43 cm) junto a la presencia de ronquidos y somnolencia diurna es sugestivo de **síndrome de apnea del sueño**, lo que le confiere mayor riesgo.

Tabaquismo: El tabaquismo es uno de los graves problemas de Salud Pública, que ocasiona, en la actualidad, 5 millones de muertes anuales en el mundo y representa la principal causa de muerte prevenible.

La Argentina en concordancia con esta situación, presenta una de las prevalencias más altas de América Latina, 40% de la población argentina fuma (45% varones y 35% mujeres), muriendo 40.000 personas por año a causa directa del tabaquismo (de las cuales la causa cardiovascular es la más frecuente).

La incidencia de infarto de miocardio es 6 veces mayor en mujeres y 3 veces mayor en varones que consumen 20 cigarrillos por día comparado con sujetos que nunca fumaron. Los pacientes infartados que continúan fumando tienen una mayor mortalidad que los que dejan de fumar, y tienen mayor riesgo de reinfarto y de revascularizaciones más precoces. Es decir que nunca es tarde para dejar de fumar.

Algunos conceptos importantes a tener en cuenta en relación al consumo son:

- Todos los productos con tabaco (no solamente los cigarrillos) son igualmente devastadores para la salud.
- La mayoría de los fumadores son adictos a la nicotina y el nivel de dependencia es comparable o aún mayor que el que causan los opiáceos, anfetaminas y cocaína.
- Dado que la mayoría son adictos, y existe farmacoterapia de probada eficacia y costoefectividad para el control del síndrome de abstinencia, la mayoría de los fumadores deberían recibir fármacos para dejar de fumar.
- El consejo antitabáquico dado por el médico tiene una eficacia anual del 2%, lo cual tendría un gran impacto para la Salud Pública si los médicos lo implementaran masivamente.

Se denominan intervenciones breves, al conjunto de estrategias validadas que todo médico debiera aplicar en el ámbito de su consultorio para ayudar a sus pacientes a dejar de fumar. Es considerada un estándar de buena práctica clínica. Su duración aproximada es de 3 a 5 minutos por consulta y pueden utilizarse con toda la población fumadora. Están constituidas por 5 herramientas [Cuadro 1.7.h].

Tabaquismo. Instrucciones básicas contra el hábito

1. Conocer el estatus del fumador e indicarlo en cada consulta.
2. Realizar consejo antitabáquico claro y valorar el impacto del tabaquismo sobre la salud de la persona.
3. Evaluar la etapa evolutiva motivacional de la adicción y favorecer a la motivación.
4. Elaborar un programa de tratamiento : fecha de abandono, estrategias conductuales y farmacoterapia.
5. Elaborar un plan de seguimiento .

Cuadro 1.7.h

Sedentarismo: Los trabajos científicos han demostrado que las personas más activas así como aquellas con entrenamiento físico desarrollan menos enfermedad coronaria que los individuos sedentarios, y además, cuando esta se presenta, en las personas entrenadas ocurre más tardíamente y tiende a ser menos severa.

Si bien el sedentarismo no es considerado una enfermedad, este hábito se ha ligado a una mayor incidencia de distintas patologías. En lo referente a la cardiología, desde el año 1992 la American Heart Association (AHA) lo ha incluido en la lista de factores de riesgo mayores junto al tabaquismo, las dislipidemias, la hipertensión arterial, la diabetes y la obesidad, siendo además un factor predisponente para el desarrollo de los demás factores de riesgo.

Se define a un individuo como sedentario cuando gasta menos del 10% de su consumo calórico diario como consecuencia de una actividad física de intensidad moderada o baja. En individuos sanos puede considerarse sedentarios a aquellos que no realizan como mínimo 30 minutos de caminata diaria “a paso vivo” de 5 a 7 días por semana o el equivalente en consumo calórico diario, producto de cualquier otra actividad física. En la actualidad estudios realizados en nuestro país y en el exterior muestran una prevalencia del 75 al 80% de sedentarismo entre la población general observándose un marcado incremento en etapas tempranas de la vida.

Finalmente es importante consignar que todos los factores de riesgo enunciados o sus distintas combinaciones, llevan a los conceptos actuales de síndrome metabólico y de riesgo cardiovascular global, que son de utilidad extrema en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de este grupo de pacientes. El incremento de esta población ha llevado a acuñar el término de epidemia de riesgo cardiovascular. El síndrome metabólico es una entidad de carácter complejo compuesta por un conjunto de factores de origen metabólico que tienden a presentarse juntos, vinculados generalmente a resistencia insulínica, diabetes tipo 2 y a un exagerado riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica [cuadro 1.7.i].

Síndrome Metabólico

Componentes mayores	Componentes menores
Obesidad abdominal	Estados procoagulantes (hiperfibrinogenemia, ↑PAI-1, ↓tPA)
Insulinorresistencia/ hiperinsulinismo	Microalbuminuria
Tríada lipídica (↑TG, ↑LDL y ↓HDL)	Hiperuricemia
Glucemia alterada en ayunas/Tolerancia glucídica normal/Diabetes	Andrógenos (masc.)
Hipertensión arterial	Estrógenos (fem.)
	Esteatosis /fibrosis hepática

Cuadro 1.7.i

El diagnóstico del síndrome metabólico requiere la presencia de al menos 3 de los siguientes criterios (Consenso de prevención Cardiovascular de la Federación Argentina de Cardiología, 2005):

- Obesidad abdominal;
- Perímetro de cintura en hombres > 102 cm;
- Perímetro de cintura en mujeres > 88 cm;
- Triglicéridos > 150 mg/dl;
- HDL-C < 40 mg/dl en hombres y < 50 en mujeres;
- Presión arterial > 130/85 mmhg (o en tratamiento antihipertensivo);
- Glucemia en ayunas > 100 mg/dl.

1.9.- El tratamiento de la arteriopatía coronaria redujo la mortalidad en las últimas décadas

Horacio Luis Barragán
Federico Giachello

“Que ningún médico que espere mantener el respeto de sus colegas se atreva a operar el corazón humano”

(Theodor Billroth, 1883)

La nosografía moderna comenzó con el inglés Thomas Sydenham. En esa línea casi un siglo después, el inglés William Heberden describió el cuadro clínico del **angor pectoris** (Lain Entralgo, 1978:318).

La causa habitual de la arteriopatía coronaria es la aterosclerosis, se acepta también el espasmo coronario. Este último, en la actualidad, se relaciona con el uso de la cocaína.

La **historia natural** de esta arteriopatía lleva a cuatro cuadros: la angina de pecho estable, la angina inestable, el infarto de miocardio (IAM) y la muerte súbita por arritmias.

La mortalidad anual, en hombres con angina típica sin otros signos, es de 1,5%, de 7,5% cuando padecen hipertensión sistólica, de 8,4 % si tienen trastornos electrocardiográficos, y de 12% si coexisten estas dos últimas anomalías (Beers y Berkow, 1999:1671). El pronóstico se agrava con el número de arterias coronarias afectadas y los trastornos de la función ventricular.

En la era anterior a las unidades coronarias la mortalidad del IAM era de aproximadamente el 40%. Con la implementación de las mismas se redujo al 20%. El tratamiento trombolítico e invasivo precoz (angioplastia) la disminuyó a menos del 10%.

El **síndrome coronario agudo (SCA)** engloba al Infarto agudo de miocardio (IAM: supra ST o no supra ST) y a la angina inestable (AI) (Anguta Sanchez, 2001).

El diagnóstico del SCA se hace aun hoy por la anamnesis y se precisa con el ECG y las enzimas.

La arteriopatía coronaria silente logra ser detectada con la incorporación de **nuevas técnicas diagnósticas**, a saber:

- ECG de esfuerzo.
- Holter.
- Ecocardiografía.
- Gamagrafía con Tc 99 o Ti 201.
- Angiografía coronaria.
- SPECT (tomografía computada por emisión de fotón único).
- PET (tomografía por emisión de positrones).

Las pruebas enzimáticas para detección de SCA han evolucionado desde:

- TGO y TGP, dehidrogenasa láctica y málica y aldolasa (Shaposnik, 1976:85), hasta
- CK-MB y el triage (mioglobina, troponina T y troponina I)

El tratamiento involucra siempre el reposo, la dieta y el control. Hasta la década de 1970 se utilizaba la morfina para el dolor, la noradrenalina (Levofed) o la aramina para el shock cardiogénico, la quinidina y la procainamina se aplicaban en las arritmias y la heparina y el tromexan para la trombosis (Shaposnik, 1976:89).

En forma progresiva se ha mejorado el tratamiento médico, con nuevas drogas [vg. nitroglicerina (NTG), bloqueadores beta y antagonistas del calcio]. Para las eventuales arritmias se usa de guía la tabla de Vaughan Williams que agrupa los antiarrítmicos en cuatro categorías.

La introducción de los antiagregantes plaquetarios ha contribuido a la prevención primaria y secundaria del SCA (vg. el ácido acetilsalicílico y el clopidogrel).

Los anticoagulantes se ampliaron, además de la heparina y la heparina fraccionada se han incorporado las de bajo peso molecular (HBPM). De entre ellas la enoxaparina se usa por vía subcutánea, no requiere controles de laboratorio y produce menos hemorragias secundarias.

La introducción de los inhibidores de las glicoproteínas IIb/IIIa es un nuevo hito y se indican en el síndrome coronario de alto riesgo (vg. abciximab, tirofibrán, eptifibatide). Facilitan la angiografía y la revascularización tempranas en pacientes de alto riesgo. Se usan también combinados con heparina y clopidogrel y tienen evidente beneficio (Jiménez Mena y Gómez Bueno, 2003).

Estudios multicéntricos han demostrado que los fibrinolíticos (reperusión farmacológica) pueden reducir la mortalidad en pacientes con IAM. La indicación de su uso es para pacientes con oclusión coronaria de menos de 6 hs. de evolución, o IAM de hasta 12 hs. de evolución que continúa con angor. Actualmente la terapéutica del IAM se preconiza con estas drogas o con la angioplastia directa (reperusión mecánica). Los resultados de un metaanálisis de trombolíticos llamado FTT (Fibrinolytic Therapy Trialist, 1994) que reclutó 58.600 pacientes mostró una mortalidad global de 10.5%, tasa de ACV de 1.0% y sangrado mayor no cerebral de 0.7%. Existe una relación vital directamente proporcional entre el comienzo de los síntomas, el inicio del tratamiento y la mortalidad con el uso de los trombolíticos.

El tratamiento trombolítico se hace con activadores del plasminógeno que tienen acción fibrinolítica. En EEUU están disponibles para su uso endovenoso los siguientes:

- Estreptocinasa: puede ser alergénica, produce menos hemorragias intracraneales pero también logra menos recanalizaciones. Es más barata.
- Alteplase: activador tisular del plasminógeno producido con técnicas de DNA recombinante. Es caro pero produce mayor porcentaje de recanalizaciones.
- Anistreplase: es alergénica, la acción es intermedia entre las dos anteriores
- Reteplase y tenecteplase: similares a los anteriores.

Si los progresos en cirugía coronaria se impulsaron desde la década de 1970, los de la angioplastia percutánea translumínar coronaria (APTC), iniciada por Gruentzig en 1977 se desarrollaron la década de 1980:

- APTC de catéter con balón: el éxito inmediato alcanza entre 90-95% de los casos, la letalidad y la operación convencional eran de 1% y bajaron hasta 0,5%. Las reestenosis en los 2 primeros meses llegar a 25-35%.
- APTC con aterótomos (vg. Simpson y Rotablator) que se introdujo para arterias calcificadas y casos especiales. No se logró una proporción mucho menor de reestenosis.
- APTC con endoprótesis, stents, introducidas por el argentino **Julio Palmaz** (Palmaz-Schatz), se impactan a alta presión y reducen la reestenosis a 15-20% (Anguta Sánchez, 2001). Se ha ideado embeber el stent con inhibidores de la hiperplasia de la íntima (vg. sirolimus y paclitaxel) con lo que la tasa actual de reestenosis se ubica entre el 1 al 5% (Stone, 2004).
- APTC con balón de Excimer Laser, que produce 80-90°C de calor en 20 segundos (Baim, 1993).

La cirugía cardíaca comenzó su desarrollo con el tratamiento de las cardiopatías congénitas y valvulopatías, que fueron los primeros logros en cirugía cardiovascular.

Los estudios anatómicos favorecieron, desde las primeras imágenes arteriográficas, el conocimiento del árbol coronario.

La cirugía coronaria se inició en la década de 1960 y actualmente se realizan aproximadamente un millón de operaciones de ese tipo esperándose un rápido aumento por el envejecimiento de las poblaciones y el acceso a la cirugía de los pacientes de China e India (Khan, 2004). La cirugía coronaria ha seguido estas etapas:

- a) anastomosis de la arteria mamaria izquierda con la coronaria izquierda (descendente anterior) por Favaloro en la Clínica Cleveland (EEUU) y Kosolov en Leningrado (Rusia).
- b) se mejoraron las técnicas al progresar los oxigenadores para el bypass cardiopulmonar: a láminas, a burbujas, a membranas y a fibras huecas.
- c) se buscaron buenos resultados y menos complicaciones, aunque con similar complejidad y costo, con cirugía coronaria mínimvasiva, comenzando con bypass de un solo vaso (5% de los casos), la descendente anterior:
 - bypass coronario directo mínimvasivo (MIDCAB: minimally invasive direct coronary artery bypass) sin bypass cardiopulmonar.
 - bypass coronario por acceso de ventana (PORTCAB: port access coronary artery bypass), con toracotomía similar y bypass cardiopulmonar.
 - PORTCAB para tres vasos con mayor o nueva toracotomía.
 - bypass con esternotomía pero sin bypass cardiopulmonar (OFF pump coronary artery bypass) (Glenville, 1999).

La cirugía de revascularización coronaria con circulación extracorpórea, en los mejores centros tiene una tasa de mortalidad de 1 a 3%. La cirugía de revascularización coronaria sin circulación extracorpórea evita la canulación, el clampeo aórtico y la cardioplejia. Esta técnica reduce la estadía de internación y el uso de transfusiones. Hay menor incidencia de coagulopatía, fibrilación auricular, lesión de miocardio, riñón y sistema nervioso central. También es cierto que aumenta la reincidencia de obstrucción a los tres meses y a largo plazo (Khan, 2004).

1.10.- La pandemia de SIDA fue comprendida rápidamente

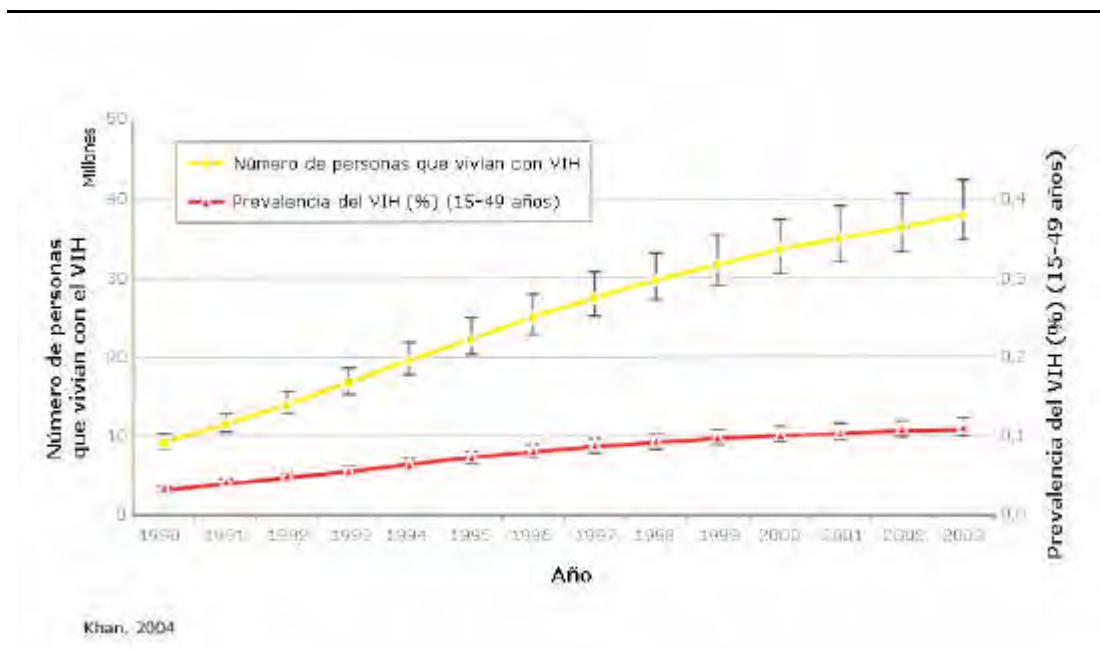
Santiago Luis Barragán*

Si bien los ritmos de la medicina se han acelerado en todos los campos, el vértigo del avance de los conocimientos médicos alcanzó niveles increíbles sobretodo es en el campo de las “nuevas enfermedades”. Ese es el ejemplo del SIDA.

El SIDA es una nueva enfermedad. Con apenas 20 años de existencia, se ha extendido por todo el mundo causando gran impacto en la salud de los pueblos y en sus economías. Pero equivalente a la extensa y rápida diseminación mundial del virus que causa esta enfermedad (HIV), los conocimientos sobre la infección se han desarrollado en forma asombrosa.

La epidemia se detectó en 1981, pero se sospecha de casos esporádicos anteriores en pacientes muertos con raras infecciones oportunistas hacia fines de la década de 1970. En 1981 en las grandes ciudades de Nueva York, Los Ángeles y San Francisco, algunos médicos asistieron a hombres homosexuales que sufrían una rara infección micótica: la neumonía por *Pneumocystis carini*. La letalidad de estos cuadros era dramática. Esta era una infección que se observaba solamente en pacientes con graves fallas de la inmunidad. Sobre estos casos es el primer reporte de literatura médica publicado sobre el SIDA (*Pneumocystis pneumonia* - Los Ángeles, en el *Morbidity and Mortality Weekly Report* el 5 de junio de 1981). Mientras aumentaron los casos y los muertos, se encontró otro tipo de infecciones oportunistas que habitualmente no producían enfermedad en personas sanas: citomegalovirus, criptococosis y otras. No se tardó mucho más en comprender que se estaba ante una enfermedad emergente; sin embargo nadie imaginó su nefasto futuro (Shilts, R., 1994) [Cuadro 1.10.a].

Epidemia Mundial de SIDA 1997-2001



Cuadro 1.10.a

* Santiago Barragán: Especialista en Medicina Interna. Docente de Epidemiología (FCM-UNLP).

Los descubrimientos sobre esta nueva enfermedad siguieron con estrepitosa aceleración. Se observó que no era una enfermedad exclusiva de los homosexuales sino que también afectaba a los adictos a drogas endovenosas y hemofílicos (1982) y las parejas sexuales de los afectados (1983); esos datos indicaron que se trataba de una enfermedad transmisible por vía parenteral y sexual. En septiembre de 1983 se definió el cuadro clínico y se le dió nombre oficial: AIDS (SIDA), "Acquired Inmune Deficiency Síndrome".

Muchos investigadores se lanzaron a la cacería del microorganismo causante que se sospechaba era un virus. A finales de 1983, científicos franceses aislaron a un nuevo retrovirus en un paciente con linfadenopatía por SIDA; se lo llamó LAV (Lymphadenopathy Associated Virus). Pero hubo que esperar a que lo aislaran los científicos estadounidenses para que se lo aceptara como agente causal. Finalmente se lo llamó HIV (Human Immunodeficiency Virus). Enseguida se conoció la estructura proteica, genoma y antígenos del virus.

En 1985 se aprobaron las primeras pruebas de detección del HIV. Luego los esfuerzos científicos se orientaron hacia el tratamiento. En marzo de 1987, la FDA (Food and Drug Administration - USA) aprobó el uso de la primera droga efectiva para inhibir al HIV: la zidovudina (AZT). Ésta inhibe la replicación del virus por bloqueo de una de sus enzimas esenciales, la transcriptasa reversa (TR). La AZT representa el primer gran avance en la terapéutica de la infección. Otras drogas análogas de los nucleósidos se desarrollaron para inhibir la enzima transcriptasa reversa, constituyéndose esta familia de drogas como el pilar del tratamiento actual. Algunos de estos fármacos son: didanosina (ddl), lamivudina (3TC) y avacabir. Se desarrollaron muchas otras drogas inhibitoras de la TR, pero que no son análogas de los nucleósidos (ITR no nucleósidos); ellos son: la nevirapina (NVP), la delavirdina (DLV) y el efavirez. Los inhibidores de la proteasa (IP), son drogas **que bloquean la acción de las proteasas** que sintetizan los polipéptidos de las proteínas estructurales y catalíticas del virus; las drogas más representativas de este grupo son saquinavir (SQV), ritonavir (RTV) e indinavir (IDV). Actualmente se estudian otros grupos de fármacos como los inhibidores de la unión a los linfocitos CD4.

Con nuevos conocimientos sobre la biología del virus, sus mecanismos de replicación y de desarrollo de resistencia, se ensayaron **esquemas terapéuticos** donde se combinaban múltiples drogas: terapia antirretroviral altamente activa (HAART: Highly Active Antiretroviral Therapy); en 1998 se demostró que el **HAART era efectivo** para disminuir la morbilidad y mortalidad de los pacientes con SIDA. Este esquema terapéutico se basa en la combinación de diferentes drogas de actividad antirretroviral para reducir los riesgos de desarrollo de resistencia del HIV y de toxicidad de las drogas utilizadas en forma individual. Las combinaciones usadas son múltiples e incluso no puede presentarse una fórmula general de tratamiento; en general combinan tres o cuatro drogas como por ejemplo AZT/3TC/EFV o AZT/ddl/IDV o RTV/SQV/AZT/3TC (Sepkowitz, 2001).

En el cuadro 1.8.b se comparan los hitos en el avance de los conocimientos sobre dos enfermedades infecciosas paradigmáticas.

***Hitos del proceso médico en dos enfermedades paradigmáticas (TBC y SIDA).
Etapas en la definición y tratamiento de TBC y SIDA*.***

	Tuberculosis	SIDA
Primeros reportes	Período neolítico	Junio 1981
Definición	1767-1819 (anátomo-clínico)	Septiembre 1983
Agente causal	M. tuberculosis (1892)	HIV (Fin de 1983)
Terapias precoces	Montañas mágicas ⁴ (s. XIX)	Inmunomoduladores (1986)
Primera droga efectiva	Estreptomina (1946)	Zidovudina (1987)
Tratamiento efectivo	Cuatro drogas (1970)	HAART (1998*)
* Si bien el HAART no proporciona la cura definitiva del SIDA, es altamente efectivo y representa el primer paso en la búsqueda final del tratamiento.		

Cuadro 1.10.b

4 Se refiere a los sanatorios para tuberculosos que desde fines del siglo XIX se establecían en zonas de montañas. El adjetivo (mágicas) hace referencia a la obra sobre el tema escrita por Thomas Mann (premio Nobel de literatura, 1927) titulada La Montaña Mágica (1924).

Las investigaciones científicas sobre el SIDA han alcanzado un ritmo asombroso y han resultado en excelentes avances en el control de la enfermedad. Sin embargo, estos avances no están al alcance de todos los enfermos de HIV-SIDA. Esto muestra la otra brecha en los ritmos de la medicina. Si bien los tiempos en los avances científicos se han acortado mucho, existe una gran parte de los enfermos (si no son la mayoría) que no puede acceder a ellos. Esto se observa en casi todas las enfermedades y el HIV-SIDA no es la excepción.

La epidemia del SIDA se detectó inicialmente en los países industrializados de América del Norte y Europa occidental pero el patrón epidemiológico cambió de forma espectacular. Los conocimientos en cuanto a transmisión y al tratamiento del HIV a los que nos hemos referido, han sido aplicados en esos países y han logrado controlar la epidemia. De esta forma el SIDA, la tremenda infección letal de la década de 1980, se ha transformado en una enfermedad crónica común (Mandell, Bennet y Dolin, 2002).

En los países pobres de África subsahariana, sudeste asiático y algunas islas del Caribe, la infección por HIV-SIDA, representa un problema gravísimo con perspectivas poco alentadoras. Aquí el SIDA se asemeja a las clásicas enfermedades infecciosas como la TBC y las diarreas infecciosas que producen importante mortalidad en esas poblaciones. Los datos muestran la magnitud del problema. En el año 2000, había alrededor 36 millones de infectados con el HIV en todo el mundo (equivale a la población de la República Argentina en el censo 2001) además de que casi 23 millones de personas habían muerto por esa enfermedad. El 70% de los casos ocurre en África subsahariana y en algunos países (Bostwana, Namibia, Zimbabwe y Swazilandia) la prevalencia de la infección en adultos es del 25%; en Harare, una ciudad de Zimbabwe, 40% de los adultos es portador del HIV. La epidemia, lejos de vislumbrarse su control, está en pleno crecimiento en África y amenaza otras regiones como el Caribe, el Sudeste asiático y Europa del Este (Gottlieb, 2003).

1.11.- La esquizofrenia se controla con posibilidades de rehabilitación social

Carolina Alessandria*

Durante el siglo XIX los psiquiatras franceses y alemanes detectaron en los hospicios un tipo particular de alienados, que llamaron alternativamente: "afectos de la estupidez desde su más temprana edad", "dementes precoces", "hebefrénicos" o "catatónicos".

En 1907, Kraepelin llamó a ese conjunto de síntomas "**demencia precoz**". En 1911, Bleuler introdujo la denominación de esquizofrenia caracterizándola con cuño psicoanalítico, lo que generó una extendida denominación del diagnóstico. Entre otras conceptualizaciones, Ey la define como una "psicosis crónica con transformación profunda y progresiva de la persona, quien cesa de construir su mundo en comunicación con los demás para perderse en un pensamiento autístico, es decir en un caos imaginario" (Ey, 2000:473; Freedman, 2003). Se estima que afecta hasta un 1% de las poblaciones.

Los síntomas se relacionan con diferentes neurotransmisores y receptores celulares, cuyo estudio de genética molecular y el de imágenes funcionales del cerebro, permitieron mayor conocimiento patofisiológico.

Hubo una etapa de terapéutica por shock, que se suponía capaz de devolver el equilibrio al enfermo. Así, se usaron sucesivamente la malarioterapia (von Jauregg, 1917), el shock insulínico (Sakel, 1934) y el electroshock (Cerletti, 1938).

Su tratamiento racional comenzó con los barbitúricos que sólo lograban sedar al paciente. En 1950 se introdujo, como primer antipsicótico, la clorpromazina cuando se mejoró el cuadro mental en esquizofrénicos en quienes se usaba como antihistamínico. Produce, como efecto adverso un síndrome extrapiramidal. Se descubrió que esta droga inhibía los receptores de dopamina en el cerebro. Se encontraron, entonces medicamentos más potentes en ese aspecto. Tales las

* Carolina Alessandria: Especialista en Psiquiatría y en Psicología Médica. Psiquiatra de Enlace en el Hospital IZEAyC "A. Korn" de Melchor Romero.

butirofenonas (vg. haloperidol) y derivados. Pero también tenían efectos extrapiramidales. Con estos antipsicóticos se lograba mantener al 70% de los pacientes sin recaídas, quienes sin tratamiento alcanzaban sólo el 20%.

A fines de la década de 1980 se introdujeron los antipsicóticos de segunda generación: las dibenzodiazepinas (vg. clozapina) y derivados así como otros grupos benzodiazepínicos. Al no producir síndrome neuroléptico se llamaron antipsicóticos atípicos.

La clozapina tiene dos efectos adversos graves: la agranulocitosis que obliga al control semanal del recuento de blancos, y la miocarditis (Freedman, 2003:1744).

En la segunda generación de antipsicóticos atípicos están, entre otros, la risperidona y la olanzapina. Con risperidona se producen sólo el 25% de recaídas, cuando con la primera generación alcanzaban el 40% (Freedman, 2003:1745). Los efectos adversos no comprenden la agranulocitosis pero puede haber aumento de peso, de colesterol sérico y mayor incidencia de diabetes.

Los antipsicóticos atípicos son eficaces para todos los síntomas de la enfermedad y tienen menos efectos extrapiramidales, lo que los ha hecho de primera elección. Pero se complican por su costo.

La de uso más extendido es la risperidona. La clozapina por sus efectos hematológicos se reserva para pacientes resistentes, que pueden llegar a ser el 25% (Jufe G., 2001).

1.12.- La inmunización tiene impacto como prevención prepatogénica.

La inmunización activa se inició con la vacuna contra la viruela, descubierta empíricamente por la observación de **Edward Jenner** (1796).

La Escuela Bacteriológica europea le dio sustento científico con vacunas contra el cólera aviar, el carbunco y la rabia animal, elaboradas por Louis Pasteur (alrededor de 1880).

Entre fines del siglo XIX y las primeras décadas del XX los esfuerzos para lograr inmunizantes contra las enfermedades infecciosas de mayor frecuencia, fueron numerosos aunque no siempre con éxito.

El control de las enfermedades infecciosas se logró, como lo sostiene McKeown (1982:58) por el efecto confluyente de una mejor nutrición, efectivo saneamiento e higiene personal. El proceso de interacción ecológica entre agentes, vectores y huéspedes, a su vez, desencadenó un mecanismo de selección natural con la sobrevivencia de poblaciones más resistentes: el “siempre variable estado de la constitución inmunológica de las muchedumbres” (1982:60). Es así como “la constitución inmunológica de una generación se ve ampliamente influida por la experiencia de la mortalidad de las que le precedieron” (1982:60).

Sin embargo no puede negarse a las Ciencias Médicas el impacto decisivo de las vacunas exitosas [Cuadro 1.12.a.].

Principales Vacunas. Evolución e impacto*.

Vacunas vs. Enfermedad	Año descubrim (aplic. sistemát.)	Impacto : reducc. morbil. (%)
Viruela	1876	100
Carbunco (veter.)	1884	s/d
Rabia (veter.)	1885	s/d
BCG	1922 (1950)	s/d
Difteria (toxóide)	1923	>99
Tos Ferina	1926	>97
Tétanos	1927	>97
Tifus exantemático	1940	s/d
F. Amarilla	1953	s/d
Poliomielitis	Salk Sabin 1954 1955	>100
Sarampión	1967	>99
Rubcola	1969	>99
Triple vírica	1971	s/d
Meningocóc. (A,C,Y,W135)	1981	>92-95
VHB	1981	s/d
Neumocócica	1983	>99
H. Influenzae (Hib)	1985	s/d
Combinada DPT.	1993	s/d
VHA	1995	s/d

*Las reducciones indicadas se logran en ámbitos donde la organización sanitaria alcanza a inmunizar alrededor del 80% de los susceptibles. Los porcentajes corresponden a los EEUU (MMRW).

s/d: sin datos disponibles

(Keusch y Bart, 2001; Mackay y Rosen, 2001)

Cuadro 1.12.a

En las Américas se ha logrado la erradicación de la Poliomiélitis, el control del Tétano neonatal y la interrupción de la transmisión autóctona del Sarampión (Castillo Solórzano, Anders y Roses Periago, 2004).

Así, es cierto que “como herramienta de Salud Pública, las vacunas son la intervención más costo-efectiva de que se puede disponer” (Castillo Solórzano, Anders y Roses Periago, 2004).

La progresiva disponibilidad de vacunas impulsó la organización de su aplicación sistemática. La OMS, en 1974, lanzó el Programa Ampliado de Vacunaciones (PAI) y en 1987 difundió el lema “Vacunación: a cada niño su oportunidad” como procedimiento de punta en el logro de la Equidad.

El descubrimiento de la secuencia genómica de agentes patógenos permite desarrollar vacunas comenzando por el análisis computarizado del genoma (vacunología inversa), cuyo primer logro fue la vacuna antimeningocócica. Hoy es la tecnología principal (Mackay y Rosen, 2001).

Sin embargo no todas las enfermedades inmunoprevenibles se han controlado, no por la carencia de vacunas, sino por el costo o por la organización para su aplicación masiva.

Por otra parte hay tres enfermedades, HIV-SIDA, la TBC y el paludismo que producen, en el mundo, alrededor del 11% de la carga global de enfermedad. Si bien la BCG es eficaz para formas agudas de TBC, no alcanza a proteger de todas sus presentaciones. Para las otras dos enfermedades, sólo hay vacunas en fase de experimentación.

En otro aspecto, avanzan (fase III) las posibilidades de lograr vacunas antirretrovíricas y contra el virus del Papiloma humano tipo 16 (HPVB-16) que infecta alrededor del 20% de los adultos y es factor de riesgo para el cáncer de cérvix. El Rotavirus produce, en niños menores de cinco años, 111 millones de episodios de diarrea y 450.000 muertes anuales y se ha logrado una vacuna específica.

La aparición del SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) como amenaza de pandemia, motivó la encarnizada investigación para lograr una vacuna (SAVI: Accelerated Vaccine Initiative; Canadá), al igual que la amenaza de las enfermedades infecciosas emergentes o reemergentes con nuevas cepas que no han desaparecido.

La **iniciativa** de la OMS por la investigación de vacunas, impulsó la creación de una alianza para financiarla teniendo en cuenta su alto costo.

La investigación y el desarrollo de vacunas, sigue -sobre la base de la Biología molecular- diversas líneas, que aún con decepciones, abren esperanzas para el mediano plazo. Ellas son:

- a.- preparación con parte de los antígenos: péptidos y subunidades (preparados con tecnología de ADN recombinante)
- b.- nuevos adyuvantes para aumentar la respuesta inmune (vg. además de sales de aluminio, el QS-21)
- c.- vacunas de agentes vivos como vectores de otros antígenos
- d.- ADN de antígenos codificados con patrones en plásmidos bacterianos
- e.- vacunación secuencial

Asimismo, el conocimiento de la compleja estructura citoquímica y de las interacciones del sistema inmunitario, abren camino a nuevos procedimientos inmunitarios y a las llamadas **“formas negativas de vacunación”** para anular la respuesta del sistema en **enfermedades autoinmunitarias** como la esclerosis múltiple, la artritis reumatoidea, y la diabetes tipo 1, aunque los primeros resultados han sido desalentadores.

La asociación entre algunos virus y cierto tipo de cáncer hace posible su prevención por inmunización. Tal es el caso de la vacuna contra el HBV asociado al hepatocarcinoma. Su sistematización en Taiwán redujo 50% la incidencia de hepatocarcinomas y el 70% de su letalidad en niños de 6 a 14 años.

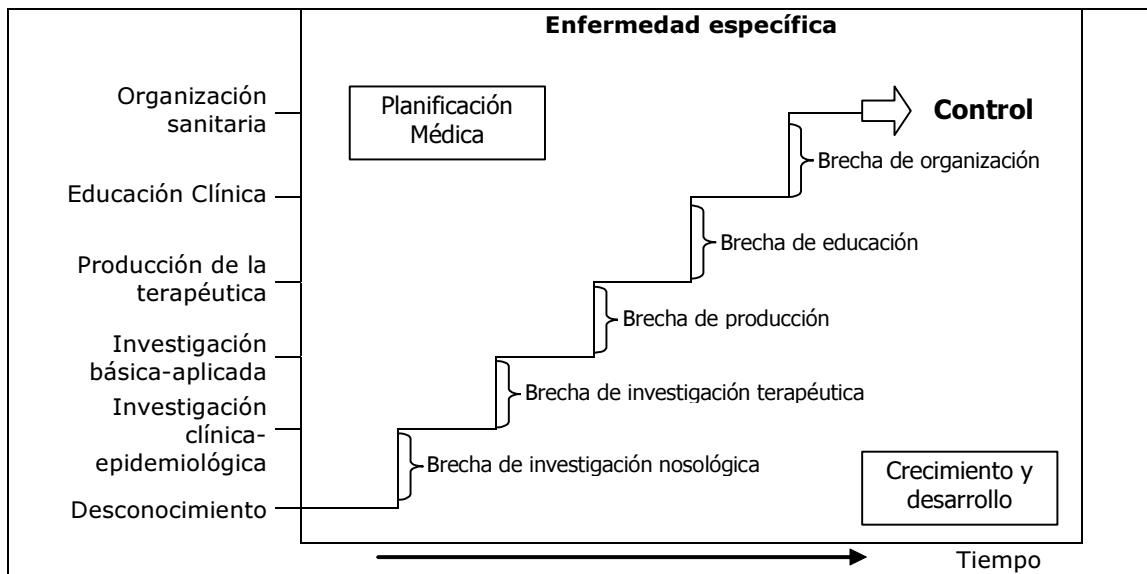
Se trabaja en la disponibilidad de vacunas contra el Papiloma virus (asociado al Cáncer de cérvix), el Herpes virus (asociado al sarcoma de Kaposi), el virus de Epstein Barr (asociado al linfoma de Burkitt y al carcinoma nasofaríngeo) así como en otros. Desde otra estrategia, la detección de antígenos endógenos en tumores como el melanoma ha promovido tratamientos exitosos por inmunoterapia en pequeñas muestras.

La formación de placas de péptido amiloide β ($A\beta_{42}$) en la enfermedad de Alzheimer impulsó experiencias exitosas de vacunación en ratones con anticuerpos específicos monoclonales.

2.- El control de las enfermedades tiene brechas en el tiempo

La historia de las enfermedades y de la Medicina demuestra diferentes “brechas” en su conocimiento y logros. Si bien el perfil epidemiológico varía en el tiempo y el espacio, hay períodos durante los cuales las enfermedades presentes no son reconocidas por la Medicina (brecha de investigación nosológica, de carácter clínico o epidemiológico). Su definición nosológica y diagnóstica no suele ser contemporánea al logro de prevención o tratamiento. Este logro es fruto de la investigación básica y aplicada a la enfermedad específica (brecha de investigación básica-aplicada). El logro inicial de su tratamiento requiere la producción suficiente de, por ejemplo, un medicamento. Es ilustrativo el descubrimiento de la penicilina por *Fleming* en 1929, recién producida en forma industrial por *Florey* y *Chain* en 1940 (brecha de producción). La disponibilidad de una terapéutica no cierra con su difusión sino con su aplicación precisa por el cuerpo médico y su equipo, la que sugiere una sólida educación continuada (brecha de educación). Finalmente, superadas esas brechas, sólo una organización sanitaria que sea efectiva y con equidad poblacional será capaz de poner la terapéutica al alcance de todos los que la necesitan (brecha de organización) y lograr la curación o control poblacional de la enfermedad [Cuadro 2.a].

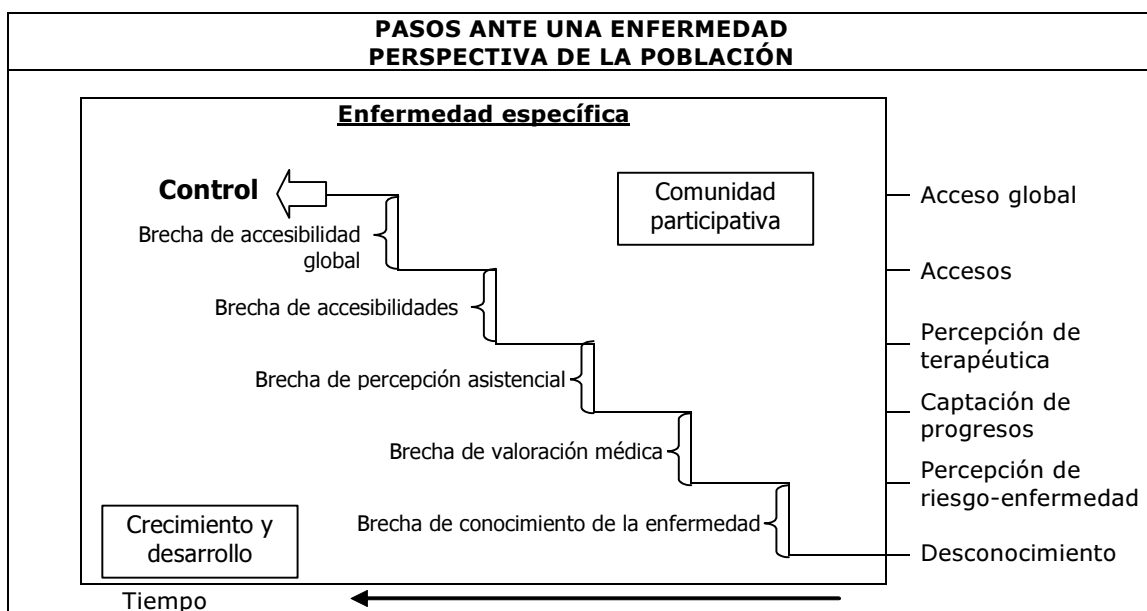
Pasos ante una enfermedad perspectiva de la medicina



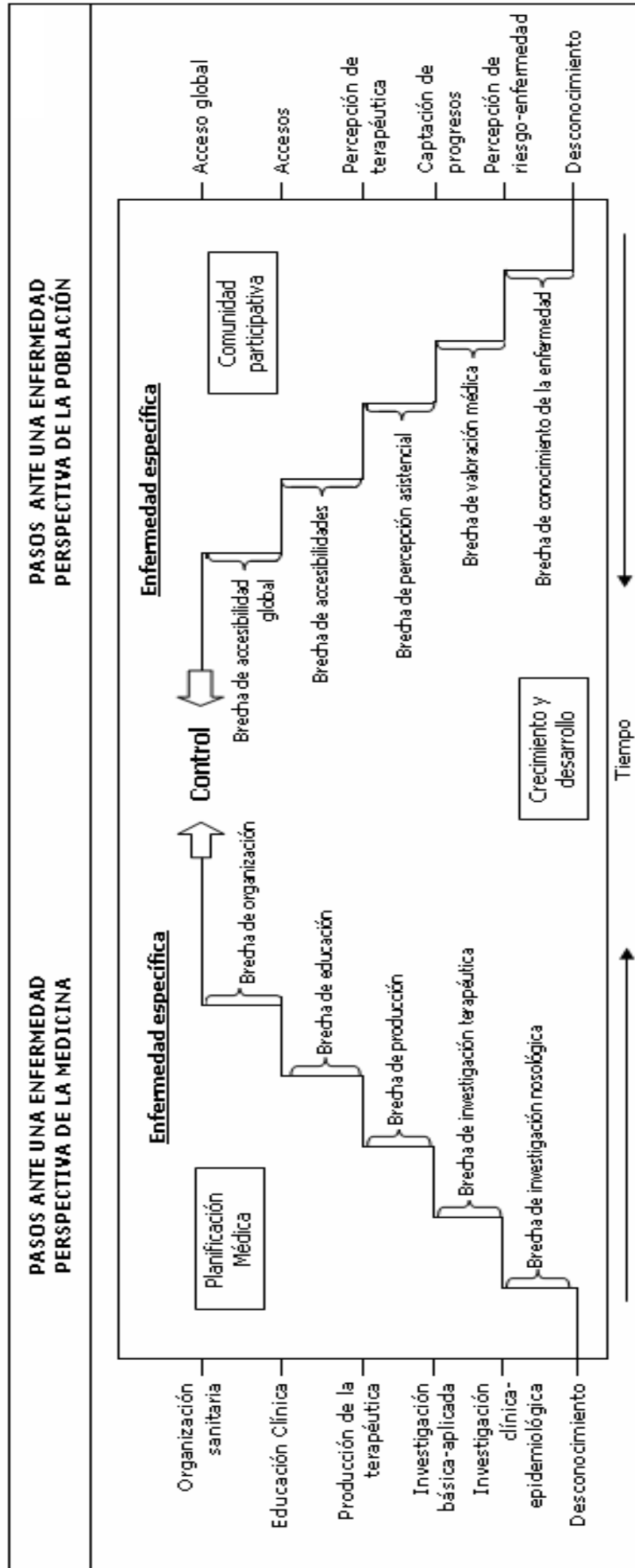
Cuadro 2.a

La comunidad, por su parte, tarda su tiempo en reconocer sus propias enfermedades (brecha de conocimiento de la enfermedad) y tener confianza y aceptación general del cuerpo médico y su equipo sanitario (brecha de valoración médica). En nuestro tiempo ese conjunto tiene en la mayoría de las comunidades una aceptación incluso superlativa, en el sentido de que la divulgación masiva de los progresos científicos ha creado una expectativa aún mayor de la que esos procesos pueden alcanzar. La confianza y aceptación en la Atención Médica, basada en esa aceptación general, puede o no proyectarse en la percepción de la eficacia terapéutica para la enfermedad en cuestión (brecha de percepción asistencial).

Superadas estas brechas por parte de la comunidad, se presentan las posibilidades reales de acceder al diagnóstico y tratamiento efectivo: la brecha de las diversas vallas individuales a la accesibilidad –la que se verá más adelante– y finalmente a una accesibilidad global de la población que requiere esas prestaciones, efectiva en la equidad. Recién entonces la comunidad alcanza el control de la enfermedad [Cuadros 2.b y 2.c].



Cuadro 2.b



Cuadro 2.c

Las brechas para lograr el control de una enfermedad o un grupo de ellas, ya sea las que tiene que superar la AM o la comunidad misma, tienen tiempos variables tendiendo a ser más acelerados en la actualidad.

El marco en que se hacen eficaces en la equidad, es el del crecimiento económico y el desarrollo humano de la comunidad mayor, la que será considerada en el capítulo 4.

Las brechas transcurridas hasta el control del escorbuto

Fuera de referencias del siglo XI puede decirse que el escorbuto como “peste de los mares”, era desconocido hasta el siglo XV. En vez, se conocía el **escorbuto de tierra** que aparecía con las guerras. La describe el caballero de Joinville (1249): “nos afectó la enfermedad del ejército, de tal forma que la carne de las piernas se nos secaba y la piel se ponía negra y terrosa como un viejo zapato y se podría la carne de las encías”.

El escorbuto como “peste de los mares” tardó en ser percibida por las tripulaciones. En el viaje de Colón, 35 días desde las Canarias al Caribe, no llegó a aparecer aunque no llevaba alimento fresco. En vez, hizo presa de la tripulación de Vasco da Gama, que dio vuelta el Cabo de Buena Esperanza, cuatro meses después de su reavituallamiento. **Camoens**, el poeta nacional portugués, dice que provocaba la muerte de 100 de 160 tripulantes.

También lo describe **Pigafetta** en la tripulación de Magallanes. Los franceses en Terranova usaron el cocimiento de un árbol (Harmeda) por consejo de los indígenas.

En 1588 la Armada Invencible –española– llevaba sus tripulaciones afectadas de escorbuto y de tifus, lo que influyó en la victoria de la flota inglesa, más pequeña pero con tripulaciones sanas por la mayor facilidad de su avituallamiento.

Los barcos que cargaban **esclavos**, desde fines del siglo XVII, padecían epidemias de escorbuto.

La primera descripción la hizo **Hipócrates**. Dice de los pacientes de escorbuto: “esos que son atacados de un aliento hediondo, encías blandas, y hemorragias de la nariz y, algunas veces de úlcera en las piernas”. Los musulmanes conocían algún tratamiento, por ejemplo, Joinville se curó con una poción provista por un caballero sarraceno.

A mediados del siglo XVI, los médicos comenzaron a ensayar remedios como el jugo de berro, naranjas, vegetales cultivados sobre las mismas naves.

El médico escocés **James Lind**, de la Armada británica, experimentó tratamientos con diversos remedios naturales. En su “Tratado de Escorbuto” (1753) indica el jugo de naranja o limón para prevenirlo.

Sin embargo, las autoridades de la Armada no le hicieron caso, repitiéndose los brotes letales. Se calculó que se necesitaban cincuenta limones por cada tripulante para prevenir la enfermedad. El Almirantazgo hizo la prevención obligatoria en 1795. La mortalidad entre los marinos pasó de 1/7 a 1/22. Los franceses comenzaron a tomar medidas en 1783, proveyendo los barcos con verduras y papas. Con la Revolución de 1789 la medida dejó de cumplirse y la Armada Francesa quedó en desventaja frente a la inglesa que usaba toneladas de jugo de lima para prevenir el escorbuto. Esto contribuyó a las victorias navales británicas de Abouquir (1798) y Trafalgar (1815). La medida se aplicó más tarde a las marinas mercantes. Sin embargo hubo brotes en navegación hasta 1915.

Hasta 1900 no se conocía la verdadera causa del escorbuto, se sospechaba de “algo en la alimentación”.

En 1928 **Szent-Gyorgy** aisló del jugo de limón una sustancia cuya estructura química describió Haworth, y entre ambos, propusieron llamarla ácido ascórbico. En 1933, Reichstein logró sintetizarlo.

(Cocheton, 1996, resumen)

Recuadro 3

3.- La enfermedad sigue el proceso de la vida

El riesgo de enfermar es propio del ser viviente. Las formas animales y vegetales de patología inundan la biosfera, comprometen su rendimiento en ciertas circunstancias y, en otras, amenazan la salud humana.

A mayor complejidad del ser viviente, mayor es su vulnerabilidad. La patología animal clásica no relata aterosclerosis, ni hipertensión, asma, obesidad ni úlcera gastroduodenal (Doerr, 1976:205).

En filosofía se ha planteado que el hombre es un “animal enfermo”⁵.

El hombre sano, en la secuencia de Lain Entralgo es **enfermable, enfermo, sanable y mortal** (Lain Entralgo, 1989:217).

Desde una perspectiva pesimista “la salud es un estado transitorio que no conduce a nada bueno” o, el sano es “un enfermo insuficientemente explorado” (Lain Entralgo, 1989:217).

La enfermabilidad humana es, como el mal respecto del bien para algunos filósofos, una propiedad defectiva de la salud. Propiedad amenazante que genera inseguridad vital.

Como propiedad defectiva la ubica **Malinowski** en el cuadro de las **ocho necesidades humanas básicas**, en las que asienta su funcionalismo cultural (Malinowski, 1970:109). Presenta una nómina correlativa entre necesidades básicas, emergentes de la situación biológica, con su satisfacción a través de concomitantes culturales [Cuadro 3.a].

Necesidades funcionales según Malinowsky

Necesidades básicas	Concomitantes culturales
1.- Metabolismo	1.- Abasto
2.- Reproducción	2.- Parentesco
3.- Bienestar corporal	3.- Abrigo
4.- Seguridad	4.- Protección
5.- Movimiento	5.- Actividades
6.- Crecimiento	6.- Ejercitación
7.- Salud	7.- Higiene
(Malinowski, 1970)	

Cuadro 3.a

La inclusión de “salud” involucra las necesidades precedentes y se expresa en un término positivo ya que su inversa, la enfermedad, tiene una connotación negativa incompatible con los otros términos.

Los grupos humanos desarrollan actividades para satisfacer las necesidades básicas y otras derivadas no menos importantes. Tales actividades no son individuales sino contextualizadas en una cultura y distribuidas en una organización. Y no son simples.

Cada cultura tiene instrumentos, técnicas, normas, valores y formas organizativas para desarrollarlas (Malinowski, 1970:113). Piénsese en una Higiene, concomitante cultural de la necesidad de salud, que comprenda la asistencia médica curativa y una de sus organizaciones: el hospital.

En sentido biológico, la enfermedad es un desorden morfológico y/o funcional, con reacción de carácter reparador, que evoluciona a la curación, a las secuelas o a la muerte (Lain Entralgo, 1989:205). Para Claude Bernard era la fisiología en condiciones alteradas (Lain Entralgo: 224).

Sin embargo, la enfermedad recién es un hecho cuando se encarna en una persona, es un cambio en su vida que involucra malestar y amenaza. Si se profundiza o prolonga, revoluciona la biografía con un nuevo paradigma transitorio o definitivo.

Así el modo humano de enfermar se expresa en la biografía, se hace patografía.

En tanto que disfunción, molesta, duele o incapacita, aflige el presente y amenaza el futuro.

5 Dice Miguel de Unamuno: “Un mono antropoide tuvo una vez un hijo enfermo, desde el punto de vista estrictamente animal o zoológico enfermo, verdaderamente enfermo y esta enfermedad resultó, además de una flaqueza, una ventaja para la lucha por la persistencia. Acabó por ponerse derecho, el único mamífero vertical” (Unamuno, 1967:23).

El hombre tiene la necesidad de sobrevivencia

Hay una necesidad básica y su concomitante cultural que Malinowski no considera y es la **sobrevivencia**. El hombre es consciente de ser mortal. Heidegger dice que el existente es ser-para-la-muerte. Unamuno dice “queremos no morirnos nunca” y concluye: “Quiero decir que el único problema vital, es el que más a las entrañas nos llega, es el problema de nuestro destino individual y personal, de la inmortalidad del alma” (1996:11).

Todas las culturas han percibido los límites del tiempo humano y asumido la conciencia de la muerte. Las religiones le han ofrecido una respuesta⁶.

Recuadro 4

4.- La medicalización de la vida llevó a la interdicción de la muerte

Leonardo Sciascia recuerda su vida infantil⁷ en un pueblo de campesinos sicilianos en los años 1920 cuando se introducían cambios significativos en la vida cotidiana. Por mencionar uno, el cine hablado reemplazaba al mudo (1983).

En aquel tiempo y lugar llamar a casa al médico era lo mismo que llamar al sacerdote. Con éste el moribundo ponía su vida en orden. El médico era un “cumplimiento con la sociedad” para que no se dijera “ni siquiera llamaron al médico”. La apariencia no despertaba expectativa ni se preguntaba diagnóstico. Cualquier medicina, fuera el aceite de ricino o la quinina, era inoportuna aunque el médico las recetara: el destino estaba sellado. “Médicos y medicinas (...) eran elementos del gran ceremonial que anticipaba la ceremonia fúnebre” y se preparaba al mismo enfermo sin ocultamientos.

Sciascia marca el cambio de actitud en Europa septentrional alrededor de 1884, como lo marca el relato de Tolstoi “La muerte de Iván Ilich”. El progreso incesante de su enfermedad no invalida que la familia le haga tratar por tres médicos eminentes y le apliquen sus medicinas, aunque no crean mucho en ellas. La muerte sin nombre se troca por el anuncio diagnóstico: cáncer.

La muerte no interdicta transcurría en la casa. Desde hace décadas tiende a transcurrir en el hospital y, más frecuente, en terapia intensiva.

El médico ha tenido que asumir el cuidado de las enfermedades terminales cuanto más amargas cuanto más prematuras. La imagen inmediata es el cáncer avanzado, sin embargo, deben computarse la neumopatía obstructiva crónica, la insuficiencia cardiaca congestiva, la insuficiencia renal y la hepática en sus fases irreversibles y terminales y el HIV-SIDA (Braunwald, 2002:4).

El cuidado involucra el control del dolor y la disnea, el cuidado de la piel y mucosas, el aporte de confort y el acompañamiento. El contacto físico con los pacientes graves es parte del acompañamiento.

6 Dice Teilhard de Chardin: “En la muerte como en un océano, vienen a confluír nuestras disminuciones bruscas o graduales. La muerte es el resumen y la consumación de todas nuestras disminuciones... Superamos la muerte descubriendo a Dios en ella. Y lo Divino se hallará con ello instalado en el corazón de nosotros mismos, en el último reducto que parecía escapársele (...) Cristo ha vencido a la muerte, no sólo reprimiendo sus desafueros, sino embotando su aguijón. Por virtud a la Resurrección nada hay que mate necesariamente...” (Teilhard de Chardin, 1967). **San Pablo** dice: “Pues si de Cristo se predica que ha resucitado de los muertos, cómo entre vosotros dicen algunos que no hay resurrección de los muertos?. Si la resurrección de los muertos no se da, tampoco Cristo resucitó. Y si Cristo no resucitó, vana es nuestra predicación. Vana es nuestra fe. Pero no: Cristo ha resucitado de entre los muertos, como primicia de los que mueren... La muerte ha sido sorbida por la victoria. ¿Dónde está muerte tu victoria? ¿Dónde está, muerte, tu aguijón?” (Pablo S., I Corintios).

La doctrina cristiana de la resurrección de los muertos, desde la primicia de la Resurrección de Jesucristo, revela a los hombres la inmortalidad que sella el Apocalipsis: “Vi un cielo nuevo y una tierra nueva... He aquí el Tabernáculo de Dios entre los hombres y erigirá su tabernáculo entre ellos y ellos serán su pueblo y el mismo Dios será con ellos, y enjugará las lágrimas de sus ojos, y la muerte no existirá más, ni habrá duelos, ni gritos, ni trabajo, porque todo es ya pasado” (Apocalipsis).

7 Lo hace comentando la obra: Aries Ph. Ensayo sobre la historia de la muerte en Occidente.

5.- El punto de vista del enfermo

“La enfermedad es el lado nocturno de la vida, una ciudadanía más cara”, dice **Susan Sontag** (Sontag, 1980:9). Su reflexión se centra en dos paradigmas: la tuberculosis y el cáncer, ambos amenazantes y crónicos.

Esos paradigmas generan un cambio en la relación del enfermo con su propio cuerpo y con su entorno.

El dualismo cuerpo-alma de los filósofos cartesianos no se percibe en la vida cotidiana. Lain Entralgo dice del cuerpo “es la materia personal que únicamente somos” (Lain Entralgo, 1989).

Michael Balint –en la clínica Tavistock (Londres, 1950)– reunió médicos generales con psiquiatras para analizar juntos las implicancias psicológicas de la consulta médica. La conclusión más importante fue que el medicamento más utilizado es el propio médico. También percibieron que no estaba prevista la dosificación ni los efectos adversos de ese medicamento (Balint, 1961).

Uno de estos últimos efectos se relaciona con la reacción médica frente a las sugerencias del paciente, especialmente de aquel que “se pone enfermo” para resolver problemas personales y sugiere al médico una enfermedad como justificativo. En algunas situaciones lo que el enfermo quiere es un diagnóstico más que un tratamiento. Se inscriben en esta categoría dolencias rebeldes a la clasificación nosográfica. La Psiquiatría las incluyó en la CIE (DSM-III-R-87) con el nombre de trastornos somatomorfos, caracterizados por signos que corresponderían a una afección somática que no puede objetivarse. Se mencionaron el síndrome de fatiga crónica, algunas formas de colon irritable, las fibromialgias, el síndrome de hiperventilación, el dolor crónico de pelvis. Este grupo de dolencias constituye, por su frecuencia, cronicidad y peso en la vida personal y social, un problema de Salud Pública (Soria Ruiz, 2001:305).

Las explicaciones de estos trastornos han pasado por las alternativas de la microbiología a las más globales. Así la Medicina Psicosomática de Heidelberg⁸ iniciada con la patología funcional de **Von Bergmann** se desarrolló sobre la orientación del psicoanálisis (Soria Ruiz, 2001:306).

Por su parte el médico al admitir un diagnóstico nosográfico medicaliza, al menos, o hipocondriza al paciente. Un efecto adverso puede ser el descarte precoz de la patología somática. A su vez el desconocimiento de la patología psíquica demora la derivación al psiquiatra. Dice Soria Ruiz que el médico general siente vergüenza al pasar por alto un diagnóstico somático e indiferencia frente a similar problema con un diagnóstico social o psíquico (Soria Ruiz, 2001:301).

La recomendación de Balint es que nunca se aconseje o tranquilice un paciente antes de dilucidar su verdadero problema, lo que exige escucharlo pacientemente, y que en cierta forma constituye una forma de psicoterapia.

Romano y Engel⁹ promovieron la **psiquiatría de enlace** (liaison), se abocaron a entrenar a médicos generales y especialistas sobre la forma sistemática de acercarse a los problemas personales del paciente y a ofrecer un diálogo confiado (Soria Ruiz, 2001:307). De esa manera los profesionales aprenden a escuchar, al mismo tiempo que observar e interpretar la forma de comunicación e interacción del paciente. Los niveles del diálogo son, para Engel, la comunión (compartir experiencias) y la comunicación (intercambio de información). A partir de ellos el médico busca en sí mismo parámetros de comparación, de tal forma que se configura una tríada de observación, introspección y diálogo entre ambos (Soria Ruiz, 2001:308).

La psiquiatría de enlace no solo mejora la calidad de asistencia personal al paciente sino que impacta sobre la organización sanitaria, reduciendo costes, estancias y la multiplicidad de estudios (Soria Ruiz, 2001:309).

8 Krehl, Von Weitzsäcker y Siebek, en España Lopez Ibor, Rof Carballo y Lain Entralgo.

9 El modelo de Engel es, de cuño psicoanalítico, expresión del llamado modelo “biopsicosocial” (Soria Ruiz, 2001:306).

6.- La Atención médica debe ser personalizada

La Atención Médica individual y comunitaria debe considerar la dimensión humana. El maestro **Fidel Schaposnik** enseñaba: “La enfermedad representa, para la patología médica, la reacción del organismo frente a una noxa o estímulo anormal (...) pero la clínica médica es algo más que el estudio de ese proceso biológico; es la consideración de una experiencia que afecta profundamente la vida entera –física y psíquica– de un ser humano. Ella se interesa por el enfermo en su integridad; no el concepto, el esquema que lo sustituye” (1976: XIII).

Marchand decía que la Medicina no se queda en el diagnóstico, se ocupa de eliminar, corregir o atenuar el sufrimiento, alentar y consolar fraternalmente (Farreras Valenti, 1967).

Desde el paciente, la enfermedad es algo personal, afecta no sólo al cuerpo “sino al sentimiento que el hombre tiene de su propia vida” (Lain Entralgo, 1966:60) como no sea una dolencia transitoria que se olvida. Ese sentimiento sume en algún grado de aislamiento, de soledad, de incomunicabilidad al paciente.

La dimensión personal de la enfermedad no puede ser desconocida por la Salud Pública en tanto la practiquen quienes han visto, diagnosticado y tratado pacientes. Un sencillo interrogatorio, un pedido de explicación de la enfermedad o de un tratamiento traumático, así lo enseñan.

Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente Adoptada por la 34ª Asamblea Médica Mundial.*

Introducción (tit.4)

La relación entre los médicos, sus pacientes y la sociedad toda ha sufrido importantes cambios en los últimos años. Aunque el médico siempre debe actuar de acuerdo a su conciencia y en el mejor interés del paciente, se deben hacer los mismos esfuerzos a fin de garantizar la autonomía y justicia con el paciente. La siguiente Declaración representa algunos de los derechos principales del paciente que la profesión médica ratifica y promueve (...). Cuando la legislación, una medida del gobierno (...) niega estos derechos al paciente, los médicos deben buscar los medios apropiados para asegurarlos o restablecerlos.

Principios (tit.4)

- 1. Derecho a la Atención Médica de Buena Calidad:** a una atención médica apropiada, sin discriminación, por un médico con libertad de opinión clínica y ética, sin interferencia exterior, a ser tratado respetando sus mejores intereses y con seguridad de la calidad. **Los médicos, en especial, deben aceptar la responsabilidad de ser los guardianes de la calidad de los servicios médicos** (...). También a una atención médica continua, y coordinada, con otro personal de salud. El médico no debe discontinuar un tratamiento mientras se necesite y dar ayuda y oportunidad para atención alternativa.
- 2. Derecho a la Libertad de Elección:** a elegir o cambiar libremente su médico y servicio sea público o privado y a solicitar la opinión de otro médico.
- 3. Derecho a la Autodeterminación:** a tomar decisiones libremente en relación a su persona. El médico informará al paciente las consecuencias de su decisión, el adulto tiene derecho a dar o negar su consentimiento para cualquier examen o terapia y a requerir la información necesaria (...) tiene derecho a negarse a participar en la investigación o enseñanza de la medicina.
- 4. El Paciente Inconsciente:** requiere el consentimiento de un representante legal; si no se dispone de él, (...) el médico siempre debe tratar de salvar la vida de un paciente inconsciente que ha intentado suicidarse.

5. El Paciente Legalmente Incapacitado o menor de edad, requiere el consentimiento de un representante legal, sin embargo, el paciente debe participar en las decisiones al máximo que lo permita su capacidad; (...) el médico debe apelar a la institución legal. En caso de emergencia, el médico decidirá lo que sea mejor para el paciente.

6. Procedimientos contra la Voluntad del Paciente: se pueden realizar en casos excepcionales sola y específicamente si lo autoriza la ley y conforme a los principios de ética médica.

7. Derecho a la Información registrada en el historial médico y a estar informado sobre su salud. La información confidencial contenida en el historial sobre una tercera persona, no debe entregarse sin el consentimiento de esa persona; (...) la información debe entregarse de acuerdo a la cultura local y de tal forma que el paciente pueda entenderla; el paciente tiene el derecho a no ser informado por su solicitud expresa, (...) y a elegir quién, si alguno, debe ser informado en su lugar.

8. Derecho al Secreto de la información identificable de salud y toda otra de tipo personal, la que debe mantenerse en secreto, incluso después de su muerte; los descendientes pueden tener derecho a la información que los prevenga de los riesgos de salud; (...) la información a otro personal de salud asistente, sólo cabe si hay "necesidad de conocer"; toda información identificable del paciente debe ser protegida, así como las sustancias humanas que puedan proporcionar información identificable.

9. Derecho a la Educación sobre la Salud: para que le ayude a tomar decisiones informadas sobre su salud personal y sobre los servicios de salud disponibles (...). Se debe insistir en la responsabilidad personal de cada uno por su propia salud. Los médicos tienen la obligación de participar en los esfuerzos educacionales.

10. Derecho a la Dignidad y a su vida privada deben: ser respetados en todo momento al igual que su cultura y valores; el paciente tiene derecho a aliviar su sufrimiento, (...) así como a una atención terminal humana y a recibir toda la ayuda disponible para que muera lo más digna y aliviadamente posible.

11. Derecho a la Asistencia Religiosa: a recibir o rechazar asistencia espiritual y moral, inclusive la de un representante de su religión.

*Fragmento extraído de la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial.
(Lisboa, Portugal, Septiembre/Octubre 1981.
Enmendada por la 47ª Asamblea General. Bali, Indonesia, Septiembre 1995).

Recuadro 5

La **Asociación Médica Argentina** (AMA), con la colaboración de la Sociedad de Ética Médica, publicó en 2001 un **Código de Ética** para el equipo de Salud, que ordena y precisa las prescripciones de las principales declaraciones mundiales sobre el tema desde 1944 a 1999. Su consulta permanente es obligada.

Citas bibliográficas

- André, T., y otros, "Oxilaplatin, Fluorouracil, and Leucovorin as Adjuvant Treatment for Colon Cancer", N. Engl. J. Med. 2004; 350, p. 2343-51.
- Anguta Sanchez, M., "Indicaciones de la revascularización no quirúrgica en la cardiopatía isquémica". Revista Clínica Española, 2001; volumen 201 n° 4 p. 191-4.
- Apocalipsis, 21, 3-4.
- Baim, D. S., *New devices of Coronary Revascularization*. Hospital Pratises, 1993, volumen 28, n° 10, p. 48.
- Balint, M., *EL médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires, Libros clásicos, 1961.
- Beers, M. H. y Berkow, R. (editores), *MSD. El Manual Merck de Diagnóstico y Tratamiento*. Madrid, Harcourt, décima edición, 1999. (Traducción de la 17° edición inglesa).
- Bennett, J. y Plum, F., *Tratado de Medicina Interna de Cecil*. México, Mc Graw Hill-Interamericana, 20^{va} edición, 1997.
- Bernard, S., "Le Guèrison des Hematopathies Malignes" Press. Med., 1993; volumen 22 n° 32, p. 1495-1501.
- Braunwald, E. y otros (editores), *Principios de Medicina Interna de Harrison*. México, Mc Graw Hill, 15^{ta} edición, 2002, primer tomo.
- Burstein, H. J. y otros, "Ductal Carcinoma in situ of the Breast". N. Eng. J. Med.; volumen 350, p. 1430-41, 2004.
- Castillo Solórzano, C.; Anders, J. y Roses Periago, M., *El Desarrollo de nuevas vacunas: generación de información para la toma de decisión*. Revista Panamericana. Salud Pública 2004, volumen 15, n° 1, p. 1-2.
- Cingolani, H. E. y Houssay, A., *Fisiología humana de Houssay*. Buenos Aires, El Ateneo, 2^{da} edición, 2000.
- Cocheton, J. J., "Le Scorbut. La Peste des Mers". Press. Médic., 1996; volumen 25, n° 37, p. 1814-18.
- *Consenso de prevención cardiovascular de la Federación Argentina de Cardiología*. 2005.
- *Division of Cancer Control and Population Sciences. Surveillance, Epidemiology, and End Results Program*. National Cancer Institute, Washington D.C, 1973-1979.
- *Division of Cancer Control and Population Sciences. Surveillance, Epidemiology, and End Results Program*. 1973-1999. Washington D.C, National Cancer Institute, 2002. A Presentation from the American Cancer Society, Cit por Cancer Statistics 2003.
- Doerr, W., "Antropología de las enfermedades desde el punto de vista del patólogo", en Gadamer, H. G. y Vogler, P., *Nueva Antropología*. Barcelona, Omega, 1976, 2^{do} tomo, p. 356-60.
- Ey, H. y otros, *Tratado de psiquiatría*. Barcelona, Toray-Masson, 8^{va} edición, 1978.
- Farreras Valenti, P., *Medicina interna (fundada por A. B. Domarus)*. Marin, Barcelona, séptima edición, 1967, p. XVII.
- Ferraina, P. y Oría, A., *Cirugía de Michans*. Buenos Aires, El Ateneo, 4^{ta} edición, 2000, Bonadeo Lasalle F., Capítulo 837.
- Ferry Canale, S. (editor), *Cirugía Ortopédica de Campbell*. Madrid, Hartcourt-Brance, 1998, 1^{er} tomo.
- *Fibrinolytic Therapy Trialist (FTT) Collaborative Group*. Lancet 1994; 343, p. 311-321.
- Freedman, R., "Schizofrenia". N. Engl. J. Méd. 2003; volumen 349, p. 1738-49.
- Glenville, B., *Minimally Invasive Cardiac Surgery*. Br Med. J., 1999, volumen 311, p. 135-6.
- Gagliardino, J. J. y otros, *A Simple Economic Evaluation Model for Selecting Diabetes Health Care Strategies*. Diabetic Med. 1993, 10, P. 351-354.
- Gómez Rubí, J. A., *Discurso Inaugural año 2000*. Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia. Fundación HEFAME, foll, s/f., España.
- Goodman Gilman, A. y otros, *Las bases farmacológicas de la terapéutica de Goodman y Gilman*. Buenos Aires, Panamericana, séptima edición en español, 1986.
- Gottlieb, M. S., *AIDS. Past and Future*. N. Engl. J. Med., 2003; volumen, 344 n° 23, p. 1788-90.
- Goulon, M., *La réanimation. Naissance et développement d'un concept*. Press. Medic.; Volumen 22, n° 32, P. 1523-29, 1993.
- Guías europeas para el manejo de la HTA 2003. *Journal of Hypertension* 2003; n° 21, p. 1011-1053.
- Hurwitz, H. y otros, "Bevacizumas plus Irinotecan, Fluorouracil, and Lencovorin for Metastatic Colorectal Cancer". N. Eng. J. Med. 2004; 350, p. 2335-42.
- Pablo S. I Epístola a los Corintios, 15, 12-17; 20; 55.
- Jiménez MENA, M. y Gómez Bueno, M. *Criterios terapéuticos del síndrome coronario agudo*. España, Revista Clínica, 2003, volumen 203, n° 2, p. 83-5.

- Jufe, G., *Psicofarmacología Práctica*. Buenos Aires, Polemos, 2001, p.174;177-78, 232, 235.
- Keusch, G. T. y Bart, K. J., *Fundamentos de la inmunización por vacunas*, en Braunwald y otros, *Principios de Medicina Interna* (Harrison). México, Mc Graw Hill, 15ª edición, 2001, p. 925.
- Khan, Natasha E. y otros, "A Randomized Comparison on Off-Pump and On-Pump Multivessel Coronary Artery Bypass Surgery". N. Engl. J. Med. 2004; volumen 350, n° 1, p. 21-8.
- Lain Entralgo, P., "La enfermedad como experiencia de la vida", en Azorin y otros, *Experiencia de la vida*. Madrid, Alianza, 1966, p. 60-63.
- Lain Entralgo, P., *El cuerpo humano. Teoría actual*. Madrid, Espasa-Calpe, 1989.
- Lain Entralgo, P., *Historia de la medicina*. Barcelona, Salvat, 1978.
- Lavin, P., *Cuidados intensivos*. Barcelona, Salvat, 3ª edición, 1986.
- Löbel, J., *Historia suscita de la Medicina Mundial*. Buenos Aires, Espasa-Calpe, 1950.
- Mac Gilliway, T. E. and Vlahoker, G. J., "Patency and the Pump. The risks benefits of off pump CABG". N. Engl. J. Med. 2004; volumen 350, n° 1, p. 304.
- Mackay, J. R. y Rosen, F. (editores), "Ada G. Vaccines and Vaccination". N. Engl. J. Med., 2001, volumen 345, n° 14, p. 1042-52.
- Magnano, D. T. y otros, *Aspirin and Mortality from Coronary Bypass Surgery*. N. Engl. J. Med. 2002; volumen 347, n° 17, p. 1309-17.
- Malinowski, B., *Una teoría científica de la cultura*. Buenos Aires, Sudamericana, 4ª edición, 1970.
- Mandell, G. L. y Bennett, J. E. y Dolin R., *Enfermedades infecciosas*. Buenos Aires, Panamericana, quinta edición, 2002.
- Mazzei, E., *Medicina Interna de Urgencia de cuadros agudos y subagudos*. Buenos Aires, López Liberos, tercera edición, 1969.
- McKeown, T., *El papel de la Medicina. ¿Sueño, espejismo o némesis?* México, Siglo XXI, 1982.
- Merck´s 1899. Manual Merck Co. New York, 1899 (anexo a Edición especial del Centenario).
- National Statistics Report, "US Mortality", volumen 50, N°15, 2002. Cit por Cancer Statistics 2003. A Presentation from the American Cancer Society 1950.
- ONUSIDA. "Informe sobre la epidemia mundial de SIDA". 4º Informe Mundial. Ginebra, 2004.
- Pfister, D. G. y otros, *Surveillance Strategies after curative Treatment of Colorectal Cancer*, N. Engl J. Med. 2004, volumen 350, n° 23, p. 2375-83.
- Pusejón, J. F. y otros, *Medicina crítica y terapia intensiva*. Buenos Aires, Hernández, 1994.
- Ramos Vértiz, J. R y A. J., *Traumatología y ortopedia*. Buenos Aires, Atlante, 2ª edición, 2003.
- Sciascia, L., "Apuntes sobre la medicalización de la vida. Un veto". En Clarín, 10 de noviembre de 1983.
- Sepkowitz, K., "AIDS, the first 20 years". N. Engl. J. Med., 2001; volumen 344, p. 1764-72.
- Shaposnik, F., *Clínica Médica*. Buenos Aires, Troquel, 6ª edición, 1976.
- Sherman, R., "To reconstruct or not to reconstruct?". N. Engl. J. Med. 2002, 347 (24):1906-7.
- Shilts, R. And the band played on. Barcelona, Edia B, 1994.
- Sonnenberg, A. y otros, "Cost-effectiveness of Colonoscopy in Screening for Colorectal Cancer". Ann Intern. Med., 2000; volumen 133, n° 8 p. 573-84.
- Sontag, S., *La enfermedad y sus metáforas*. Barcelona, Muchnik, 1980.
- Soria Ruiz, J., *El enfermo como totalidad, el sentido de la psicología médica en la formación universitaria*. Madrid, Arch. Psiq., 2001; volumen 64, tomo 4, p. 295-318.
- Stone, G. W. A., "Polymer-Based, Paclitaxel-Eluting stent in Patients with Coronary Artery Disease". N. Engl. J. Med., 2004; volumen 350, n° 3, p. 221-31.
- Teilhard de Chardin, P., *El medio divino*. Madrid, Taurus, sexta edición, 1967, p. 7.
- Towler, B. y otros, *A systematic Review of the Effects of Screening for Colorectal Cancer using the Faecal Occult Blood Test, Hemoccult*. BMJ 1998; volumen 317, n° 7158, p. 559-65.
- Unamuno, M. de, *Sentimiento trágico de la vida*. Madrid, Espasa-Calpe, 11 edición, 1967.
- Vinai, C., *Relatos del pase de sala en el Centro Oncológico de Excelencia.*, La Plata, Fundación Mainetti, "in voce", 1997.
- Watson Jones, R., *Fracturas y traumatismos articulares*. Barcelona, Salvat, 1957.
- Wintrobe, M. M. y otros, *Medicina Interna de Harrison*. México, Prensa Med Mex, 4ª edición en español, 1973.

Bibliografía consultada (punto 1.8)

- Instituto Nacional del Cáncer (National Cancer Institute). Internet: www.cancer.gov
- Coalición Nacional de Supervivencia al Cáncer (National Coalition for Cancer Survivorship). Internet: www.canceradvocacy.org Información disponible en español
- Cancer Care, Inc. Internet: www.cancercare.org
- Sociedad Americana de Cáncer. www.cancer.org
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Guía de recomendaciones para la prevención del cáncer colorrectal. Buenos Aires, 2004.

LA SALUD SE INSCRIBE EN EL MARCO DEL DESARROLLO HUMANO*

Horacio Luis Barragán

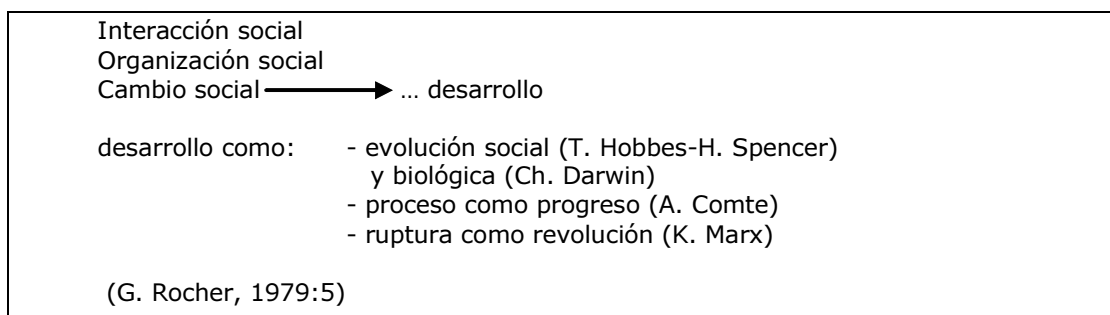
1.- El Desarrollo es el cambio social positivo

El cambio social, la interacción y la organización, son temas centrales de la Sociología y de las Ciencias Sociales (Rocher, 1979:5).

Las interpretaciones son diversas (Preston, 1999:26). El cambio social se concibe como un episodio, suceso o ruptura de un orden previo, o como un proceso, acumulación de cambios progresivos. En esta última línea, la evolución social se planteó antes que la biológica de Darwin y ambas se retroalimentaron. El rupturismo alentó al radicalismo europeo consolidado por la obra de Marx.

La idea del progreso, cambio positivo, tiene raíz en las concepciones de una historia lineal. Fue Comte quien la actualizó en los tiempos críticos de la Segunda Revolución Industrial, última mitad del siglo XIX. El progreso comtiano como proceso, se confrontó al rupturismo revolucionario de Marx [Cuadro 1.a].

Temas centrales de la sociología



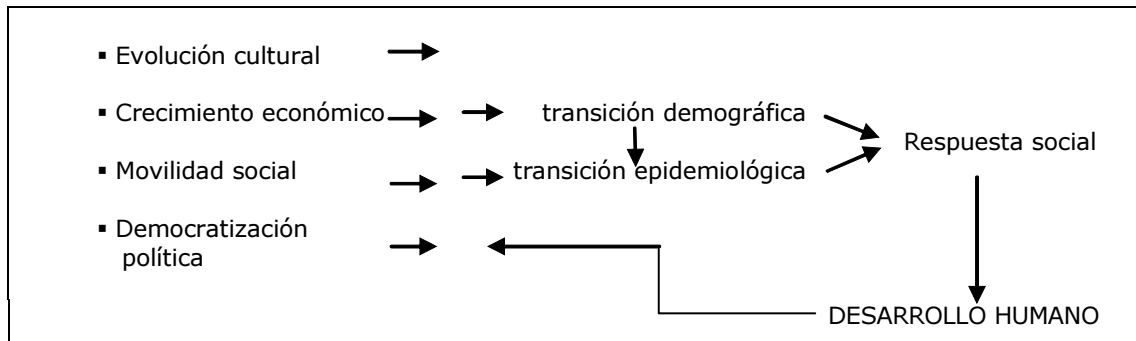
Cuadro 1.a

Una palabra clave sobre cambio fue “desarrollo”. El debate de la primera parte del siglo XX sobre el desarrollo económico no está agotado. Sin embargo, se agregaron nuevas perspectivas de análisis: movilidad social, evolución cultural, democratización política, hasta llegar hoy a la del desarrollo humano.

¹ Este capítulo fue redactado en el año 2005, por lo tanto los datos han variado de la fecha a la actualidad.

*Se agradece el asesoramiento económico del Lic. Jorge L. Remes Lenicov.

En Salud Pública se ordenaron las teorías en torno a la transición demográfica y a la transición epidemiológica. Bobadilla y Frenk (Bobadilla, 1993:51) englobaron estas dos en la transición en salud que incluiría también los sistemas de asistencia, como respuesta social ante los cambios demográficos y epidemiológicos [Cuadro 1.b].



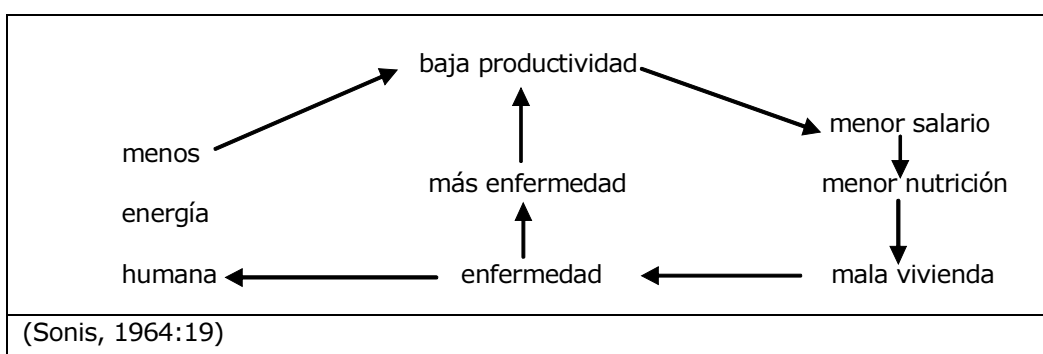
Cuadro 1.b

La respuesta social, como ambas transiciones, es dependiente de los cambios enumerados: la evolución cultural, el crecimiento económico, la movilidad social y la democratización política. Si ellos son armónicos, logran el desarrollo humano. Este, a su vez, fortalece las cuatro condiciones precedentes.

El análisis de estos cambios es competencia de diversos especialistas. No obstante se arriesgarán elementos de juicio en función de la Salud Pública, que le es dependiente.

2.- La salud depende del desarrollo

El estado de salud de una comunidad impulsa su desarrollo y depende de él. La pobreza, la enfermedad y la baja productividad conforman un círculo vicioso que esquematizó Horwitz en 1960 [Cuadro 2.a].



Cuadro 2.a

El tamaño de la población mundial que reúne las características del lado derecho del cuadro es de 2.800 millones que viven con menos de 2 U\$A diarios y 1.200 millones con menos de 1 U\$A diario, sobre un total de 6000 millones (Banco Mundial, 2000: VI).

Las acciones sanitarias impactan sobre el desarrollo económico. La erradicación del paludismo en Sri Lanka (ex Ceylan), por circulación de aguas superficiales, mejoró la productividad agraria y aumentó el PBI el 9% entre 1947 y 1977 (Banco Mundial, 1997:19). Cuanto mejor es la salud de

los trabajadores, mayor es su productividad². En Côte de Ivôire (África) se calculó que los jornales bajan un 19% en los hombres que se ausentan del trabajo un día al mes por enfermedad, respecto de los más sanos (Banco Mundial, 2000:19). El costo de la sustitución del personal calificado debida a muertes por SIDA fue calculado en Tailandia, sólo para camioneros, en U\$A 8 millones y en Tanzania, la de docentes hasta 2001, en U\$A 40 millones lo que equivale al PBI per cápita de 400.000 de sus 25 millones de habitantes (Banco Mundial, 2000:21; 244).

En Jamaica se corroboró que los niños afectados de tricuriasis, parasitosis intestinal por *Trichuris trichiura*, reducen el rendimiento escolar un 15% respecto del los niños sanos (Bco. Mundial, 2000)³.

El desarrollo tendió a identificarse con el crecimiento económico. Sin embargo el economista Simon **Kuznets** (1958) sostuvo que el desarrollo se expresa en “un persistente aumento del ingreso per cápita y un nivel de vida ascendente” (Sonis, 1964:20). El economista sueco Gunnar Myrdal decía en la 5º Asamblea Mundial de la Salud (1952): “el éxito de un programa de salud será completamente diferente si está integrado en un proceso social de desarrollo económico o si es aplicado a un estado de estancamiento económico” (Sonis, 1964: 243) [Cuadro 2.b].

El nivel de vida ascendente es “alimentarse mejor, vivir en una casa confortable, (tener) posibilidad de educarse, de recrearse, de trabajar racionalmente, de tener asegurada buena atención médica y un retiro honorable y sin sobresaltos”.

(Sonis, 1964:237)

Cuadro 2.b

3.- En el siglo XX se produjo un desarrollo desigual

El orden europeo se rompió con el comienzo de la Gran Guerra (1914-1919). La década de 1920 cerró con la crisis económica de 1929. En la década de 1930 se suplantó el patrón monetario del oro y se rompió el sistema multilateral de comercio gestado desde mediados del siglo XIX.

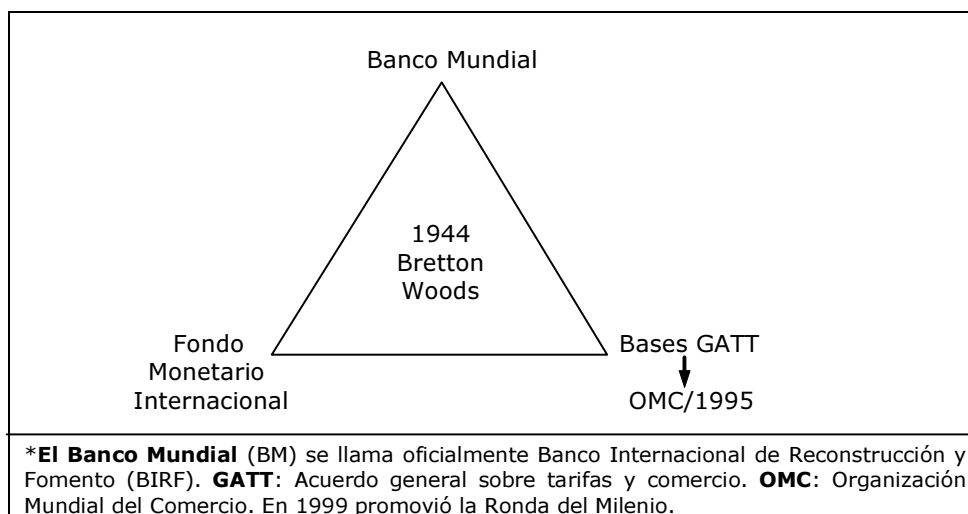
La Segunda Guerra Mundial (1939-1945) produjo entre 38 y 45 millones de muertos, la destrucción de ciudades e industrias, de sistemas de comunicación y transporte en grandes espacios. La caída del PBI de los beligerantes, el colapso de los sistemas monetarios y la inflación de la posguerra fueron consecuentes. La hambruna se extendió en Europa agravada por los inviernos y las malas cosechas. Los Aliados no exigieron reparaciones de guerra, corrigiendo el error de 1919 que había gestado las condiciones para la segunda Guerra Mundial. Los EEUU, menos afectados organizacional y económicamente, condujeron los acuerdos y las ayudas internacionales.

En 1944 en Bretton Woods (New Hampshire) se discutió la salida de la crisis económica de la posguerra. Por los acuerdos allí firmados se crearon organismos –el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y las bases del GATT (General Agreement on Tariffs and Trade)– precursor de la Organización Mundial del Comercio para contener la volatilidad de capitales, regular los patrones de cambio, reglar la competencia y ampliar el comercio. Esos organismos utilizaron mecanismos controvertidos hasta hoy [Cuadro 3.a].

2 Las anemias redujeron el 20% de la productividad masculina en Indonesia (Banco Mundial, 1997:19). Se trata de anemias parasitarias por paludismo o uncinariasis (anquilostomiasis). Se calcula que con 900 millones de parasitados por *Ancylostoma duodenale* en el mundo, los parásitos absorben 9 millones de litros por sangre por día (Wilson, 1991:959).

3 Se calcula una pérdida de 0,005 ml de sangre por cada parásito y día. Una masa de 200 tricocéfalos pueden provocar en niños de 2 a 10 años disentería y retraso del crecimiento.

Postguerra: Acuerdos de Bretton Woods*



Cuadro 3.a

En 1947 se anunció el plan Marshall de ayuda de los países arruinados por la guerra, especialmente Alemania, tendiendo a contener a la expansión soviética.

La recuperación económica de Europa y Japón se produjo en los años siguientes, pero ya la política internacional estaba sumergida en la Guerra Fría entre el bloque occidental y el soviético.

El período comprendido entre 1945 y 1975, suele evocarse como los “Treinta gloriosos”, una edad de oro del capitalismo, cuando el crecimiento del PBI de los países desarrollados tenía tasas de 7,8% en 1950-59 y 4,8% en 1960-69. “En el transcurso se produjo una acumulación de capitales que formarían la base de crecimiento de los mercados financieros” (Hopenhayn, 2001:33). El consenso social se logró, entre otros factores, por la amplia seguridad social del Estado Benefactor (Cortés Conde, 2003:272).

La crisis del petróleo en 1973 con el aumento de sus precios y de las tasas de interés, fue la primera señal del fin de aquellos “treinta”. Las tasas de crecimiento del PBI bajaron al 2,6% en 1976-79 y al 2% en 1979-90 (Cortés Conde, 2003: 276).

La tecnología de la Tercera Ola⁴ generó un exceso de producción dentro de los Estados nacionales, que se volcó a espacios regionales y a la globalización.

La diferencia entre países con ahorro acumulado y otros sin capitales, ofrecía oportunidad de buenas inversiones. Las grandes empresas llegaron a los mercados mundiales con sus productos y sus inversiones, en busca de mayores ganancias.

En la década de 1990 más de 2000 millones de personas se incorporaron al mercado de consumo. Los países emergentes promovieron el bienestar de sus poblaciones al mismo tiempo que sus productos competían con los de los países desarrollados.

El mundo del trabajo, bajo la constante presión por reducir costos, ha tendido a suplir ocupaciones fijas y estables, a promover grupos autodirigidos y trabajadores por propia cuenta (Llach, 1997:33).

El siglo XX “corto” (Hobsbawm, 1995:7) cerró con la caída del Muro de Berlín en 1989, el colapso de la URSS en 1991 y el final de la Guerra Fría.

Los Estados han reducido su soberanía interna a través de amplias privatizaciones de servicios, y externa al configurar bloques económicos y políticos.

La globalización favorece no sólo la colocación de productos en lugares diversos de la Tierra sino también de las mismas fábricas, en busca de menores impuestos y más bajos salarios. Ello contribuyó a la crisis del Estado Providencia o Benefactor.

4 Toffler llamó así a la tecnología fundada en nuevas disciplinas científicas: “electrónica, cuántica, teoría de la información, biología molecular, oceánica, nucleónica, ecología y las ciencias espaciales” (Toffler, 1990:453; 465; 491; 496).

En efecto, el Estado Providencia fue creciendo hasta absorber proporciones sustanciales de los PBI de los países desarrollados sin resultados eficientes. Países con gobiernos “pequeños” han logrado niveles de bienestar equivalentes a los de gobiernos “grandes” de hace algunas décadas.

De esta manera, en el marco de la globalización, el mayor “tamaño” del gobierno en el Estado Benefactor “encarece en exceso los costos de producción y desincentiva la inversión frente a otros países” (Llach, 1997:35).

Las prestaciones sociales tienen costos crecientes, bajos aumentos de productividad y altos costos de transacción. La cantidad de pasos para proveer servicios y recaudar fondos complica las relaciones entre beneficiarios y prestadores. Se interponen agentes, funcionarios públicos o burocracias que tienden a “capturar” las agencias postergando la calidad y la equidad.

Samuelson responde su propia pregunta –“¿Quién paga el futuro?”– así: “El Seguro Social, debe mantener al sector más pobre de la sociedad. Para los otros dos tercios todavía necesitamos la coacción que ordena ahorrar para el futuro” (Llach, 1997: 38).

4.- Crecimiento económico es fruto de varios factores

El Crecimiento Económico (CE) es la expansión del PBI de un país en forma sostenida. Se mide a largo plazo, al menos 10 años, y depende de los factores de la producción:

Los recursos humanos: comprenden: el tamaño de la población económicamente activa (PEA), su salud y alfabetización, la calificación y motivación, la disciplina y ética del trabajo. La calidad del trabajo, que engloba esas condiciones, es el factor principal de CE ya que lo demás puede obtenerse prestado. Estas condiciones favorecen, por otra parte, la movilidad social.

El nivel educacional de los RRHH aumenta sus necesidades y aspiraciones y los hace más amplios consumidores.

Dadas ciertas condiciones, y considerando más barata la mano de obra en países en desarrollo, las empresas multinacionales promueven la industria diversificada de componentes de sus productos. Por ejemplo, la compañía holandesa de lámparas, radios y equipos electrónicos Philips Electronics tiene más empleados en China que en los Países Bajos (Banco Mundial, 2000:37). Se percibe un desplazamiento de ciertas actividades manufactureras de países industriales a otros en desarrollo, en relación con redes internacionales de producción (Banco Mundial, 1997:51).

La recuperación alemana después de la segunda Guerra Mundial, de la que había salido destruida, se debió a gobiernos sabios, a la ayuda del Plan Marshall y la transferencia de tecnología. Pero su fundamento fue una población alfabetizada, con calificación laboral, capaz de insertarse en la organización productiva. Así obtuvo, en la década de 1950, tasas de crecimiento de casi el 8 % anual con altas tasas de beneficio que promovieron la inversión y salarios crecientes que estimularon el consumo (Cortés Conde, 2003:271-72). Una fuerte cohesión social alentada por el recuerdo de las pérdidas bélicas y el temor a la soviétización, hizo de marco a la moderación en los reclamos de las partes. Por otro lado se extendió la seguridad social del Estado de Bienestar (Cortés Conde, 2003: 275-77).

Los recursos naturales: comprenden la tierra arable, los combustibles, los minerales, el clima y la calidad del medio ambiente, así como la posición geográfica.

Hay países, como el Japón, con muy pocos RRNN que han logrado un potente desarrollo.

Japón descubrió tardíamente, después de guerras con Rusia y con China y de la sangrienta confrontación del Pacífico –contra sus propios belicistas– que las materias primas de las que carece su pequeño territorio pueden comprarse en otros lados con más facilidad y menor riesgo que con un agresivo expansionismo territorial (Landes, 1999:597).

La segunda posguerra dejó a los países beligerantes, cuanto más los perdedores y los que fueron ocupados, con una economía arruinada y una alta inflación. Italia, territorio poco dotado y discontinuo, se reconstruyó sobre la base de holdings como el Instituto para la Reconstrucción Industrial y el Ente Nacional de Hidrocarburos y el dinamismo de sus grandes empresas, la construcción de una densa red de transportes y de obtención de energía hidroeléctrica. Todo ello con préstamos iniciales en la posguerra, y por flujo de capitales externos después (Lequin y Maillard, 1975).

Bélgica, además de una reforma monetaria, logró recuperar sus reservas por los ingresos del puerto de Amberes y por la disponibilidad de un recurso natural de su colonia del Congo, el uranio (Cortés Conde, 2003:265).

La formación de capitales: involucra ahorro, inversión en estructura de producción (máquinas, equipos y fábricas) y en infraestructura. Ésta última se ha llamado “capital social fijo”: vg: carreteras, ferrocarriles, riego, saneamiento, salud pública y educación. Dados los ingresos, el ahorro es una sustracción a su gasto en consumo. El gasto utilizado en bienes de capital o producción es la inversión. La inversión es también la creación de instituciones financieras en las que se deposita moneda y desde la que se prestan créditos (Flouzat, 1978:20).

La formación de capitales puede lograrse por ahorro interno, inversión externa o ambos. Su canalización involucra inversiones y gastos.

Este ha sido factor clave del crecimiento de los países asiáticos. Véase la comparación entre regiones [Cuadro 4.3].

Ahorro, inversión, y crecimiento económico, su relación con indicadores de bienestar. Regiones seleccionadas. Década de 1990

Región	Ahorro Int. Bruto PBI % 1990-1997	Invers. Int Bruta % 1995 (*)	TMC/ā %1985-95 (*)	TMI ‰ 1980-1995	EVN H - M 1995 (*)	T. Analf % 15 ā y >, H-M 1995 (*)
Asia oriental y Pacífico	36	39	7,2	56-40	68	17
América Lat. y Caribe	20	20	0,3	60-37	69	13
África subsahariana	17	19	-1,1	114-92	52	43

Banco Mundial, 2000:17.
 *Banco Mundial, 1997:263, 251, 239.
 Referencia: Ahorro Interno Bruto s/ cuadro 13 (cont.): 255; TMC/ ā % Tasa media de crecimiento anual en % del PBI, 1985-95 (promedio ponderado). En el período 1997-98 la TMC/ ā % en orden de región -1,1; 2,5 y 2,2 (Banco Mundial, 2000 :231); en el primer caso por la crisis económica de esos países; EVN/H -M: Expectativa de vida al nacer (hombres/mujeres); TMI ‰: Tasa de Mortalidad Infantil ‰ 1980 -1987; T. Analf. % 15 ā y >, H -M: Tasa de analfabetismo (%) en población de 15 años y más, en hombres y mujeres.

Cuadro 4.3

La inversión extranjera directa en 1997 se dirigió en poco más de 30% a países en desarrollo, casi el 11% del total se concentró en América Latina y más del 17% en Asia (Banco Mundial, 2000:38).

La iniciativa empresaria: para asumir riesgos, adoptar decisiones e introducir innovaciones con criterio de realidad. Jean Báp̄tiste Say (1803) distinguía al “entrepreneur” (emprendedor, empresario) de otros grupos en la función de iniciar un proceso productivo. Schumpeter (1912) sostuvo que sólo el empresariado de calidad es capaz de combinar con innovaciones los factores de producción para impulsar el desarrollo. Ya sea iniciador o heredero de una organización productiva, el empresario es quien la organiza y coordina, toma las decisiones políticas, asume los riesgos económicos y legales de los compromisos productivos, siempre con algún grado de incertidumbre. Esas funciones legitiman su renta. Marx sostenía, a la inversa, que toda renta del empresario o capitalista es la apropiación ilegítima de la plusvalía o excedente del trabajo de la mano de obra (Gallino, 1995:374).

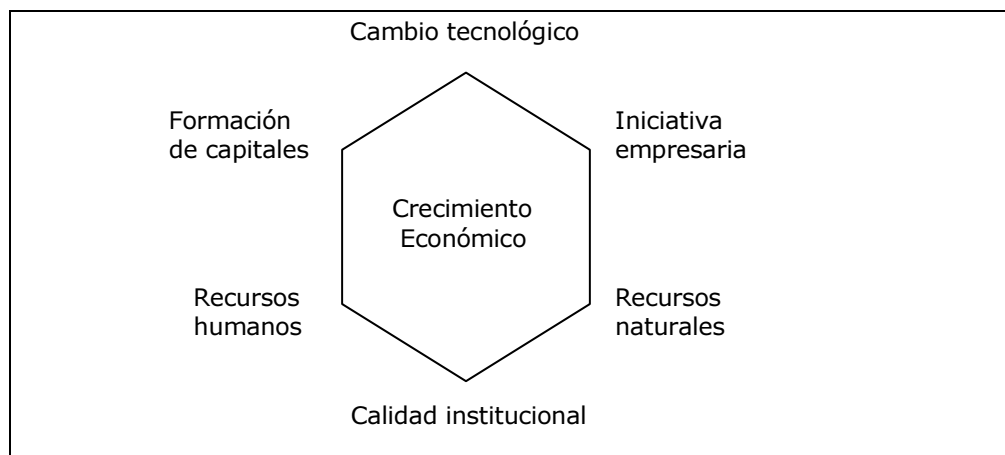
Resulta evidente que el empresario hace de la búsqueda de ganancia una profesión. Max Weber, relacionó el espíritu del capitalismo con la ética protestante, y le atribuyó una “moderación racional del instinto de lucro” (Weber, 1996:9). Planteó que en él se conjuga la laboriosidad con la vida austera, se evita el lujo desmedido y se orienta la ganancia a la inversión⁵.

5 Benjamín Franklin respecto del capitalismo tenía esta máxima: “Considera que el tiempo es dinero... Considera que el crédito es dinero... Considera que el dinero es fecundo y provechoso de ser una persona de prestigiada prudencia y honradez, con seis libras llegarás al goce de cien...”. Demostraba el equívoco de que “una inversión significa una relación antinatural entre el individuo y el dinero” (Weber, 1997:33).

El **cambio tecnológico**: comprende las innovaciones en procesos o productos que mejoren la productividad, lo que depende del estatus de la ciencia y tecnología.

El desarrollo de China se fundó en el dominio de una tecnología que saltó las máquinas intermedias para acceder a la energía nuclear, la agroquímica, la electrónica, las computadoras y los satélites artificiales (lanzó el primero en 1970). Su desarrollo es de vanguardia, pasó de U\$A 50 per cápita a fines de la década de 1940 a U\$A 3220 (PPA) en 1998 (Singer, 1980:230).

Los factores descriptos se resumen en el siguiente cuadro [Cuadro 4.5].



Cuadro 4.5

4.1.- La calidad de las instituciones

“... hasta cierto grado la racionalidad de las organizaciones y la felicidad humana van de consuno”

(Etzioni, 1975:3)

Max Weber cuando hace su célebre clasificación de dominación o autoridad legítima, la clasifica en: a) racional, b) tradicional y c) carismática. Atribuye a la dominación racional el carácter de moderna, que “descansa en la creencia en la legalidad de las ordenaciones estatuidas y de los derechos de mando de los llamados por esas ordenaciones a ejercer la autoridad (autoridad legal)” (Weber, 1996:172).

Así la apoya en un derecho elaborado racionalmente según objetivos definidos que aspira a ser respetado por mandatarios y ciudadanos. Los primeros tienen un ámbito de deberes y la atribución de poderes para cumplirlos a partir de la ley. Esos deberes y poderes están distribuidos de tal forma que no se concentra la tarea ni la dominación. Se establece un sistema de contrapesos entre ellos orientados a la mutua limitación y control en sentido amplio.

Ahora bien, la autoridad racional, propia de las modernas democracias, procede de acuerdo a normas que se aplican a través de un estamento administrativo –que Weber llama burocracia, sin carácter peyorativo– caracterizado por la formación profesional, calificación que funda el nombramiento de sus componentes. Afirma: “la administración burocrática significa: dominación gracias al saber...” (Weber, 1996: 179). Completa su caracterización con notas como la disciplina, el rigor y la confianza que contrapesan, en la doctrina, la posibilidad de desvíos del saber a solas.

A mediados del siglo XIX países como el Reino Unido habían reformado las estructuras administrativas. Hasta entonces era gestionado por funcionarios nombrados por influencias y empleados surgidos del clientelismo. El informe **Northcote Trevelyan** (1854), inspirado en la administración de la India, propuso el funcionariado público de carrera reclutado en las universidades, entonces reformadas. Las resistencias impidieron su plena aplicación hasta 1870 pero desde entonces se extendieron al poder judicial, las fuerzas armadas y las municipalidades (Banco Mundial, 1997:92).

La Nueva Economía Institucional sostiene que para que, dentro de una sociedad se logren transacciones eficientes entre los diversos intereses de grupos y sectores, se requieren acuerdos entre instituciones que garanticen las transacciones y la gobernabilidad.

Spiller y Tommasi, al plantear ese punto de vista, consideran que en Argentina “la inestabilidad política, sumada a ciertas características institucionales, impidió que la sociedad evolucionara hacia una trama institucional que posibilitara la consecución de acuerdos intertemporales para el logro de políticas públicas de largo plazo y alta calidad” (Spiller, 2000:3)

En contrapartida afirman que cuanto mayor es la estabilidad política también es mayor el nivel de bienestar económico.

Los costos de transacción para lograr los objetivos del Estado y su administración, a mediano y largo plazo, dependen de la simetría de la información, de las decisiones complementarias a las establecidas en los contratos –que nunca pueden prever todas las contingencias futuras– y del comportamiento oportunista de alguna de las partes.

Es así como el juego equilibrado de las instituciones y la acción calificada de sus actores resulta condición sine-qua-non para el cumplimiento de aquellos objetivos.

Y es justamente ese juego equilibrado y esa acción calificada las que faltan en el conjunto de las instituciones argentinas desde hace más de medio siglo.

Spiller y Tommasi lo prueban, considerando la política pública “como resultado de un tejido o red de contratos entre actores políticos”. Analizan los tres poderes del Estado, el federalismo, la Administración Pública y los partidos políticos y proponen los lineamientos de una reforma. Entre otros aspectos, destacan los siguientes (Spiliter, 2000: 12):

1. La inestabilidad y fragilidad institucional inhibe la implementación de políticas a largo plazo.
2. El amplio margen de discrecionalidad del Poder Ejecutivo que ejemplifican con el manejo del Presupuesto.
3. La baja profesionalidad de los miembros del Congreso y la carencia en su seno de asesoramiento especializado, con prevalencia de designaciones clientelistas.
4. La dependencia de los legisladores de las estructuras partidarias provinciales, de gobernadores e intendentes (en el caso del Gran Buenos Aires).
5. La discrecionalidad que el Congreso delega en el Poder Ejecutivo especialmente por la baja especificación de la ley de presupuesto y el débil control de la ejecución del gasto.
6. La “disciplina partidaria” extendida en el ámbito legislativo por el sistema electoral de listas completas fijadas por los líderes de los partidos.
7. Las limitaciones del Congreso para elaboración de iniciativas sustanciales -como la ley de presupuesto- por lo anterior y, la falta de profesionalidad, el sobre número de comisiones con compromiso de legisladores en varias de ellas.
8. La alta politización partidaria de la Administración del Estado consecuentemente débil en profesionalización.
9. La multiplicidad y duplicidad de los organismos de la Administración y las permanentes modificaciones de ministerios y organigramas.
10. La complejidad de los procedimientos que hace a esa Administración lenta e ineficaz por una maraña normativa imposible de compatibilizar con la operatividad.
11. La dependencia frecuente del Poder Judicial del Ejecutivo, en especial en el nivel de la Corte Suprema de Justicia de la Nación.
12. La consecuente carencia de fuerza de contrapeso y control constitucional del Poder Judicial respecto a los otros poderes.
13. El peso de la coalición de provincias sobre poderes nacionales, en el contexto de un federalismo no cooperativo.
14. El oportunismo de algunos gobiernos provinciales en la distribución de la coparticipación federal.
15. El dominio del Senado por la concurrencia de provincias con poca población y sin recursos propios.
16. La máquina partidaria provincial como determinante en la elección de legisladores, sin nominación real por parte de la ciudadanía ya que se fijan circunscripciones electorales plurinominales.

17. El peso sobredimensionado de los gobernadores provinciales en las negociaciones con el PEN, al margen del Congreso de la Nación.
18. La rotación de los políticos entre los Poderes del Estado, que determina –entre otros factores– la falta de profesionalidad en diferentes estatus y roles.

La Reforma de la Administración del Estado –que se ha llamado **Nueva Gestión Pública**– (Bresser-Pereyra, 2004:22) tiende a una mayor autonomía y responsabilidad política que la clásica administración burocrática. Así, se orienta a la calidad de las instituciones estatales. Ella debe responder a la creciente complejidad de los servicios públicos y a la fuerza de la sociedad civil, fruto del cambio del Estado democrático hacia el social-democrático en el que los derechos civiles se amplían a los derechos sociales y republicanos. Se han planteado los derechos republicanos como demanda de la protección del patrimonio público contra los grupos o individuos que quieren apropiárselo en su beneficio y en detrimento del bien común.

En ese sentido se consideró, en la década de 1970, el tema de la ingobernabilidad, ya sea por la incapacidad de las instituciones del gobierno, por la sobrecarga de las demandas de los gobernados o por ambas razones conjugadas. La ingobernabilidad se expresa por la crisis fiscal sostenida, la desconfianza de la ciudadanía en sus instituciones y la contracción de la autoridad pública o la ruptura del orden democrático (Pasquino, 2000:703).

“Lanzarse a la gran aventura política de la ingeniería de la historia” (Sartori, 2000:526), requiere conocimiento, competencia y honradez en los políticos, funcionarios y empleados como base de la calidad de las instituciones.

Esta condición institucional exige un funcionariado calificado según las condiciones clásicas de Max Weber, designado y sostenido por mecanismos como le aconsejaba el antiguo informe Northcote-Trevelyan (U.K. 1854).

Ahora bien, la calidad institucional suele considerarse en torno a los poderes y organismos del Estado pero, como requerimiento sustancial para el Desarrollo, no es exclusiva de ellos. Por el contrario, es una condición que debe extenderse a todos los planos institucionales: agrupaciones empresarias, sindicatos, colegios y agremiaciones profesionales, universidades, e instituciones intermedias de sectores y comunidades. En Argentina, la crisis del Estado, y la de la Salud en particular, abrevia en la falta de calidad de todas ellas.

4.2.- El escenario internacional genera sus propios factores

Los factores de la producción y el Crecimiento Económico, interaccionan en el escenario mundial, en el que pesan nuevos factores, entre los que se encuentran:

a. Condiciones del comercio

En las últimas décadas el comercio internacional⁶ se aceleró más que el crecimiento económico. Pesan en él variables fuertes como las tasas de interés internacional y el precio de los combustibles. Cuando la Reserva Federal de EEUU sube las tasas de redescuento, los capitales se vuelcan a EEUU y vacían los bancos de los países subdesarrollados. El petróleo cubre alrededor del 40% de la demanda de energía primaria. La política internacional y la acción de la Organización de los Países Exportadores de Petróleo (OPEP, 1960) –que producen el 41% del petróleo mundial y tienen el 77% de las reservas– tienden a generar grandes variaciones de precios en más o en menos (volatilidad de precios). En el primer caso producen fuertes shocks económicos internacionales como los de 1973-74; 1978-79 y 1990 (Di Lino, 1999:17 y ss.)⁷.

6 Suma de exportaciones e importaciones de bienes y servicios.

7 En la guerra árabe-israelí (1973) se produjo el primer shock del petróleo cuyo precio pasó de U\$A 3 el barril a U\$A 12, lo que obligó a los países más desarrollados a hacer restricciones de emergencia. En 1979 la revolución fundamentalista de Irán llevó el barril de petróleo a U\$A 35 y la invasión rusa a Afganistán lo subió a U\$A 42. El tercer shock del petróleo (1990) y el cuarto (2000) aunque tuvieron menos impacto, produjeron una recesión mundial. En el momento en que se revisa este escrito (junio de 2005) el barril de petróleo llegó a U\$A 60.

b. Características de los flujos financieros

Estos flujos son, a su vez, más rápidos que los intercambios comerciales. Los flujos netos de capital privado a los países en desarrollo, en 1990, fueron del orden de los 95 mil millones de dólares, y en 1998, superaron los U\$A 250 mil millones (Banco Mundial, 2000:70). Las inversiones extranjeras tienen en “los países en desarrollo mercados en más rápido crecimiento para los productos de las compañías multinacionales” (Banco Mundial, 2000: 36). Pero sólo promueven el desarrollo cuando se manejan a través de sistemas bancarios y financieros sólidos y se vuelcan en inversiones a largo plazo (Banco Mundial, 2000: 70).

c. Condiciones de la deuda externa

Los países subdesarrollados suelen acumular fuertes deudas internas y externas, que contraen con países y empresas extranjeras y fondos internacionales (Samuelson, 1996:648). Las internas generan pobreza y las externas una reducción neta de los recursos de cada país por su acumulación y crecientes intereses, la reducción de acumulación de capitales, la frecuente pérdida de reservas. La desorganización económica y social, entonces, tiende a magnificarse. En la década de 1980 Brasil y México comprometieron entre un cuarto y un tercio de sus ingresos por exportaciones para afrontar sus deudas. En la década de 1990, hasta EEUU de país acreedor se transformó en deudor.

La deuda externa argentina constituye, como se sabe, un factor crítico y distorsionante de la economía, la política y la interacción social. Su crecimiento se aprecia en el cuadro siguiente [Cuadro 4.2.a].

Argentina. Deuda externa y Exportaciones. Porcentajes. 1966, 1976, 1984 y 1991 a 2002. En millones de U\$A*.			
Años*	Deuda ext. ^(a)	Exportac. ^(b)	b/a (%)
1966 (...)	3.276 ^(b)	1.493	45,6
1976 (...)	9.700 ^(b)	3.916	40,4
1984 (...)	46.200 ^(b)	8.021	17,4
1991	61.337	11.977	19,5
1992	62.972	12.234	19,4
1993	72.425	13.118	18,1
1994	85.908	15.839	18,4
1995	99.147	20.963	21,1
1996	110.613	23.811	21,5
1997	125.052	26.431	21,1
1998	141.929	26.442	18,6
1999	145.289	23.333	16,0
2000	146.339	26.412	18,0
2001	140.190	26.655	19,0
2002	132.566	--	--

^(a)Seoane, 2003:513; ^(b)Poniachik J., 2001.
*Los montos son a diciembre de cada año excepto el 2002 que es a marzo.

Cuadro 4.2.a

Las negociaciones con los acreedores y el FMI, en el marco de drásticas expresiones internas sobre la deuda, se llevan con dificultades extremas y no sin aparentes contradicciones. Pero Argentina ha logrado con la salida de la convertibilidad y medidas concomitantes, evitar una nueva hiperinflación que hubiera sido catastrófica.

d. Estado de guerra

La guerra, entendida como “conflicto violento a través de la fuerza armada” (Gallino, 1995:737) tiene la antigüedad de la Humanidad. Pero su interpretación y sus formas difieren⁸. En tanto a sus formas, el tamaño de los ejércitos y la industrialización de los armamentos gestó la “guerra total” que se expresó en la 1ª y 2ª confrontaciones mundiales según estas características: movilización de alta proporción de la población masculina, afectación global de la población civil y compromiso total de las economías (Gallino, 1995: 375). La introducción de las armas atómicas selló, con el sacrificio de Hiroshima y Nagasaki (1945) la concepción de la “guerra total”. Aún estrechándose en el espacio, las guerras siguen multiplicándose con aquellas características. A tal punto, que el siglo XX computa cien millones de muertos por ellas, de los cuales 20 y 40 millones corresponden a la primera y segunda Guerras Mundiales respectivamente (Giddens, 1992:376).

La industrialización del armamento generó un amplio “complejo industrial-militar” cuya expansión se funda en el tráfico de armas: “las guerras del siglo XX produjeron una multiplicación de armamentos en todos los continentes y el comercio de armas no hace más que aumentar esa densidad. El mundo está saturado de armas, lo que representa un desperdicio increíble de recursos que serían más útiles si se los afectara a otros sectores” (De la Maisonnette, 1998:170).

El gasto militar, cuando se mantiene dentro de un dígito, parece no influir sobre el gasto público en salud y sobre la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI). Así, Chile con casi el doble de gasto militar que Argentina y la mitad del gasto público en salud tiene también casi la mitad de la TMI [Cuadro 4.2.b]⁹.

Gasto militar y sanitario, Tasa de Mortalidad Infantil. Países seleccionados. 1990-1998.

Países	Gasto Militar % PBI (1997)	Gasto Público Salud % PBI (1990-98)	TMI (1998) ‰
EEUU	3,3*	6,5	7
Japón	1,0	5,9	4
R. Unido	2,7	5,9	6
Alemania	1,6	8,3	5
Italia	2,0	5,3	5
España	1,5	5,6	5
Corea	3,4	2,5	9
China	2,2	2,0	31
India	2,8	0,6	70
Bangladesh	1,4	1,6	73
Rusia	5,8	4,5	17
Argentina	1,2	4,0	19
Chile	3,9	2,4	10
México	1,1	2,8	30
Colombia	3,7	4,9	23
Brasil	1,8	3,4	33
Paraguay	1,3	2,6	24
Bolivia	1,9	1,1	60
*Bajo Reagan y el poderío militar soviético, el gasto militar llegó al 6% del PBI (20:475).			
(Banco Mundial, 2001:206-07; 286-87)			

Cuadro 4.2.b

8 Nuestro olvidado Juan Bautista Alberdi, confronta el derecho de la guerra -difundido desde los escolásticos y consolidado por Hugo Groccio- en 1625 con el “Crimen de la guerra”, título de su obra de 1870.

9 Con más o casi dos dígitos se ubican Angola (20,5%; gasto en salud: 3,9%; TMI: 124‰), Arabia Saudita (14,5%; gasto en salud: 6,4%; TMI: 20‰) e Israel (9,7%; gasto en salud: 7,0%; TMI: 6‰). Los beligerantes tienen alto gasto militar: Pakistán, 5,7% (gasto en salud: 0,9%; TMI: 91‰); Croacia, 6,3% (gasto en salud: 8,1%; TMI: 8‰); Kuwait (gasto en salud 2,9%; TMI 12‰) en 1992 usó 77% de su PBI en gastos militares y bajó en 1997 a 7,5%.

La región que más gasto militar tuvo fue Oriente medio y norte de África con 14,4% en 1992 y 7,0 en 1997. El gasto en salud fue en 1997 de 2,4% y la TMI de 45‰.

En todo el mundo se gastó el 3,2% del PBI (1992) y el 2,5% (1997) en el rubro militar.

La guerra total se hace tragedia con las masacres étnicas, los genocidios desde la Shoá —el holocausto nazi del pueblo judío—, con la movilización de poblaciones enteras y con el saldo de los refugiados. Los efectos directos e indirectos sobre la salud, comprometida “in toto”, se consideran aparte.

e. Relación con los países desarrollados

La relación entre los países desarrollados y subdesarrollados fue considerada como estructural al Desarrollo por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL)¹⁰ organismo creado por la Naciones Unidas en 1948. Durante 15 años ejerció su liderazgo el economista argentino Raúl Prebisch. La interpretación de la CEPAL partió de la división entre países centrales (desarrollados) y periféricos (subdesarrollados) en función de la desigual distribución de los recursos del progreso técnico. Esta desigualdad genera una progresiva reducción del valor de los productos exportados de los países periféricos hacia los centrales en relación al valor de los exportados de estos últimos a los primeros. Se llamó a esto “deterioro de los términos de intercambio”. A ello se agrega un bajo ritmo de acumulación de capital ya que el ahorro interno es bajo porque los sectores locales de mayor ingreso “adoptan prematuramente patrones de consumo refinado del mundo desarrollado”. El deterioro de los términos del intercambio, por su parte, “succiona” en exceso los ingresos de los países periféricos. A su vez la inversiones de empresas transnacionales derivan sus utilidades hacia países centrales que también se cobran licencias, patentes y marcas. Los préstamos, por parte de los países subdesarrollados —en general— absorbidos por el dispendio y la corrupción, llevan al endeudamiento externo. Finalmente estos países quedan agobiados por el pago de intereses y la mayoría de su población en la desocupación, subocupación y marginalidad.

En la década de 1960 la relación entre ambos tipos de países se interpretó con el “enfoque de la dependencia” que se proyectó en luchas políticas, incluso confrontaciones armadas que terminaron en revoluciones militares en diversos países, incluyendo Argentina.

La Teoría de la Dependencia involucra diversas bases teóricas del enfoque homónimo respecto a la concentración y exportación de capitales (Di Tella, 1966:168). Éstas se manifiestan en el mayor control extranjero y/o la desnacionalización de la industria, de la banca e instituciones financieras, del comercio y sus circuitos externos e internos, el uso del ahorro interno por el capital extranjero, la introducción publicitaria de pautas de consumo alienadas, la dependencia tecnológica, el endeudamiento externo, -y sus consecuencias internas-, la concentración de la riqueza, la desocupación y la marginalidad de amplios sectores de la comunidad¹¹.

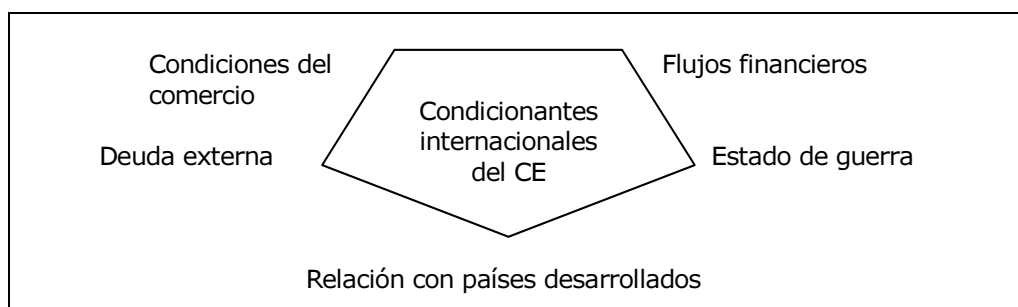
La Teoría de la Dependencia orientó hacia factores externos, con complicidades internas, la causalidad del subdesarrollo. Si bien los fenómenos que considera son significativos como la coherencia de su exposición, generan un reduccionismo a la hora de la autocrítica en política nacional.

Los factores expuestos se resumen en el siguiente cuadro [Cuadro 4.2.c].

10 El ILPES (Instituto Interamericano de Planificación Económica y Social) y el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) forman parte de la CEPAL. Por su parte Prebisch fue organizador y secretario general de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD) que alcanzó ciertos logros para los países subdesarrollados.

11 El profesor Floreal Ferrara, anterior adjunto de la cátedra de Higiene, Medicina Preventiva y Social, de Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP, expuso la relación entre Desarrollo y Bienestar desde una perspectiva estructuralista (Ferrara, 1966).

Factores de Crecimiento Económico



Cuadro 4.2.c

5.- El papel del Estado es esencial al crecimiento y desarrollo

La acción del Estado es decisiva en el crecimiento y desarrollo de un país. Se considera Estado al conjunto de instituciones que disponen de los medios para ejercer coacción legítima sobre un territorio y una población a la que se denomina sociedad. Gobierno es la organización de esas instituciones, de los cargos y los procedimientos que se utilizan para conducir a una sociedad (Banco Mundial, 1997:22).

La expansión de la democracia y la globalización de la economía vienen reduciendo los márgenes para la actuación arbitraria de los gobiernos, factor clave en el mal funcionamiento de los Estados. Sin embargo, no son muchos los Estados con capacidad para aplicar medidas de bien público al menor costo para la sociedad (Banco Mundial, 1997: 89-91).

Las sociedades claman por una mayor eficacia y transparencia de sus gobiernos. La Reforma del Estado es el ajuste de su capacidad a sus funciones. Los grandes cambios políticos son oportunidades de reformas.

Tales, fueron, en el siglo XX, la Revolución Bolchevique de 1917, la depresión económica de 1930 y el proceso de descolonización de la segunda posguerra mundial.

Desde mediados del siglo XX, los resultados de la segunda Guerra Mundial y la catástrofe de la posguerra inmediata generaron gobiernos de “alto desempeño” en la Alemania de Adenauer y Erhardt y la Italia de De Gásperi¹².

Más adelante similares cambios se dieron en Francia con el alumbramiento de la 5ª República liderada por Charles De Gaulle (1958), en España (1975), en Portugal (1974) y en Chile (1989) con sus transiciones a la democracia.

Las grandes crisis de insatisfacción social, como la de Irlanda en década de 1980, generan la debacle social o el nacimiento de “sociedades de alto rendimiento” (Forteza, 2001:27).

Irlanda en esos años estaba agobiada por el déficit fiscal, la quiebra del tesoro, una deuda pública del 120% de su PBI, una alta presión impositiva que intentaba cubrir el déficit y obviaba la evasión. No se desarrollaban empresas, la desocupación se estabilizaba en el 19% y crecía la emigración calificada. Un proyecto de país obtuvo consenso: el Programa de Recuperación Nacional (1987). Bajó el gasto público y la presión impositiva, se promocionaron las exportaciones y la educación calificada. En catorce años (1986-2000) Irlanda triplicó el PBI y el PBI per cápita, de un déficit fiscal de casi 10% de PBI logró un superávit de 4,55%, reduciendo a la mitad el gasto público, en dos tercios la deuda y multiplicó por ocho las exportaciones. Hoy es una sociedad de alto rendimiento (Ferrer, 2001).

¹² A diferencia de la primera posguerra mundial en la que los vencidos tuvieron que pagar indemnizaciones de guerra con la consecuente debacle –que en Alemania llevó al desastre, al revanchismo y finalmente al nazismo– en 1947 EEUU, vencedor, lanzó planes de ayuda para sus aliados europeos y para las naciones vencidas. Se llamó plan Marshall y aunque sumaba U\$A 12.000 millones –de aquella época– su eficiente manejo por aquellos gobiernos sirvió a la recuperación hasta principios de la década de 1950.

La reforma del Estado comprende los siguientes aspectos:

a. Reordenamiento de funciones de sus organismos:

El Estado es una forma organizada de vida social ya que los seres humanos no conviven de cualquier forma sino de una determinada y variable en el tiempo y en el espacio (Loñ, 1986). El consenso, para vivir en común, se expresa en acuerdos sociales ya sean tácitos o escritos en textos fundacionales. En Argentina, uno de ellos –el que definió un acuerdo entre sus provincias– fue la Constitución de 1853. Los mismos constituyentes dieron por cerrado el ciclo de anteriores constituciones frustradas y por válidos los pactos preexistentes. Desde ese fundamento jurídico se construyeron las instituciones, las leyes y normas complementarias. La constitución originaria fue posteriormente modificada y no sin haber violado –y aún seguir violando– algunos de sus preceptos.

A partir de ese conjunto de normas se organizó el Estado y se puso marco a la convivencia social. El Estado debe cumplir funciones definidas en ese conjunto. Un criterio de su eficacia es que no superpongan las funciones de sus organismos ni de las reglamentaciones, ni que se multipliquen unos y otras.

El alto número de organismos oficiales favorece esas superposiciones. En Argentina: “A comienzos de 1991 se redujo a 65 el número total de secretarías y subsecretarías del gobierno nacional, limitándose severamente la cantidad de unidades de menor nivel. Cinco años después y luego de otros intentos “racionalizadores” los ocho ministerios existentes se repartían una cifra record, de 189 secretarías y subsecretarías. Con la medida recién adoptada, todavía subsistían 119 unidades de estos niveles, casi el doble de los existentes en 1991”. Para 1994 se anunciaba la creación de 4 nuevos ministerios con lo que esa cifra se multiplicaría (Oszlak, 2004).

El gobierno de **Bangladesh** duplicó su tamaño entre 1971 y 1991: de 21 a 35 ministerios, de 109 a 221 direcciones generales y de 450.000 empleados públicos a 1 millón. Organismos reguladores que debían ser pequeños, como los de los derechos de la mujer o de control de la contaminación fueron complejos, y el Estado se expandió a tareas incluso comerciales. Los partidos políticos buscaban puestos para sus activistas. Pero los sueldos de los funcionarios se deterioraron a tal punto que el de mayor categoría recibía 87% menos en valor real que en 1971. La eficacia del Estado se redujo, no solo por el poco aliento de sus empleados, sino por la multiplicación de instancias, trámites y regulaciones (Banco Mundial, 1997:99). El tamaño y la complejidad desmedidas del Estado traen estas consecuencias: funcionarios mal pagos y multiplicación de trámites para justificar la existencia de innumerables agencias. Así se mina, desde adentro del gobierno, la gobernabilidad, que requiere efectividad de la administración pública, el control de la corrupción y la calidad del marco reglamentario (Banco Interamericano de Desarrollo, 2000:26).

b. Mantenimiento del orden público. Seguridad de las personas, los bienes y propiedades:

Esta es una grave falencia argentina. América Latina, aunque protagoniza un buen desarrollo en libertades civiles y derechos democráticos, presenta, en el mundo, los índices más altos de homicidios, y de otros delitos. De un promedio, en el país típico, de 8 homicidios cada 100.000 habitantes en la década de 1990 pasó a 13 en 1990. En las encuestas de percepción del BID, entre 17 países latinoamericanos, Argentina se ubica sexta en la tasa de victimización (1996-1997) con alrededor del 38% de los encuestados que declararon que algún miembro de su familia había sido víctima de un crimen. Encabeza con 90% de respuestas positivas a la consulta: “¿Aumentó mucho el crimen?” (1996-1997) (Banco Interamericano de Desarrollo: 14-15)¹³. Para afrontar esta situación se propuso una mejora en el estatus de los policías, la simplificación de los procedimientos judiciales y la descentralización de las fiscalías (Quantin, 2002).

13 En 2004 las estadísticas decían que en el Conurbano Bonaerense, en un día había entre 3 y 4 asesinatos, probablemente un secuestro y 143 autos serían robados (Sagasti, 2004). La intervención en los desarmaderos de autopartes redujo el robo de autos de 78.326 en 2002 a 59.754 en 2003. En el 2003 se registraron 128.443 robos y hurtos y 2.565 asesinados (7 muertos por día). Según el Registro Nacional de Armas (RENAR), en 2003, había 561.300 poseedores legales de armas de fuego y el promedio de compra entre 2002-2003 fue de 32.000 por parte de nuevos usuarios (Sagasti, 2004). Los “depredadores urbanos” en 10 meses robaron en Buenos Aires: 12.000 tapas de alcantarilla, 20 semáforos, 156.466 metros de cable telefónico, 455 ventanillas de tren y 155 placas de monumentos.

c. Promoción de la cohesión social y catalizador de acuerdos entre sectores sociales, tendiendo a compatibilizar intereses opuestos:

Esto supone la búsqueda de la equidad por una mejor redistribución de la riqueza y paliando las tensiones sociales con proyectos de empleo y reducción de la marginalidad. El “patrimonio social” alcanzado por una comunidad, se entiende como las “redes y relaciones que fomentan la confianza y la reciprocidad y determinan la calidad y cantidad de interacciones sociales” (Rocher, 1979:18). El BID lo llama “Capital Social”, como una dimensión de la cultura y la funda en tres elementos: (a) la confianza en los otros, (b) el apego a las normas de conducta y (c) la disposición a la cooperación libre no retribuida (Banco Interamericano de Desarrollo, 2000:25). Este patrimonio sirve de garantía a los más pobres y, en la medida que se reorganiza, a los migrantes marginados en la periferia de las ciudades. A pesar que Kuznets señalaba que la desigualdad aumenta en las primeras etapas del crecimiento económico, algunos países asiáticos, sobre la base del Capital Social, han logrado procesos simultáneos (Rocher, 1979:15). Una encuesta de Graciela Römer, pregunta: “¿qué valores necesita el país para estar mejor? (citado por Reg, P. B., 2003) [Cuadro 5.c].

Valores priorizados por argentinos. Encuesta. Respuestas en %. Octubre 2003

Valores (%)	Respuestas
Honestidad	56
Más educación	34
Patriotismo/ sentido nacional	21
Esfuerzo, trabajo, sacrificio	21
Conducción y liderazgo	19
Solidaridad/ confianza entre la gente	15
Respeto por las normas jurídicas, sociales y morales	14
Sentido de la responsabilidad	7
Disposición al cambio	5
Tolerancia	4
Espíritu emprendedor	2
(Citado por Reg, P. B., 2003)	

Cuadro 5.c

Sin demérito de ninguno de los valores enumerados se aprecia que los relacionados con una cohesión social en el sentido indicado (a y c: solidaridad y confianza entre la gente: 15%; y b: apego a las normas de conducta: 14%) no aparecen priorizados. Los diferentes valores expuestos tienen un cierto grado de abstracción.

d. Fijación y cumplimiento de un ordenamiento jurídico y normativo:

En Argentina se ha descrito una “manía legisferante”, paradójica por su frecuente incumplimiento. Proliferan leyes numerosas de legisladores que aspiran a lucirse por la cantidad de las que proponen (vg. en salud hay leyes específicas para algunas enfermedades o determinadas vacunas). Muchas de ellas son incumplibles porque están sometidas a la trampa de su reglamentación o a la falta de referencia en su texto a los recursos presupuestarios con que habrán de financiarse. La arbitrariedad de su aplicación impide los efectos oportunos de la buena legislación¹⁴.

Por ejemplo, el régimen de contrataciones públicas de la Nación tiene base en 14 normas de diversas jerarquías con permanentes cambios entre 1988 y 1997 (lanelli, 1999:41-42).

14 La Ley de solvencia o responsabilidad fiscal, en 1999, preveía la transformación del Estado y creaba un fondo anticíclico para afrontar recesiones, daba bases para controlar la emisión monetaria y el abuso del crédito público, previendo el crecimiento del déficit fiscal y el crecimiento explosivo de la deuda pública. Debiendo haberse aplicado en el 2002 se postergó para el 2005 dando lugar a la crisis del 2001 (Remes Lenicov, 2001:39).

e. Simplificación de las tramitaciones e instancias:

El BM relata que en Brasil un permiso de exportación requería 1.470 trámites legales diferentes en 13 ministerios y 50 agencias. Los empresarios se quejaban poco porque el sistema judicial, aunque engorroso daba seguridad a las transacciones comerciales (Banco Mundial, 1997:53). Samuelson señala que en un país latinoamericano “hasta hace poco hacían falta 289 trámites para registrar una nueva sociedad autónoma en comparación a las 4 horas que se necesitan en Miami” (Samuelson, 1996:724-2). En Argentina (2000) la inscripción de una SRL (Sociedad de Responsabilidad Limitada) requería alrededor de 40 trámites en diversos organismos con una duración de 6 meses como mínimo (Remes Lenicov, 2000).

f. Sostenimiento de los servicios sociales básicos: educación, salud, saneamiento, seguridad, justicia, transporte público, comunicaciones y defensa.

Respecto a la educación, en 1973 una comisión de la UNESCO sostenía que era la rama de actividad que requería más gastos globales en el mundo, desde la segunda Guerra Mundial. Señalaba tres fenómenos nuevos: a) que el desarrollo de la educación tiende a preceder al desarrollo económico, b) que la educación se emplea concientemente para preparar personas para tipos de sociedades que todavía no existen y c) que diversas sociedades comienzan a rechazar gran número de productos ofrecidos por la educación institucionalizada (Faure, 1978). A pesar de lo positivo de las dos primeras tendencias la tercera respondería a un desfase entre el ritmo del sistema educativo, más lento que el de producción. Sin embargo en la década de 1990 esta situación se modificó en los países de punta. Corea invirtió masivamente en educación logrando en 1995 cobertura universal en el nivel primario, del 90% en el secundario y de casi el 55% en el terciario, con lo que cimentó la mano de obra generadora de su alto crecimiento (Banco Mundial, 1999:44). Para ese entonces **Argentina** matriculaba en el secundario al 59% del grupo etáreo correspondiente (Banco Mundial, 1999: 200) en un sistema educativo que empeoró desde 1970. Las pruebas de rendimiento intelectual (1993) para matemática y lengua apenas pasaban los 5 puntos (escala 1-10) en el primario y daba 6,7 en el secundario (Jaim Echeverry, 2001:21).

g. Desarrollo de la infraestructura económica:

Se ha intentado medir la cobertura y el rendimiento de ciertos componentes de la infraestructura entre países de ingresos bajos y los de altos ingresos, agrupados en la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) [Cuadro 5.g].

Cobertura y rendimiento de infraestructura. En dos grupos de países (P)

Indicadores	P. Ingresos Bajos	P. OCDE
Cobertura		
Hogares con acceso a agua potable (%)	47	99
Hogares con electricidad (%)	21	98
Desempeño		
Locomotora diesel no disponible (%)	55	16
Agua no contabilizada (%)	35	13
Carreteras pavimentadas en mal estado (%)	59	15
Pérdida de potencia del sistema	22	7
Básicos		
PBI p/c 1991 (U\$A)	293	20.535
Tasa crecim. anual PBI p/c (1980-91) (%)	-0,2	2
Tasa crecim. Demográfico (1980-91) (%)	3	0,5
Banco Mundial, 1994:121		

Cuadro 5.g

En Argentina la inconclusión de infraestructura es frecuente, basta mencionar la represa de Yaciretá y el Albergue Warnes. Este último había sido proyectado como hospital pediátrico a principios de la década de 1950. Las obras quedaron paralizadas en 1955 y posteriormente fueron trasladadas a él familias de una villa de emergencia incendiada. Llamado desde entonces Albergue Warnes fue alternativamente ocupado y desocupado hasta que, rodeado de basurales y vacío, fue volado con explosivos a principio de la década de 1990. Eran entonces dos edificios de 10 pisos, uno de ellos con los revoques externos y revestido de granito en su interior (Potenze, 2000:13).

h. Protección de los grupos vulnerables, combinando seguridad social y asistencia:

El gobierno de **Indonesia** logró reducir, entre 1970 y 1990, la población que vivía bajo el nivel de pobreza de 56% al 16% e impulsó para la siguiente década la eliminación de la pobreza absoluta. Los mecanismos son: subvenciones a 20.000 aldeas marginales como capital para actividades que generen ingresos; subvenciones similares para familias marginales que viven en otras aldeas; mejora en servicios sociales e infraestructura en los bienes suburbanos y traslado de 750.000 familias de la superpoblada isla de Java a otras islas con suministro de tierras agrícolas y recursos para su rendimiento (Banco Mundial, 1997:68). En Argentina las políticas de promoción y asistencia social tienen un carácter residual (Lo Vuolo, 1998:179). No fueron sistematizadas y en inversión rondaron solo el 1% del PBI a pesar de la extensión de la pobreza¹⁵.

No obstante, cualquier política de promoción y asistencia social, choca hoy –en Argentina– con un nivel de desocupación y subocupación que desarticula la sociedad (vide infra).

i. Defensa del medio ambiente con participación de la comunidad:

En la década de 1990 las asociaciones médicas y la comunidad de Yokohama, ciudad de alrededor de 3 millones de habitantes, cercana a Tokio, comenzaron a reclamar por la contaminación de las refinerías de petróleo. No encontraron eco en el gobierno local que perdió la siguiente elección. El nuevo gobierno organizó una agencia, con 10 funcionarios, apoyo profesional y comunitario, que llegó a acuerdos con las empresas y se redujeron las emisiones contaminantes al 20% de las anteriores (Banco Mundial, 1997:82). En Dock Sud (Avellaneda, Argentina) hay un puerto de combustibles con 700 tanques (1,5 millones m³ de sustancias explosivas y tóxicas) vecino a silos para cereales (16.000 Tn), que en caso de incendio podrían producir explosiones en cadena y escape masivo de gases tóxicos. En 1984 el incendio del petrolero “Perito Moreno” pudo haber desencadenado la catástrofe, que no se produjo por un feliz cambio de viento. Los vecinos reclaman por la reiteración de pérdida de gases (Brailovsky, 1997:332).

j. Promoción de los mercados y de las PYMES (Pequeñas y Medianas Empresas):

En el norte y centro de Italia, la actividad productiva surge de PYMES que no sólo abastecen el mercado interno sino que generan exportaciones (Ferrer, 1998:118). El mercado librado a sus tendencias y sin una rectoría estatal, tiende a la concentración de la riqueza y a la fractura social entre “incluidos y excluidos” del crecimiento (Ferrer, 1998). Las PYMES, insuficientes en estructura, tienen poco acceso a la información comercial, sufren déficit de gestión, falta de garantías y de disponibilidad de créditos y además tienen que enfrentar intereses poderosos. El apoyo concreto del Estado, su agrupación y constitución de cámaras sectoriales, le son imprescindibles (Remes Lenicov, 2000:8). En Argentina las PYMES, “siendo poseedoras de buenos proyectos, no consiguen financiamiento para emprenderlos”. Esto se debe al mayor riesgo de default (incumplimiento de los compromisos crediticios) y generan a los bancos mayores dificultades de información sobre su evaluación. Ello lleva a que se las discrimine con tasas altas de interés o simplemente sin darle créditos (Oviedo, 1997:50-56). Entre las PYMES se encuentran la mayoría de los establecimientos privados de Atención Médica.

15 El Programa Alimentario Nacional (PAN), que se inició en 1984, si bien inscribió casi 1,5 millones de familias, originalmente cubría menos del 50% o 25% de las necesidades nutritivas, se fue deteriorando en calidad y plazos de entrega, disminuyó su efectividad cuando empeoraban las condiciones sociales y desaprovechó el gran poder de compra del Estado para diseñar una política alimentaria nacional (Oviedo, 1997: 181).

k. Mantenimiento del equilibrio macroeconómico, (vide infra):

Son así de competencia del Estado los bienes públicos y la protección de los bienes privados y los de propiedad común¹⁶.

Hay diversos trastornos globales en los Estados, se ha hablado de un síndrome de ilegalidad, y pueden sumarse otros: de disolución y de marginación.

El síndrome de ilegalidad se caracteriza por tres signos: delincuencia, corrupción y judicatura imprevisible. El síndrome de disolución se configura por incumplimiento de las funciones básicas del Estado con la consecuente desorganización social global. El síndrome de marginación es una situación prolongada en que las diferencias entre los más ricos y los más pobres se profundizan al extremo y estos últimos tienen necesidades elementales insatisfechas.

La gestión cotidiana del Estado y el reordenamiento interno de sus instituciones depende del equilibrio entre su estructura, sus funciones e interrelaciones, y la competencia de su conducción y funcionariado (cfr. calidad de las instituciones).

Es frecuente encontrar una falta de armonía entre un Estado hipertrofiado en estructura y debilitado en funcionamiento. La debilidad suele ser mayor cuanto más sean las funciones que asume sin priorización.

La competencia de sus conductores electivos y sus gabinetes depende de los mecanismos electorales y de contralor, así como de las posibilidades de cuestionamiento y remoción por parte de las instituciones y de la misma comunidad.

La competencia del funcionariado y de sus colaboradores depende de la forma de ingreso, de promoción y de remuneración. El empleo estatal distribuido por favoritismo y clientela es incompatible con el crecimiento y desarrollo. Por otra parte, con bajas remuneraciones, el clientelismo tiende a suplir los seguros de desocupación.

La meritocracia consiste en el ingreso por concurso según precondiciones, ascenso por responsabilidad y méritos así como retribuciones cercanas a las gerenciales privadas, con regímenes de incentivos.

**El cambio de un funcionariado “favoritista” a uno “meritocrático”
es difícil pero esencial al desarrollo.**

El Estado no puede ser sustituido por el mercado en cuanto al equilibrio macroeconómico. Sus principales aspectos son:

1. La estabilidad institucional en un orden constitucional y la vivencia de la continuidad de las instituciones. Las instituciones argentinas tienen una tradición de discontinuidad. Por de pronto desde nuestra Independencia (1816) tardamos, por conflictos internos, 37 años en dictar una Constitución duradera (1853) aunque se requirieron 7 años más para que la provincia de Buenos Aires la jurara y dos más para que se estableciera el gobierno nacional (1862). La estabilidad constitucional, a pesar de las crisis, duró hasta la Revolución de 1930 que destituyó al presidente Irigoyen. Desde entonces sucesivos gobiernos constitucionales, fueron destituidos por golpes de Estado en 1943, 1955, 1966 y 1976. Las dificultades económicas y sociales crearon, aún durante gobiernos “de iure”, retiros anticipados del gobierno, renunciadas de vicepresidentes hasta que en el 2001 el país tuvo 5 presidentes en veinte días.

La Corte Suprema de Justicia fue destituida en 1947 por un gobierno Constitucional, en 1955, 1966 y 1976 por revoluciones militares, por la restauración democrática en 1983 y renunció en masa en 1973. El presidente Menem aumentó el número de sus jueces de 7 a 9 y alcanzó la llamada “mayoría automática” que, sin independencia y desacreditada, fue modificada por las destituciones individuales de 2003.

¹⁶ Son bienes públicos o no concurrentes, aquellos cuyo consumo por un usuario no reduce la oferta disponible para otros; bienes privados, los que no son de uso colectivo; los bienes de propiedad común son de uso colectivo concurrente cuando su uso reduce la disponibilidad para otros (vg. riego con aguas subterráneas).

El Congreso, los Legisladores y los Concejos Deliberantes son órganos de estabilidad republicana que por representatividad de las jurisdicciones políticas y de la población debe asumir, por excelencia, la recepción de sus necesidades y demandas, su priorización y combinación para expresarlas en leyes u ordenanzas¹⁷.

2. El equilibrio fiscal, que relaciona el cálculo de recursos y el presupuesto de gastos del Estado, en su preparación, aprobación y cumplimiento. Las estimaciones optimistas del ingreso o las definiciones ambiguas de gastos conspiran contra ese equilibrio y favorecen el dispendio. El equilibrio fiscal se mide según la magnitud del déficit o del superávit.
3. El equilibrio fiscal en países federales exige un pacto con las jurisdicciones (provincias y Ciudad Autónoma de Buenos Aires). En 1935 las provincias argentinas cedieron potestades de recaudar ciertos impuestos a la Nación, a condición de que esta les transfiriera parte de la recaudación. Transcurridos los años, las provincias cubren, en promedio sólo el 40% de sus gastos con recaudación propia “mientras que en los estados federales de la OCDE, dicha cobertura supera el 70%” (Remes Lenicov, 2000). Esta dependencia tiende a reducir la responsabilidad de las provincias en el gasto y en la recaudación. En la década de 1990 las jurisdicciones además debieron reducir la presión de sus impuestos propios para favorecer la competencia y asumir crecientes gastos por transferencia de servicios de salud y educación, además de los generados por la seguridad, justicia, promoción y asistencia de la comunidad, servicios sociales y parte de la previsión social. La coparticipación federal sirve para igualar las oportunidades entre las jurisdicciones, pero la complejidad de sus mecanismos y el disímil cumplimiento de los acuerdos según las jurisdicciones, la hacen un nudo de conflictos en vez de un factor de desarrollo. En 1995 se difundía que solo tres provincias habían ajustado el gasto público (La Pampa, Buenos Aires, Santa Fe) (Burgüeno, 1995) y un cuadro exhibía las distorsiones interjurisdiccionales [Cuadro 5.3].

Argentina. Empleo Público. Diez Provincias seleccionadas. 1995

Provincias	Empleados Públicos (en miles)	Habitantes por cada empleado público	Promedio salario público mensual	% para sueldos del gasto público
Buenos Aires	288	43,8	742	53,1
Catamarca	23	11,4	717	67,1
Córdoba	83	33,5	891	60,0
Formosa	32	12,4	543	72,2
La Rioja	21	10,6	739	64,5
Mendoza	46	30,6	749	58,8
Neuquén	29	13,6	937	69,9
Santa Cruz	14	11,7	858	61,9
Santa Fe	80	34,9	783	58,0
T. del Fuego	5	13,5	1908	52,7
Total*	1.018	29,1	707	64,77

*el total de empleados, los promedios y % involucran a todas las jurisdicciones. Centro de Estudios para la Nueva Mayoría, 1995.

Cuadro 5.3

17 Las disfunciones de los órganos legislativos argentinos, que contribuyen a la inestabilidad institucional, como se vio, son: la elección de sus miembros por gobernadores y caudillos partidarios, en listas “sábanas”, los cortos períodos de sesión, la lentitud de sus comisiones, la inasistencia de parte de sus miembros, la postergación de iniciativas, la preferencia por proyectos del Poder Ejecutivo, las inasistencias para impedir el quórum y la falta de control del cumplimiento de las leyes que dicta y de los plazos para su reglamentación. El artículo de Felix Loñ que se cita, desarrolla propuestas para corregir vicios del Poder Legislativo, los que en su mayoría continúan vigentes (1986).

4. La reforma tributaria es esencial para que la recaudación de impuestos sea simple, impida la evasión, promueva una distribución equitativa de la riqueza y fortalezca la inversión, el empleo y las exportaciones (Remes Lenicov, 2001). El ajuste del sistema impositivo en proporción a la capacidad contributiva no sólo expresa un principio de ética política sino que evita la contracción del mercado interno y del consumo (Remes Lenicov, 2001). Los impuestos, decía un juez del Tribunal Supremo de EEUU –Oliver Wendell Holmes– “... son el precio que pagamos por tener una sociedad civilizada” (Samuelson, 1996:310). Los impuestos indirectos se aplican sobre bienes y servicios- son indirectos sobre las personas- , son fáciles de recaudar porque se aplican sobre los puntos de venta, tales aquellos sobre el consumo, sobre las ventas, aranceles sobre importaciones e impuestos sobre la propiedad. Los directos se aplican sobre la renta de las personas, las empresas, las herencias y donaciones, e incluyen los aportes y contribuciones a la Seguridad Social. Se considera a estos como “**progresivos**” mientras que los indirectos -en tanto gravan proporcionalmente menos a las rentas altas y más a las bajas- resultan “**regresivos**” (Samuelson, 1996: 312). En Argentina los impuestos indirectos representan más del 50% de la tributación, a la inversa de los países desarrollados, en general más equitativos, en los que los directos rondan el 50% de la presión impositiva o lo superan hasta en 15 puntos (De Santis, 1994:120).
5. El equilibrio de la balanza de pagos entre exportaciones e importaciones. El crecimiento económico liderado por las exportaciones es genuino como lo demuestra en Argentina el período agro-exportador (1890-1930) y en la segunda postguerra el avance de Alemania Occidental y Japón, así como el de los “tigres asiáticos” en las últimas décadas. Los instrumentos económicos para impulsarlo son complejos pero Argentina tiene ciertas bases para lograr este tipo de crecimiento (Conesa, 2000:53) aunque debe promover el ahorro y la inversión así como la productividad y la competencia. El comercio internacional en un mundo globalizado y con países emergentes agresivos en la competencia, es –a su vez– una oportunidad y una amenaza. Esto en tanto que Argentina tiene, probablemente, una única posibilidad de crecimiento sostenido: insertarse en ese comercio como exportador con balance positivo de su balanza de pagos. Ello requiere una visión estratégica, capacidad para detectar y adaptarse a la demanda exterior e incorporar valor agregado a los productos (Remes Lenicov, 2000). Sus instituciones dispersas y sin coordinación, su servicio exterior burocratizado, su carencia de equipos de especialistas y su actitud pasiva respecto a los intereses de los exportadores argentinos la ubica en pésima posición para asumir las oportunidades. Como en otros campos, el problema es de organización y no de recursos (Remes Lenicov, 2001).
6. La regulación monetaria está a cargo del **Banco Central (BC)**, a través de la emisión monetaria, la regulación de los medios de pago actuando por la fijación del encaje bancario y las tasas de redescuento, el control de las divisas así como las normas y el contralor del sistema bancario (De Santis, 1994:122). De la independencia y el criterio del BC depende la disciplina monetaria y fiscal. Siendo el agente financiero del gobierno, si emite moneda para cubrir déficits presupuestarios provoca inflación, que es su “gran enemigo” (Samuelson, 1996:115) (Conesa, 2000:11-12). En EEUU el sistema de la Reserva Federal opera de Banco Central y sus directores son designados por 14 años (Weber, 1996:517). Entre 1990 y 2004 (14 años) el Banco Central de la República Argentina tuvo 9 presidentes con un promedio de mandato de escasos 21 meses (Seoane, 2003:422).
7. La estabilidad de precios y salarios y la defensa de la competencia del consumidor. La inflación, cuando supera el 10% anual, hace incierta la rentabilidad del ahorro y la inversión, reduce la acumulación de capital y produce inestabilidad en salarios y precios. Con inflaciones de dos dígitos el crecimiento se deteriora. La inflación de dos dígitos comenzó en Argentina moderna en 1917 (17,1%), bajó entre 1923 y 1930, para pasar discretamente los dos dígitos entre 1931 y 1934, bajando nuevamente hasta 1945. Desde entonces salvo algunos años (1953-54, 1969) se mantuvo alta [Cuadro 5.7].

R. Argentina. Inflación cada dos años 1980-2004

Año	Inflación
1980	87,6
1982	209,7
1984	688,0
1986*	81,9
1988	387,8
(1989**)	4.923,3
1990	1.349,9
1992***	17,5
1994	3,9
1996	-0,3
1998	0,7
2000	-0,7
2002	3,4
2004	4

Plan Austral; ** año agregado: crisis política;
 ***Ley de convertibilidad (27/03/91); °: 2001.
 (Fontana, 2001)

Cuadro 5.7

8. La promoción del ahorro e inversión. En el siglo XIX la tasa de ahorro e inversión fue alta en los países de la segunda ola de industrialización: Alemania, EEUU, Japón, Suecia y Dinamarca. Gran Bretaña, ya industrializada, ahorra e invertía capitales en el exterior como potencia dominante. Desde mediados del siglo XX Corea y Taiwan alcanzaron a ahorrar e invertir casi el 30% de su PBI, el doble que EEUU y Europa Occidental (Ferrer, 1998:44). Argentina en la década de 1920 alcanzó una tasa de inversión de entre 15-20% del PBI con lo que logró un crecimiento del 5% anual y mantuvo la ocupación a pesar del crecimiento migratorio (Ferrer, 1998: 62)¹⁸. En el período 1930-75 el ahorro interno se mantuvo alrededor del 20% constituyendo el 99% de la inversión, ya que sólo el 1% eran inversiones extranjeras (Ferrer, 1998:80).

9. La reducción de la desocupación requiere la promoción de las PYMES y sus asociaciones, el impulso de las economías regionales, la capacitación básica y calificación de la mano de obra¹⁹. Los sectores neoliberales proponen una reducción de lo que llaman impuestos al trabajo, contribuciones para previsión, OOSS y otras contingencias. Las causas son diversas pero lo cierto es que han llevado a los argentinos a una desocupación extrema [Cuadro 5.9].

¹⁸ La tasa anual de crecimiento demográfico era de 2,75% (Ferrer, 1998: 62).

¹⁹ Por otro lado se sostiene que la desocupación se produjo por la sobrevaluación del peso con mayor costo de los salarios respecto de un menor costo relativo de los insumos importados (Conesa, 2000:127-29).

R. Argentina. Tasa de desocupación para los 25 conglomerados urbanos. 1ª ronda del año.

Año	Tasa desocup.	Tasa Subocup.	Crecim. PBI (%)*
1980	2,6	5,2	-
1982	5,3	6,6	-3,2
1984	4,6	5,7	2,0
1986	5,6	7,6	7,1
1988	6,3	8,5	** -2,1
1990	7,5	9,1	1,8
1992	7,0	8,2	9,6
1994	11,5	10,3	5,8
1996	17,2	13,1	5,5
1998	13,2*	13,5	3,9
2000	15,4*	15,1	-0,8
2002	19,7	19,3	-10,9

Lo Vuolo, 1998:334-35; Becaria, Chisari y Vontuschi, 1997:72
 * respecto del año anterior (\$ 1993). ** En 1989 se decreció: -6,0.

Cuadro 5.9

10. Las regulaciones estatales de entes efectivos en los servicios públicos privatizados. Compete al Estado el planeamiento estratégico de los servicios que definen el bienestar básico de la población y la competitividad de las empresas. Tales la producción de energía, el transporte y las comunicaciones. Los contratos, cuanto más con monopolios u oligopolios, deben responder al planeamiento público a la vez que a normas técnicas que equilibren la calidad, precios y continuidad. Los entes estatales que asuman tanto el planeamiento como la regulación, deben ser dotados de personal profesional calificado y de autonomía bajo contralor (Remes Lenicov, 1999). Las privatizaciones en Argentina, entre 1989 y 1991, fueron rápidas e involucraron a todas las empresas públicas (Llach, 1997:213). Los entes reguladores fueron creados "a posteriori" para cada rubro (Seoane, 2003:273). Sus alternativas y negociaciones son harto controvertidas y sospechadas de corrupción.
11. La reforma educativa en acuerdo interjurisdiccional. La educación nivela oportunidades y favorece la movilidad social. Por otro lado genera mano de obra calificada que puede trabajar procesos o productos con mayor valor agregado y, por consecuencia, mejores posibilidades de inserción en el comercio internacional. Estos objetivos suelen involucrar aumentos en el gasto educativo, los que sólo son fecundos si en paralelo se logra un sistema articulado de educación que comprenda, en torno a objetivos claros, todos los niveles y que se funde en la calificación y mejor retribución de los docentes así como una sistemática evaluación de procesos y resultados. A mediados de 1998, en Argentina, la Nación (\$9.000 millones) y las provincias (\$30.000 millones) acercaban el gasto educativo a los \$40.000 millones (Remes Lenicov, 1998). Esta cifra aunque significativa no alcanza para lograr docentes rentados con decoro, pero es preciso admitir que una mayor renta no es solución suficiente para lograr la coherencia y la calidad del sistema (Forteza, 2001).

6.- El desarrollo debe ser integral y apuntar a lo humano

El Banco Mundial sostenía, en el año 2000, que la experiencia del último medio siglo concluía en cuatro requisitos para el desarrollo: a) estabilidad macroeconómica; b) abordaje de las necesidades humanas según un proceso; c) políticas con un enfoque integral y d) instituciones que acompañen a la integración social (Banco Mundial, 2000:1).

Marcaba los siguientes desafíos del desarrollo:

- 1) reducción de la pobreza;
- 2) seguridad alimentaria;
- 3) aprovisionamiento de agua dulce;
- 4) atención del envejecimiento;
- 5) prevención de las pérdidas culturales;
- 6) lucha contra la degradación del ambiente.

Las alternativas de pesimismo y optimismo respecto del desarrollo se suelen relacionar con logros como la **Revolución Verde** que dio seguridad alimentaria a la India, o con fracasos macroeconómicos como el proceso de sustitución de importaciones en Brasil y la crisis financiera del Asia Oriental en 1997.

Entre 1970 y 1985, el coeficiente de ingreso per cápita en los países más ricos se multiplicó seis veces respecto de los más pobres (Banco Mundial, 2000: 14), lo que prueba la inequidad del desarrollo mundial.

Sin embargo entre 1990 y 1997 los países de Asia Oriental lograron altas tasas de ahorro interno bruto: 36% comparada con el 20% de los de América Latina y el Caribe. Aquellos lograron invertir esos ahorros productivamente en **educación, en ciencia y tecnología** y en la introducción de sus productos manufacturados en el **mercado mundial**. Mantuvieron estabilidad macroeconómica, controlando la inflación y evitando recesiones al mismo tiempo que promovieron el bienestar y la salud (Banco Mundial, 2000: 14, Rc 1).

7.- El desarrollo se mide con indicadores de Salud

En el conjunto de países subdesarrollados la tasa de mortalidad infantil se redujo de 104 por mil en 1970-75, a 56 por mil en 1996 (Banco Mundial, 2000:26). Pero en los de ingreso más bajos, alrededor de 1997 eran aún de 82 por mil y la esperanza de vida de sólo 59 años (Banco Mundial, 2000: 19).

Sin embargo hay casos especiales, por ejemplo Sri Lanka, país pobre que invirtió en salud y descentralizó los servicios, logró 73 años de esperanza de vida y 14 por mil de mortalidad infantil (Op. Cit.:19). Jamaica supervisó con eficacia la distribución regular de leche en las acciones de APS entre niños desnutridos y bajó la mortalidad infantil de 21 por mil en 1990 a 12 en 1997 (Banco Mundial, 2000:24). Pero aún 800 millones de habitantes del Planeta están desnutridos y sólo en 1995 más de 9 millones de niños murieron por causas evitables (Banco Mundial, 2000:28).

La Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) ha sido siempre un indicador principal del desarrollo. En los países considerados puede presentarse como variable dependiente de la Tasa de Natalidad (TN) y de la Fecundidad por mujer. En los países desarrollados la natalidad ronda el 10 por mil, un poco mayor –por sus diferencias raciales– en EEUU y Nueva Zelanda. Israel es un país que promueve la natalidad (19,3%) y su fecundidad se aproxima a 3 hijos por mujer en edad fértil. Su tradición histórica y su posición estratégica lo fundamentan a pesar de su avanzado desarrollo. Las tasas de mortalidad infantil no pasan de un dígito en los países desarrollados, al igual que tres de los primeros países de alto crecimiento (Hong Kong, Singapur, Corea) y de Cuba –con baja natalidad–.

La Tasa de Mortalidad Materna resulta dependiente de la atención del parto por personal sanitario: Indonesia con 380‰ supera en poco el 50% bajo esa atención, India con 540 de TMM tiene menos del 50% y Bangladesh con 350 de TMM alcanza apenas el 12%.

Países desarrollados, de alto crecimiento y latinoamericanos. Seleccionados 38 de entre 173 países. Año 2000.

INDICADORES DE MORTALIDAD INFANTIL (por 1000 NV), DE MORBILIDAD Y RIESGO (por 100.000 habitantes, TMI por mil NV)					
P.Desarrollados	TMI %0	P/HIV %0	P/PALUD	P/TBC	CCigarr./A
EEUU	7	0,61	...	6	2193
Japón	4	>0,1	...	92	3076
R. Unido	6	0,1	...	11	1790
Alemania	4	0,1	...	12	1803
Italia	6	0,37	...	21	2572
España	5	0,5	...	21	2572
P. Alto Crecim.					
Singapur	4	0,2	...	47	1156
Corea	5	>0,1	9
Malasia	8	0,35	57	68	844
China	32	0,11	1	36	1776
India	69	0,79	193	123	115
Botswana	74	38,8	4760	513	...
Bangladesh	54	>0,1	40	62	232
P. Am. Latina					
Argentina	18	0,69	1	31	1524
Chile	10	0,3	...	33	1185
México	25	0,28	6	16	794
Colombia	25	0,4	250	26	517
Brasil	32	...	344	47	813
Perú	40	0,35	257	160	189
Paraguay	26	...	124	40	...
Bolivia	62	0,1	379	121	279
Otros					
Rusia	18	0,9	1	91	1081
NV: Nacidos vivos; TMI: tasa de mortalidad infantil; P/HIV: personas adultas que viven con HIV-SIDA comunicadas (% e/ 15 y 49 años) (2001); P/Palud: casos de Paludismo comunicados por cien mil habitantes (2000); P/TBC: casos de Tuberculosis comunicados por 100.000 habitantes (1999); CCigarr./A: Consumo de cigarrillos por adultos, promedio anual (1992-2000); (...): sin datos. (Banco Interamericano de Desarrollo 2000; PNUD, 2000).					

Cuadro 7.c

La columna de TMI es un punto de referencia esencial. La notificación de casos de **HIV/SIDA** no es completa. Descontando la tasa de Botswana que resulta catastrófica en las tres enfermedades consideradas, es alta en EEUU (0,61), España (0,50) y Argentina (0,69). Tiende a aumentar en los países asiáticos: India (0,79) y Malasia (0,35).

El **Paludismo** depende de la ecología. Los países desarrollados sólo tienen casos importados. Los enclaves de desarrollo en zonas potencialmente palúdicas registran baja incidencia (vg: Singapur, Malasia y aún China) y se aprecian diferencias importantes entre los países de alta incidencia.

Por su lado la **TBC** sigue siendo una patología prevalente, aún en países desarrollados como Japón que inició campañas específicas en la década de 1950.

Países con distintos grados de desarrollo. Seleccionados. Índice de desigualdad, coeficiente de Gini y términos del intercambio de la década de 1990.

Países	Año	I. Desig.	C. Gini. (%)	Términos inter. (%) (1980 = 1000) 2001
PAISES DESARROLLADOS				
EEUU	2000	15,9	40,8	114
JAPON	1993	4,9	24,9	126
R. Unido	1999	13,8	36,0	100
ALEMANIA	2000	6,9	28,3	106
ITALIA	2000	11,6	36,0	125
ESPAÑA	1990	9,0	32,5	123
PAISES DE ALTO CRECIMIENTO				
COREA	1998	7,8	31,6	84
CHINA	2001	18,4	44,7	s/d
INDIA	2000	7,0	32,5	136
BANGLADESH	2000	6,8	31,8	68
PAISES DE AMERICA LATINA				
ARGENTINA	2001	39,1	52,2	81
CHILE	2000	40,6	57,1	39
MÉXICO	2000	45,0	54,6	33
COLOMBIA	1999	57,0	57,6	83
BRASIL	1998	85,0	59,1	136
PARAGUAY	1999	70,4	56,8	147
BOLIVIA	1999	24,6	44,7	53
OTROS PAISES				
RUSIA	2000	20,3	45,6	s/d
PNUD. Informe para el Desarrollo Humano 2000 <i>I. Desig.</i> = índice de desigualdad entre el 10% de la población más rica y el 10% de la más pobre; <i>Coefic. de Gini.</i> = cuanto más se aproxima 100% mayor es la desigualdad en la distribución de renta, cuanto más lo hace a 0% mayor la igualdad; <i>Términos Inter.</i> = Términos de intercambio: relación entre valor de exportaciones e importaciones.				

Cuadro 7.d

La desigualdad entre el 10% más rico de la población es alta en EEUU (16%) y baja en Japón (5%). A este último corresponde un coeficiente de Gini 25% más igualitario en la distribución de la renta.

Japón y países europeos desarrollados tienen diferencias relativamente bajas entre ricos y pobres, que coinciden con tendencias a menores coeficientes de Gini, es decir más igualitarios.

Los términos del intercambio son positivos para los países desarrollados y para algunos de alto crecimiento con datos. Es así como Japón (126%) e Italia (125%) están entre los primeros, e India (136%) segundo, lo que refiere el desarrollo de sus exportaciones.

América Latina exhibe extremas diferencias entre ricos y pobres, tanto en el índice de desigualdad como en el coeficiente de Gini que en todos los casos (excepto Bolivia) supera el 50%. Argentina con 52,2% lo superó. Los términos del intercambio son negativos (Argentina 81%) excepto para Brasil, que está industrializado y Paraguay, que exporta electricidad.

Países con distintos grados de desarrollo. Seleccionados. Indicadores materno-infantiles básicos. Circa 2000.

PAISES DESARROLLADOS						
Países	Ind.	T.M.I ‰ NV (2000)	T.M.M 100.000 NV (85/89)	Partos. At. P/sanit. (1995-2000)	Tasa Natal. ‰ h	Tasa Fecund. (1995-2000)
EEUU		7	8	99	14,2	2,0
JAPÓN		4	8	100	10,0	1,4
R. UNIDO		6	7	99	11,8	1,7
ALEMANIA		4	8	-	9,3	1,3
ITALIA		6	7	-	9,1	1,2
ESPAÑA		5	6	-	9,2	1,2
PAISES DE ALTO CRECIMIENTO						
COREA		8	20	100	20,4	1,5
CHINA		35	55	-	16,1	1,8
INDIA		74	540	100	24,8	3,3
BANGLADESH		54	350	-	25,4	3,8
PAISES DE AMERICA LATINA						
ARGENTINA		18	41	98	8,55	2,6
CHILE		10	23	100	17,2	2,4
MEXICO		25	55	86	23,2	2,8
COLOMBIA		25	80	86	22,8	2,8
BRASIL		32	160	88	18,8	2,3
PARAGUAY		26	190	57	31,3	-
BOLIVIA		62	390	59	28,1	-
OTROS PAISES						
RUSIA		18	44	-	9	1,2

PNUD. Informe sobre el Desarrollo Humano, 2000; T. Nat., Almanaque Mundial, 2002.
T M I: Tasa de Mortalidad Infantil por mil nacidos vivos; T M M: Tasa de mortalidad materna por cien mil nacidos vivos (1985-1989); Partos. At p/san = partos atendidos por personal sanitario (%). T. Nat: Tasa de Natalidad por 1000 habitantes; T. Fec: Tasa de Fecundidad: número promedio de hijos por mujer; (...): sin datos.

Cuadro 7.e

La Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) es baja en los países desarrollados, el valor 4 de Japón puede fijarse como ideal para ellos. Los de alto crecimiento han logrado buenos resultados económicos y humanos si se considera que la TMI en China evolucionó de 90‰ a 35‰ y en India de 150‰ a 74‰ entre 1965 y 2000 respectivamente (Banco Mundial, 1990:252-54). Es decir, la redujeron en 35 años 61% y 51% respectivamente. En América Latina, Chile la redujo el 90% (101‰ en 1965 y 10 en 1998) mientras que Argentina sólo logró una disminución del 67%. Cabe señalar que cuanto menor es la TMI, a partir de un nivel medio, más complejo es reducirla.

La Tasa de Mortalidad Materna (TMM c/100.000 NV) exhibe diferencias extremas que pasan de un dígito a dos y hasta tres. Aún siendo cercanos al 100% los partos atendidos por personal sanitario, la tasa se mantiene alta (vg 41 por cien mil con 98% en Argentina). Llegan a tres dígitos dos países latinoamericanos con menos de 60% de los partos atendidos en esas condiciones. Es paradójico el caso de India que con 100% de partos con personal sanitario llega a una TMM extremada de 540 por cien mil, lo que podría explicarse por bajas condiciones de bienestar. La natalidad y la fecundidad altas se relacionan con elevadas TMI y TMM, lo que se exhibe dramáticamente en India y Bangladesh.

La pobreza es la expresión más drástica de la desigualdad y el Desarrollo Social tiene por objetivo primordial reducirlo. Se verá en un próximo capítulo.

8.- El desarrollo implica afrontar los problemas ambientales

“El problema macroambiental de la reducción de la capa de ozono atmosférica y el consecuente aumento de las radiaciones ultravioletas atribuida a las emisiones de clorofluorocarburos, tendió a corregirse por el acuerdo internacional firmado en Montreal en 1987”

(Banco Mundial, 2000)

Economistas de la talla de Samuelson y Timbergen, ambos premios Nobel, promovieron la medición del desarrollo más allá del crecimiento del PBI. El primero desarrolló, el concepto de Bienestar Económico Neto (BEN) como PBI menos los costes sociales y perjuicios al medio ambiente, imputables al logro del primero. En tal sentido la planificación del desarrollo debe computar estas externalidades de los sistemas productivos. Se verán algunos ejemplos (Tamames, 1983:68).

En lo macroambiental, el efecto invernadero aumenta la temperatura terrestre y puede llegar a subir el nivel de los mares, inundando zonas bajas como el territorio de Bangladesh y de Maldivas. El siglo XX ha sido el más caluroso de los 600 últimos años. “Las temperaturas de 1998 fueron superiores a la media de los 118 años de los que se tiene información, incluso una vez descontados los efectos de El Niño” (Banco Mundial, 2000:41). Este aumento se relaciona con la concentración del dióxido de carbono en la atmósfera [Cuadro 9.a].

Dióxido de Carbono. Concentración Atmosférica - 1760-2100

Año	Conc. CO ₂ (ppm)
1760	280
1990	360
2100	600*

Banco Mundial, 2000:41.
*: (previsto).

Cuadro 9.a

La productividad agraria, por este cambio climático, puede reducirse sustancialmente en la Federación Rusa y en algunas regiones de África (Banco Mundial, 2000: 87). Las emisiones de dióxido de carbono por la actividad industrial y la quema de combustibles fósiles sería su principal causa, y su corrección requiere un acuerdo internacional y cambios operativos²⁰.

Deben sumarse otras cuestiones como la reducción de la biodiversidad²¹, la sobreexplotación de peces²², la desertificación, la extensión de contaminantes orgánicos persistentes, la contaminación de aguas internacionales y de la Antártida y la pérdida de capitales ambientales como los bosques y los arrecifes de coral (Banco Mundial, 2000).

Los acuerdos internacionales, como el convenio sobre diversidad biológica y la convención sobre el cambio climático firmado en la cumbre de la Tierra (Río de Janeiro, 1992), pueden servir de base si se progresa en lograr consensos. Uno de los primeros fue la Conferencia de Estocolmo sobre el Medio Humano en 1972. Desde entonces los gobiernos han firmado más de 130 tratados al respecto. Uno de sus efectos fue la reducción de la contaminación del Mar Mediterráneo.

20 Por ejemplo la eliminación de los subsidios a los combustibles y el mejoramiento del transporte público.

21 El PNUMA estima que para final del siglo XX hay 22 millones de especies de las cuales se han descrito 1,5 millones. De los 22, siete millones corren riesgo de desaparecer en los próximos 30 años.

22 Están afectadas las ¾ partes de la población ictícola de los océanos.

9.- El desarrollo disímil generó países emergentes y estancados

En Asia se sucedieron lo que Llach llama “países milagrosos”. El primero fue Japón y a poco lo siguieron Corea, Taiwán, Hong Kong y Singapur. En la segunda oleada, se incorporaron China, Malasia y Tailandia, y se prepara una tercera con Filipinas, Indonesia, Vietnam y probablemente India (Llach, 1997:30).

En algunos de ellos se dio una combinación de autoritarismo con disciplina y consenso social y planeamiento estratégico con economía mixta. Lee Kuan Yew, líder de Singapur, dijo “... los países necesitan disciplina más que democracia para desarrollarse” (Llach, 1997:20). Otro factor fue la reforma agraria en países pro-occidentales como Corea y Taiwán, o comunistas como China y Vietnam.

En esos países la participación del gasto público en el PBI se ubicó entre el 18 y 30%, menor que en el Occidente y en Argentina.

En los países subdesarrollados se buscó algo de equidad social por un capitalismo de Estado o una alianza entre el autoritarismo político y el populismo. Se recurrió a la inflación y después al endeudamiento. No obstante entre 1950 y 1992 el crecimiento de Europa Oriental, África y América Latina quedó casi estancado.

En 1989 coincidieron dos crisis: la del comunismo y la economía planificada en la Unión Soviética, y la del Estado Benefactor en los países desarrollados. Las dos ligadas al conflicto entre progreso económico y equidad social.

En el mundo desarrollado se inició un período de estancamiento económico con aumento del desempleo y crisis del Estado Benefactor. La creciente intervención del Estado en los países capitalistas fue la forma de controlar los conflictos sociales. Pero les generó un gran endeudamiento y así, a pesar de las dificultades, el capitalismo de los países democráticos logró cierta equidad social y acceso a mejores niveles de vida.

Los EEUU pudieron superar más rápido la crisis y crear empleos pero mantiene una desigualdad sustancial para 53 millones de sus habitantes.

10.- El desarrollo en América Latina ha sido lento

América Latina tenía 843 millones de habitantes en 2000, el 14% de los 6000 millones de la Tierra. Su crecimiento económico fue “bajo e inestable” en la segunda mitad del siglo XX²³. Este panorama negativo se agrava porque algunos de sus países tienen la peor distribución de riqueza en el mundo (Banco Interamericano de Desarrollo, 2000:VI).

En la década de 1990 el coeficiente de Gini de los países desarrollados alcanzaba el nivel de 0,33 mientras que en América Latina era de 0,47, superior al 0,46 de África (Banco Interamericano de Desarrollo, 2000: 4).

El **coeficiente de Gini** (Cougdon, 1982:97), surge del gráfico de coordenadas que inscribe el porcentaje de población en las abscisas y el porcentaje de renta en las ordenadas. Se inscribe así:

Ind. Gini: Zona bajo OCA (sombreada)/zona del triángulo OAB.

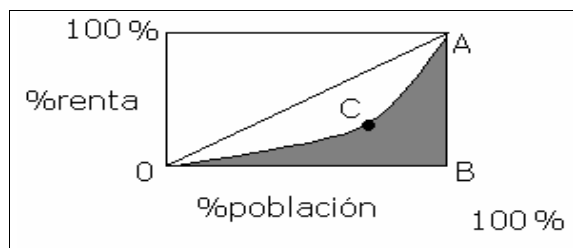
La recta OA representa la proporción de la renta que obtendrían los diferentes porcentajes de población si la distribución fuera igualitaria.

La línea curva por debajo de la diagonal (OCA) es conocida como curva de Lorenz.

Así cuanto más bajo es el coeficiente, mayor es la distribución de la renta en el conjunto de la población y viceversa [Cuadro 11.a].

23 Horwitz decía en 1961: “la tesis de que el aumento de la productividad trae un crecimiento proporcional del ingreso real de cada persona y mejores condiciones de vida no se ha cumplido en las Américas, ni siquiera en los países más prósperos” (Sonis, 1964:238).

Coeficiente de Gini



Cuadro 11.a

La cuantificación de la pobreza, en el mundo subdesarrollado se obtiene sumando las personas que viven con menos de un dólar por día. En América Latina y el Caribe la proporción con menos de U\$A 1/día era de 17% en 1990 y de 16% en 1998 (World Bank Atlas, 2000:10).

En las primeras décadas del siglo XX el PBI por habitante de América Latina aumentó más que en otras regiones, excepto las ya desarrolladas. Pero desde la segunda postguerra la intervención estatal en la economía incrementó, se tendió a sacrificar por impulsos populistas, el crecimiento económico en búsqueda de mayor distribución social. Las hiperinflaciones de Argentina, Brasil y Perú en 1989 expresaron la terminación del sistema estatista latinoamericano, según Llach (Llach, 1997:18-22).

Una de las formas de distribución social que impactaron positivamente sobre la salud, especialmente en Argentina, fue la Previsión Social (regímenes de jubilación) y las Obras Sociales (seguros solidarios de enfermedad). Sin embargo, en las últimas décadas del siglo XX sus perspectivas quedaron amenazadas de desfinanciación por el deterioro del Estado y la sociedad, el envejecimiento de la población, la falta de ahorros y, en las OOSS, las posibilidades y costos crecientes de la AM. Aún países desarrollados del Grupo de los 7 tienen una deuda actuarial no contabilizada, superior al 150% de sus PBI, excepto EEUU, que es de solo 43% lo que compromete sus sistemas jubilatorios y la solidaridad con las futuras generaciones (Llach, 1997:38-40).

11.- El desarrollo en Argentina pareció retroceder

“Me informan que los argentinos aun debaten la cuestión de si nuestro país pertenece al Primer Mundo o no. En el exterior esta pregunta nunca se formula, se da por sentado que Argentina pertenece al Tercer Mundo, aunque no esté tan bajo como Haití, Angola o el Bronx”

(Mario Bunge, 1999)

Hasta pasada la mitad del siglo XIX Argentina fue un país marginal. Con la expansión industrial y comercial generada por el mejor transporte marítimo pasó a ocupar preponderancia bajo intereses del Imperio Británico, potencia dominante hasta la Primera Guerra Mundial (Germani, 1962:8).

Llach marca la evolución de la “enfermedad argentina” del siglo XX en tres etapas:

- a) el liderazgo (1890-1913)
 - crecimiento del PBI/per cápita: 2,5% anual
 - 4º lugar en crecimiento entre 41 países
- b) la medianía (1913-1950)
 - crecimiento del PBI/per cápita: 0,7 anual
 - 26º lugar en crecimiento entre 47 países
- c) la decadencia (1950-1990)
 - crecimiento del PBI/per cápita: 1,1% anual (para Maddison 0,7)
 - 48º lugar entre 56 países (1950-74:42º lugar)

La etapa de la medianía coincidió con el periodo de entreguerras, etapa de aislamiento general y de desaceleración de la economía (Llach, 1997).

La inflación en el período 1939-1992 tuvo una tasa anual media de 80,2%, superior a toda América Latina, excepto Brasil²⁴. Sin embargo Brasil no se sumió en la decadencia.

Germani explica el caso argentino del siguiente modo: las élites tradicionales hicieron un esfuerzo conciente de modernización y desarrollo, que fueron paralelos mientras tuvo vigencia la economía basada en la riqueza natural del país. Este patrón exitoso generó efectos e ilusiones, tanto en las élites como en los sectores populares, que impidieron calibrar las condiciones externas e internas. Por el contrario, generaron un exceso de aspiraciones que la economía de la riqueza natural no podía satisfacer. Argentina no pudo organizar a tiempo y a medida, un sistema de producción capaz de satisfacer a una sociedad tan modernizada²⁵ (Germani, 1962).

La decadencia argentina generó una pregunta curiosa: “¿Cómo hizo para no crecer?”

Transcurridos 70 años de inestabilidad política, Argentina se enfrenta al tercer milenio con una prolongada crisis de crecimiento y, más complicada, de identidad.

Recuperado el gobierno constitucional (1983), el proceso inflacionario hizo un pico de casi 5000% en 1989 y provocó el retiro del gobierno del Dr. Alfonsín antes del vencimiento de su mandato. El plan de convertibilidad puesto en vigencia en abril de 1991, recuperó transitoriamente a Argentina a principios de la década de 1990 (Banco mundial, 1997). Pero incubaba una nueva decadencia.

La economía argentina creció desde 1994, pero a partir de 1998, un estancamiento económico aumentó el desempleo.

En abril de 2002 el politólogo francés **Alàine Touraine** que visitó varias veces nuestro país, publicó un artículo titulado “¿Los argentinos existen, existe la Argentina?”. Se respondía: **“la Argentina es un país que no existe (...)** la idea de que la Argentina no existe es cada vez más obsesiva. Hay manchas negras que se agrandan en el planisferio. A veces, cubren países, ciudades que fueron brillantes y participaron en la vida del mundo. Ahora, son países sin producción, sin población activa, sin economía organizada (...), la Argentina es un país de consumo, pero no de producción o de trabajo. El carácter ejemplar de la Argentina es que avanza lo más rápidamente posible hacia la decadencia y la descomposición. Con toda la gloria de su cultura, parece haberse anticipado a los otros en este fenómeno de desintegración a nivel mundial (...) lo que pasa ahora en la Argentina va a pasar en Europa que está en vías de argentinizarse, porque los europeos no se interesan en la producción. Lo que pasa en la Argentina debería impresionar más porque no es una locura local” (Touraine, 2002).

12.- Expectativas de la salud

Hace décadas se viene diciendo que en Argentina no hay “políticas de salud”. Es cierto y más grave, el Estado no cumple una función ordenadora en materia de salud. Hay organismos, normas, funcionarios, procedimientos y tareas, pero no hay orden ni política. La historia sanitaria argentina recuerda que hubo gestiones de orden y hasta con política (Barragán, 1993). No obstante se abren hoy nuevas perspectivas.

El Estado, en sus distintos niveles y con recursos propios, cubre gran parte de las necesidades de salud y atención médica de la comunidad. El Estado no debería hacer todo sino lo que le corresponde, que es desarrollar una política global de bien común.

La necesidad en salud se define en un diagnóstico y en su satisfacción según el tratamiento social: posibilidades teóricas y capacidad de aplicarlas. Esta, a su vez, depende de los recursos y de la organización bajo un poder que compatibilice los intereses parciales.

24 La inflación registrada más alta en el siglo XX fue en Alemania en 1923 (República de Weimar) y en Hungría en 1946-1947.

25 Diego de la Fuente, comentarista del 1º censo nacional llamó la atención sobre el exceso de profesionales superiores respecto a los oficios productores de bienes, en 1872.

Citas bibliográficas

- Almanaque mundial 2002. México D.F, Televisa, 2002.
- Banco Interamericano de Desarrollo. *Desarrollo, más allá de la Economía. Progreso económico y social en América Latina*. Washington D.C., Informe 2000.
- Banco Mundial 1997. *El Estado en un mundo en transformación. Informe sobre el Desarrollo mundial 1997*. Washington D.C, BIRF-BM, 1997.
- Banco Mundial 2000. *En el umbral del siglo XXI. Informe sobre el Desarrollo mundial 1999-2000*. Madrid, Mundiprensa, 2000.
- Banco Mundial. *El conocimiento al servicio del Desarrollo. Informe sobre el Desarrollo mundial 1998-99*. Washington D.C, BIRF-BM, 1999.
- Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo Mundial 1990. La Pobreza*. Washington DC, BM, 1990.
- Banco Mundial. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1994. Infraestructura y Desarrollo*. Washington DC, BM, 1994.
- Banco Mundial. *Informe sobre el Desarrollo mundial. 2000/2001. Lucha contra la pobreza*. Madrid, BM, Mundiprensa, 2001.
- Barragán, H. L., *Evolución histórica de la Atención Médica en Argentina*. La Plata, Quirón, 24 (2,3,4), 1993.
- Becaria, L., Chisari, O. y Vontuschi, L., *Empleo y desempleo en Argentina. Cuadernos de Economía N° 2*, La Plata, Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires, 1997.
- Bobadilla, J. L. y Frenk, I., y otros. "The Epidemiologic Transition and Health Priorities". En: Jamison, D.T. y otros, *Disease Control Priorities in Developing Countries*. World Bank. Washington D.C, Oxford U. Press, 1993.
- Brailovsky, A. L. y Foguelman, D., *Memoria verde. Historia Ecológica de la Argentina*. Buenos Aires, Sudamericana, 6^{ta} edición, 1997.
- Bresser-Pereyra, L. C. y otros, *Política y Gestión Pública*. Buenos Aires, FCE-CLAD, 2004.
- Bunge, M., "Cómo diagnosticar el desarrollo". *La Nación*, 25/10/99:25.
- Burgüenio, C., "Provincias: sólo tres hicieron su ajuste público seriamente". *Ambito Financiero*, 01-08-95:12.
- Carlevari, J. F., *Geografía Económica Mundial y Argentina*. Buenos Aires, Macchi, 5^a edición, 1994.
- Centro de Estudios "Unión para la Nueva Mayoría". *Ambito Financiero*, 01-08-95:12. Resumido.
- Cohen, D., *Riqueza del mundo pobreza de las naciones*. Buenos Aires, FCE, 1998.
- Conesa, E., *¿Qué pasa en la economía argentina?* Buenos Aires, Macchi, 2000.
- Cortés Conde, R., *Historia Económica Mundial. Desde el Medioevo hasta los tiempos contemporáneos*. Buenos Aires, Ariel, 2003.
- Cougdon-Mc Williams. *Diccionario de economía*. Barcelona, Grijalbo-Referencia, 1982.
- De la Maisonneuve, E. Gral. *La metamorfosis de la violencia. Ensayo sobre la guerra moderna*. Buenos Aires, Nuevo-Hacer, 1998.
- De Santis, G., *Introducción a la Economía. Problemática económica argentina*. La Plata, IEFE, 1994.
- Di Lino, F., *Oferta y demanda de petróleo*. Boletín Informativo. Techint 1999:298.
- Di Tella, T., y otros, *Diccionario de Ciencias Sociales y Políticas*. Buenos Aires, Emecé, 2001. Voces: Gajardo P. Acumulación: 17; González N. CEPAL: 78; Paz P. Dependencia: 168; Estructuralismo 249. Cfr.
- Etzioni, A., *Organizaciones Modernas*. UTEHA, Buenos Aires, 2^{da} impresión, 1975.
- Faure, E. y otros, *Aprender a ser*. Madrid, Alianza Univ-UNESCO, 6^a edición, 1978.
- Feijoo, M. C, *Nuevo país, nueva pobreza*. Buenos Aires, FCE (colección popular), 2001.
- Ferrara, F., *Desarrollo y Bienestar Argentino*. La Plata, Renacimiento, 1966.
- Ferrer, A. El capitalismo argentino. FCE, Buenos Aires, 1998.
- Ferrer, O., "Déficit fiscal: la solución irlandesa". *Ámbito financiero*, 31-07-01.
- Flouzat, D., *Economía Contemporánea*. Buenos Aires, El Ateneo, 1978.
- Fontana, C., "Ministro de Economía, el salario del miedo". *Ambito Financiero*, 09/03/01.
- Forteza, J.H., *De la visión del país a la transformación continua: experiencia internacional y propuestas para la Argentina*. Boletín Informativo, Techint: 308, octubre-diciembre, 2001.
- Forteza, J.H., *Visión 2010. De la visión país a la transformación continua: experiencia internacional y propuestas para la Argentina*. Boletín Informativo, Buenos Aires, Techint, diciembre de 2001, 308, p. 25-43.
- Gallino, L., *Diccionario de Sociología*. Madrid, Siglo XXI, 1995.
- Germani, G., *Política y Sociedad en una época de transición*. Buenos Aires, Paidós, 1962.
- Giddens, A., *Sociología*. Madrid, Alianza Univ., 2^o impresión, 1992.
- Hobsbawm, E., *Historia del siglo XX (1914-1991)*. Barcelona, Crítica, 2^{da} impresión, 1995.
- Hopenhayn, B., Vanoli A. *La globalización financiera. Génesis, auge y reforma*. Buenos Aires, FCE, 2001.

- Ianelli, R., *La República Argentina y las negociaciones internacionales en materia de contrataciones públicas*. Boletín Informativo, Techint 299: julio-septiembre, 1999.
- Jaim Echeverry, G., *La tragedia educativa*. Buenos Aires, FCE, 10° impresión, 2001.
- Landes D.S. *La riqueza y la pobreza de las naciones*. Vergara, Bs As, 1999.
- Lequin, Y. y Maillard, J., *La Europa Occidental en el siglo XX*. Buenos Aires El Ateneo, 1975.
- Llach, J., *Otro siglo, otra Argentina*. Ariel, Buenos Aires, 2° edición, 1997.
- Lo Vuolo, R.M. y Barbeito, A.C., *La nueva oscuridad de la política social. Del Estado populista al neo conservador*. Buenos Aires, Miño y Dávila-CIEPP, 2da edición, 1998.
- Loñ, F.R., *Funcionamiento y representatividad del órgano legislativo*. Criterio, 1986, LIX (1960):45-50.
- Oszlak, O., "Problemas de caja", en: Scialpi, D., *Violencias en la administración pública*. Buenos Aires, Catálogos, 2da edición, 2004.
- Oviedo, P.M., y col. *Dificultades para la obtención de financiamiento en el sistema financiero argentino*. Ministerio de Economía de la provincia de Buenos Aires, Cuadernos de Economía 130, 1997.
- Pasquino, G., en: Bobbio, Y. y otros, *Diccionario de Política*. México, Siglo XXI, 2da edición, 2000.
- PNUD, *Informe sobre el Desarrollo Humano 2000*. Madrid, Mundiprensa, 2000, p. 172-175.
- Potenze, P.L., *La Argentina inconclusa*. Buenos Aires, Todo es historia, 2000. 392, p. 9-21.
- Poniachik, J., "Cómo empezó la deuda externa". *La Nación* revista, 2001.
- Preston, P.W., *Una introducción a la Teoría del Desarrollo*. Madrid, Siglo XXI, 1999.
- Quantin, N., "Hoy en la Argentina es negocio delinquir". *La Nación*, 10-11-02, suplemento Enfoques 1-3.
- Reg, P. B. *La Nación*, 2003.
- Reg P.B. Los valores argentinos en su laberinto. *La Nación*, 23/11/03, Suplemento Enfoques: Pág. 4.
- Remes Lenicov, J., "De cara a la crisis, justicia y eficacia". *La Nación*, 26-08-01, sección 2, p. 8.
- Remes Lenicov, J., "El costo de preveer y de incumplir las leyes". *El Cronista*, 23-08-01.
- Remes Lenicov, J., "El desafío de las exportaciones". *La Nación* 15-10-00, sección. 2, p.8.
- Remes Lenicov, J., "El papel del Estado en los servicios públicos privatizados". *La Nación*, 25-04-99, sección 2, p. 8.
- Remes Lenicov, J., "Hacia un sistema integrado". *La Nación* 06-05-01, sección 2, p. 8.
- Remes Lenicov, J., "La coparticipación Federal y las otras reformas". *La Nación* 06-02-00, sección 2, p. 8.
- Remes Lenicov, J., "La Educación debe transformarse en una cuestión de Estado". *La Nación*, 14-06-98.
- Remes Lenicov, J., "Una reforma necesaria". *La Nación* 18-02-01, sección 2, p.8.
- Remes Lenicov, J., "Las PYMES necesitan una política específica global". *La Nación*, 23-04-00, sección 2.
- Rocher, G., *Introducción a la sociología general*. Barcelona, Herder, 1979.
- Sagasti, R., "El mapa de la inseguridad". *La Nación*, 18-04-04, Enfoques, p. 1.
- Sagasti, R., "Un país armado". *La Nación*, 16-05-04, Enfoques, p. 1-2.
- Samuelson, R.A., y Nordhaus, W.D., *Economía*. Madrid, Mc Graw Hill, 15ª edición, 1996.
- Sartori, G., *Teoría de la Democracia*. Madrid, Alianza Univ. 2da impresión, 2000, tomo II.
- Seoane, N., *El saqueo de la Argentina*. Buenos Aires, Sudamericana, AÑO.
- Singer, P., *Curso de Introducción a la Economía Política*. México, Siglo XXI, 1980.
- Sonis, A., *Salud, Medicina y Desarrollo Económico-Social*. Buenos Aires, EUDEBA, 1964.
- Spiller, P.T. y Tommasi, M., *Los determinantes institucionales del Desarrollo argentino: una aproximación desde la nueva economía institucional*. CEDI, Buenos Aires, Fundación Gobierno y Sociedad y Universidad de San Andrés (Docum. 33), mayo de 2000.
- Tamames, R., *Ecología y desarrollo. La polémica sobre los límites del crecimiento*. Madrid, Alianza Univ., 4ta edición, 1983.
- Techint. Boletín Informativo. 311, enero-abril 2003. Anexo 1D.
- Toffler, A., *El cambio del poder*. Barcelona, Plaza-Janés, 8va edición, 1990.
- Touraine, A., *Le malaise de la culture. Conferencia en el Observatorio de la Argentina contemporánea*. Paris, Casa de América Latina, (cit. por Ambito Financiero 05-04-02, p.9).
- Weber, M., *Economía y Sociedad*. México, FCE, 10ma impresión, 2da edición, 1996.
- Weber, M., *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. México, Coayacán, 4ª edición, 1997.
- Wilson, J.D. y otros, *Principios de Medicina Interna de Harrison*. México, Interamericana, 12° edición, 1991.
- World Bank. *World Bank Atlas. From the World Development Indicators*. Washington D.C, WD, 2000.

ENFOQUES SOBRE EL CRECIMIENTO Y EL DESARROLLO

1.- El concepto de Desarrollo tiene bases teóricas

*Fernando Rubén Valdivia**

Casi siempre a lo largo de su historia, la humanidad se ha expresado en términos de dicotomías. En sintonía con esto, hace algunas décadas, se clasifica a los países entre aquellos “desarrollados” y aquellos que no lo son, denominados subdesarrollados, o en vías de desarrollo y son aquellos que en este último proceso podrán alcanzar la situación de los primeros.

Hablamos de **desarrollo** cuando una sociedad consigue niveles satisfactorios de crecimiento económico sostenible (es decir perdurable en el tiempo), prácticas de interacción humana con un fuerte grado de convención social, modos de organización política objetivados en instituciones democráticas, y una cultura portadora de los valores y creencias modernas, esto es, que vayan en línea con la racionalidad en lo económico y las libertades en lo político y social.

Este concepto de desarrollo, debe entenderse desde una perspectiva integral, de cuatro dimensiones interactivas (dimensión económica, dimensión político-institucional, dimensión cultural y dimensión internacional) que, cuando logran avanzar en el sentido indicado generan situaciones de desarrollo y prosperidad, pero que, cuando no lo hacen o lo hacen asincrónicamente, dan como resultado el subdesarrollo [Cuadro 1.a].



Cuadro 1.a

El desarrollo integral se logrará, entonces, cuando los cuatro lados de esta figura adquieran niveles satisfactorios de logros en su esfera particular, pero siempre que todas ellas adquieran un mínimo nivel. Es decir que el desarrollo de un país¹ no puede medirse únicamente por haber consolidado eficazmente instituciones democráticas en el campo de la política, o por haber superado los niveles de PBI per cápita que los informes de organismos internacionales como el Banco Mundial establecen

* Médico Veterinario (UNLP). Maestrando en Administración y Políticas Públicas (Universidad del Salvador). Docente de Salud Pública (FCM-UNLP).

¹ Son los países las unidades de análisis para estudiar los procesos de desarrollo, ya que éstos constituyen los ámbitos para la formulación de políticas macroeconómicas, poseen instituciones políticas autodeterminadas y, por lo general, son también campos lingüísticos valorativos.

como fronteras entre los países ricos y los pobres. Sólo cuando las cuatro dimensiones del análisis –dimensiones que por cierto están condicionadas entre sí– consiguen avanzar hasta escalones determinados, accedemos al terreno conceptual que en este trabajo denominamos desarrollo.

La teoría sobre el desarrollo es vasta y en general ha circulado por las grandes autopistas que quedan definidas por las dimensiones más arriba enunciadas. Siguiendo la clasificación presentada por Grondona, se ha observado un sesgo *estructuralista*, otro *institucionalista*, otro *culturalista*, y en mucho menor medida otro basado en los sistemas internacionales [Cuadro 1.b].

Corrientes de pensamiento

- *Estructuralismo* (énfasis en el lado económico)
- *Institucionalismo* (énfasis en el lado político)
- *Culturalismo* (énfasis en el lado cultural)
- *Sistemas Internacionales*

Cuadro 1.b

A lo largo de la historia del pensamiento sobre el desarrollo, las pujas teóricas han mostrado un alto grado de esquematismo, proceso que podemos asociar al despliegue de las diferentes disciplinas científicas y su paralela formación de los campos profesionales del saber. Es decir que la cuestión del desarrollo ha sido tratada con sesgos que en todos los casos habilitaron a la reducción de perspectivas.

Si bien esta es la característica central del avance del conocimiento científico, es grande la carencia teórica que generan estos sesgos. En el rastreo de este problema, podemos observar conforme la dominancia de diferentes paradigmas, la hegemonía de corrientes derivadas de la teoría económica, de la teoría política, de la teoría de los sistemas internacionales y, finalmente, las teorías de la cultura.

Pocas veces estos sesgos permitieron abordar integralmente un objeto de estudio (el desarrollo) que es claramente más complejo. Lo que sigue es un pequeño repaso por las corrientes mencionadas, en una secuencia que se expone siguiendo la clasificación propuesta por Grondona, el autor que probablemente visualiza con mayor claridad la compleja trama de relaciones teóricas que involucra el concepto de desarrollo.

a.- Estructuralismo

En cantidad de exponentes teóricos, el *estructuralismo* tiene primacía cuantitativa. Esta corriente tiende a pensar que la condición indispensable de la economía es ser “ordenada”, y el resto de las dimensiones en las que se organiza la vida humana se acomodarán en virtud de una supuesta dependencia lógica de aquella. En este amplio espectro hallamos desde las teorías de corte marxista (incluyendo sus experimentos del siglo XX), hasta las propuestas y programas neoliberales en lo económico.

Es decir que esta corriente de pensamiento acerca del desarrollo pone énfasis en la dimensión económica, habiéndose aportado en términos teóricos diversos.

Tanto en las versiones marxistas y derivadas, hasta en las de sesgo liberal, proponen como punto de partida teórico y programático al ordenamiento de las variables que rigen la economía. Aún siendo éstas diferentes según la orientación teórica de que se trate, debe reconocerse un punto de partida común relacionado al hecho de cómo son asignados los recursos en una sociedad y a la capacidad satisfactoria de necesidades que tenga la distribución del producido según cada caso.

Desde las corrientes marxistas clásicas, son las relaciones asimétricas que implica el capitalismo –especialmente con relación a la tenencia de los medios de producción– las que generan valores

extras (plusvalía) que, al conformar parte de la riqueza no distribuida entre quienes aportan el recurso trabajo, no logran superar, al menos integralmente, las condiciones básicas para un nuevo ordenamiento estructural (con relación a los medios de producción) que pueda dar origen a otra organización superestructural, es decir de las instituciones y de los valores y la cultura.

Desde otro lugar del estructuralismo, como en las concepciones del liberalismo-neoliberalismo económico también se prevé un punto de partida desde la economía. Para estos teóricos deberá apelarse al mercado como organizador del crecimiento económico que traerá consigo el desarrollo de las demás esferas de la vida social. Como toda teoría liberal, basa sus convicciones en los supuestos de comportamientos racionales con arreglo a fines.

En general, cuando se interpela las dinámicas sociales en clave “economicista” y se formulan explicaciones desde esta dimensión del desarrollo, habitualmente se utiliza (dependiendo de la teoría de que se trate) un número acotado de variables. Estas son: la posesión de los medios de producción, el PBI² por habitante (como valor nominal anual), el crecimiento (entendido como un proceso de inversión y acumulación de capital y expresado en porcentaje del producto total de una economía) y la estabilidad monetaria (entendida como la variación de los precios internos en una economía y respecto de otra).

El PBI per cápita es un indicador que permite hacer comparaciones entre países al mismo tiempo que comparaciones intertemporales en el marco de un mismo caso. Por ejemplo, de haberse mantenido la posición ostentada a principios del siglo XX (hecho que hubiese implicado tener tasas de crecimiento económico y demográfico similares a la de los países del grupo antes mencionado), Argentina tendría hoy un PBI por habitante de aproximadamente U\$A 28.000, una cifra similar a los datos reales para Estados Unidos y Alemania, y más de 10 veces superior a los valores que hoy se registran.

Otro dato comparado de PBI (en este caso como producto absoluto) mostraría a la Argentina en el período anterior a la Segunda Guerra con un PBI superior al de toda América Latina en su conjunto (incluido Brasil).

Sintetizando, estas corrientes de pensamiento en torno del concepto del desarrollo suponen a la economía como punto de partida que deberá conferir el crecimiento que permitiría más tarde obtener mejoras en las dimensiones social, política y cultural de las sociedades. Por cierto, el estructuralismo implica también el imperio de la economía (como disciplina científica) por sobre las demás ciencias sociales.

b.- Institucionalismo

El *institucionalismo*, corriente que hace predominar lo político a lo económico y cultural, supone que, con el arribo de instituciones compatibles con la idea de democracia –esto es, formas de organización representativas, republicanas, y sin signos de corrupción– está todo dado para que, con el correr del tiempo, obtengamos el bienestar económico y un *portafolio* de valores morales y éticos como los que dominan en los países que suponemos la avanzada de la civilización.

Cuando los países logran construir un marco normativo sólido, y éste es respetado ante cualquier situación que la coyuntura imponga más allá de las conveniencias de carácter político, se supone que el nivel institucional ha logrado una consolidación inquebrantable ante las necesidades e intereses que el juego de actores genera en una sociedad.

Cuando se analiza desde una perspectiva “institucionalista” y se pretende explicar el desarrollo desde este costado de la teoría, habitualmente son utilizadas dos variables: la “división de poderes” y el “poder presidencial”. Pero el caso de la primera, un ordenamiento institucional republicano obliga a considerar cómo se han desenvuelto cada uno de los poderes del Estado (ejecutivo, legislativo y judicial), y especialmente cuál ha sido la influencia de alguno de ellos por sobre otro. El continuado ejercicio de los poderes en un marco de total independencia entre ellos se supone clave para el desarrollo. Las discontinuidades o los condicionamientos (cuando no la intromisión total por parte de alguno de los poderes) son datos que se vinculan con las experiencias de países subdesarrollados.

² El PBI es el Producto Bruto Interno, que es el valor del total de bienes y servicios producidos por una economía en el período de un año.

En cuanto al poder presidencial, debe considerarse que las previsiones constitucionales para cada país, señalan una mayor o menor concentración del poder del Estado en la figura máxima del poder ejecutivo. Ejemplo de tales casos son la Argentina y los Estados Unidos como “presidencialistas” y los países europeos como “parlamentaristas”. Lo que deberá observarse en este caso es cuánto poder acumulan (o dejan de acumular y ejercer) con relación a las previsiones hechas por la Constitución de cada país, de modo que para los casos como la Argentina es de esperar que el Presidente de la Nación concentre poder y ejerza la autoridad (aunque siempre en el marco de restricciones que le impone la división de poderes).

Concluyendo con esta segunda gran corriente: las teorías institucionalistas sostienen la necesidad de definir, ordenar y hacer respetar en cualquier contexto, las leyes y normas que conforman el marco jurídico en el que es factible accionar socialmente. Cuando una sociedad (y por supuesto el conjunto de las relaciones sociales que la conforman) alcanza un marco de seguridad jurídica, es decir una sociedad en la que sus integrantes realizan o no determinadas acciones con influencia sobre terceras personas tan solo porque “la ley lo dice”, se ha avanzado hasta permitir que en este futuro “previsible” las relaciones de confianza sean el escenario para el despliegue de relaciones económicas sostenibles, atrayéndose las inversiones necesarias para el crecimiento económico.

c.- Culturalismo

Continuando en el esquema clasificatorio propuesto, la tercera corriente de estudios e interpretaciones acerca del desarrollo, la constituye el *culturalismo*, que sostiene que lo que más importa es el patrón de valores, creencias y actitudes de las personas, ya que éstas soportan y dan pie a las construcciones de la política y la economía, haciendo las veces de un molde que nos permite diseñar un número acotado de figuras en el resto de los campos en que dimensionamos al desarrollo.

En una noción ampliada, además de los valores deberían ser considerados los comportamientos y las perspectivas de los habitantes, así como los niveles de cohesión social, tolerancia y el respeto por las diferencias de origen étnico, de género, o que impliquen a minorías.

De acuerdo a estas premisas, el proceso de desarrollo se pone en marcha cuando los valores que expresa una sociedad³ son favorables y no reactivos al desarrollo.

Estas hipótesis aparecen con fuerza diagnóstica en los pensadores fundadores de esta corriente, Alexis de Tocqueville y Max Weber, quiénes en “*Democracia en América*” (1835-1840) y “*La Ética Protestante y el Espíritu del Capitalismo*” (1904-1905) respectivamente, sostienen claramente el imperio de la cultura en la constitución de las democracias de Occidente, así como en la génesis del modo de organización capitalista.

Desde una perspectiva culturalista, el desarrollo de las naciones es un proceso que esencialmente consiste en el imperio de valores que promuevan el desarrollo, allí donde antes había valores reactivos al mismo, a través de un proceso que llamamos precisamente “modernización”. Tornar modernas las cosmovisiones y los patrones de actuación cotidianos.

Para los culturalistas, toda referencia empírica al respecto mostrará que, más allá de las distancias culturales que puedan existir entre, por ejemplo, los Estados Unidos de Norteamérica y Japón, o entre Singapur y Suiza, sobresale en todos los casos la presencia de un conjunto de valores favorables al desarrollo, evidenciados principalmente por una ética del trabajo productivo, la inversión y el predominio de “reglas de juego” que crean ambientes de sana competencia.

Los más destacados teóricos culturalistas de la actualidad⁴, guiados por los abordajes metodológicos de los clásicos ya citados, han construido modelos o tipologías con la finalidad de identificar las estructuras elementales del desarrollo con que cuentan los distintos sistemas o países.

Los factores que resaltan estos autores giran en torno a: la actitud religiosa, el trabajo, la concepción de la riqueza, las formas de las relaciones socioeconómicas, el enfoque del tiempo, la educación, la confianza en el individuo, la idea de autoridad y la noción de utilidad. En esencia, las cuestiones que dan sentido propio de la vida.

³ Aquí debemos establecer el ámbito de la nación-país como el más indicado para circunscribir a los valores, considerando también las implicancias sociológicas que hacen que la expresión de los valores de una nación no sea necesariamente el promedio de los valores imperantes en un momento dado.

⁴ Entre los pensadores actuales del culturalismo se destacan Lawrence Harrison, y entre nosotros, Mariano Grondona.

Quiere decir esto que es precondition del desarrollo económico y político contar con un sistema de valores afín con él. Dicho de otro modo, que la cultura es un determinante altamente significativo de la capacidad para que un país prospere porque forma los pensamientos (concientes e inconcientes) de aquello que puede ser y de lo que no. El progreso económico y la estabilidad democrática son el resultado de aquello que la gente piensa sobre la creación de la riqueza y acerca de la autoridad respectivamente.

Los límites que imponen estos análisis son notorios. Cualquier sistema político y las situaciones económicas dominantes en algún momento dado, no serían la causa sino el resultado de la forma en que la mayoría de la gente piensa acerca de cómo se crea la riqueza. Está claro que el marco cultural opera como un molde lo suficientemente rígido como para permitir desplegar determinadas posibilidades, y con ello, alcanzarse tan solo los niveles de desarrollo que estos “moldes” previos “permitan”. En el marco de determinada cultura, entonces, pueden conseguirse determinados resultados (en tanto que situaciones de desarrollo). En definitiva, el culturalismo sería un modelo de explicaciones que requiere pensar la prosperidad en función de plazos nunca cortos.

Así, las diferencias entre los países deberán ser rastreadas entre las diferencias que tengan estas en el marco de la cultura y especialmente de los valores.

d.- Sistemas Internacionales

Derivaciones del marxismo han tenido como geografía de referencia a América Latina. Desde estas latitudes, autores como Fernando Henrique Cardoso y Enzo Faletto han aportado una teoría (Teoría de la Dependencia) que plantea nuevamente asimetrías relativas a la tenencia de los medios de producción aunque ya no en el marco de una economía asociada a un estado-nación, sino referida en este caso al plano internacional, a las relaciones entre los países. Es decir que esta teoría encuadra en la cuarta de las dimensiones planteadas al comienzo y que nos refería sobre las relaciones e influencias internacionales.

Así, se habla de países centrales y de países periféricos, en los que son los primeros los que pueden desarrollarse precisamente porque los segundos no pueden hacerlo. Una suerte de juego de suma cero en el que las relaciones especialmente comerciales son desiguales en virtud del deterioro de los términos de intercambio entre dichos países, producto a su vez de las diferentes especializaciones productivas. Es decir, los países subdesarrollados requieren cada vez más unidades de sus bienes producidos para adquirir una idéntica cantidad de bienes tecnológicos, que son provistos por los países desarrollados.

Otras corrientes teóricas también plantean al conjunto de las relaciones entre los países como el escenario en el que se despliegan procesos altamente condicionantes o determinantes de la suerte de los países en materia de desarrollo. Debemos incluir aquí el magnífico debate surgido en torno a las concepciones acerca de la globalización.

e.- Algunas observaciones finales de esta clasificación

Las características relativas a las dimensiones de estudio recorridas (económica, político-institucional, cultural y de los sistemas internacionales) no se desarrollan previa ni independientemente entre sí. Es así que cada una de estas dimensiones no opera como un contexto para el desarrollo de las otras, sino como conjunto de factores codeterminantes.

Es claro que la influencia de los distintos campos es recíproca, y que el acento de alguna de estas dimensiones sobre otras es lo que ha permitido (a teóricos no tan sagaces) formular explicaciones sesgadas que han cristalizado en rígidos paradigmas. De allí la importancia de considerar, para un tema tan complejo como lo es el del desarrollo, que los fenómenos que implican a las sociedades y sus dinámicas no deberían quedar reducidos a explicaciones unidimensionales, aunque la tarea de la producción de conocimiento científico implique estos “reduccionismos” como parte de su esencia epistemológica.

f.- La generación de la riqueza y la equidad

Cualquiera sea la perspectiva que nos guíe en el análisis de las situaciones de desarrollo, es la disponibilidad de generar riqueza lo que permitirá satisfacer necesidades cada vez más sofisticadas y detentar de este modo niveles sucesivamente más importantes de bienestar. Este es un hecho económico central a la vez que no es un hecho estrictamente económico. Pero una vez que la riqueza se ha generado, cada sociedad debe asegurarse procedimientos destinados a promover el acceso conforme a las aportaciones realizadas a la vida social, pero sobre una base mínima que asegure universalmente niveles satisfactorios de disponibilidad de bienes y servicios.

Es en este punto donde surge el conflicto y para el que las distintas perspectivas mencionadas se aseguran explicaciones. Es aquí, entonces, donde se corre el riesgo de transformar una cuestión esencialmente política, como lo es la puja por intereses, en material teórico para ser instrumentalmente utilizado en tales luchas de posiciones. No es que ello esté mal en sí; tan solo no debería opacar la complejidad conceptual referida al desarrollo.

Generación de riqueza y equidad no constituyen una relación de suma cero, aunque debe aceptarse que son conceptos en fuerte tensión. Dicha tensión se expresa en las ideologías (en el sentido cultural del término), en la política, y por cierto en las producciones teóricas, campo donde tiende a concentrarse el debate tendiente a ganar posiciones sociales.

En este sentido, Argentina se caracteriza por poder mostrar una profunda vocación teórica y política relacionada con el problema de la equidad. Quiero decir con esto que existe una masa crítica de pensadores e investigadores orientados a producir conocimiento en esta materia, entre otras manifestaciones. Por otra parte, no existe desarrollo teórico relevante acerca de qué es la riqueza y mucho menos de cómo hacer para obtenerla, mientras que las manifestaciones políticas, económicas y culturales parecieran estar lejos de considerar a este tema como una cuestión prioritaria para la mejora de los niveles de vida de la población. Incluso persiste la creencia popular de que la riqueza es algo que nos precede en la existencia; que está ahí y tan solo hay que “extraerla”, en una metáfora que remite sin más a actividades económicas esencialmente primarias como la minería y la agricultura. Y en esta fantasía se conjugan dramáticamente estas falsas concepciones populares con un hacer de la dirigencia (política y empresarial) que se esfuerza por sostener (por interés inmediato o por ignorancia pura) la idea de que somos un país rico a quién la historia le ha deparado saqueos sistemáticos.

Hace ya muchos años que se sabe que la riqueza es aquello que las capacidades de la mente, en el marco de sistemas sociales capaces de organizar las fuerzas humanas haciendo resultar positiva las acciones de cooperación y competencia. Y hace también muchos años que se conoce la necesidad de definir un horizonte hacia el cual orientar aquellos esfuerzos.

2.- El concepto de Desarrollo tiene distintos alcances

*Marcelo Javier Bourgeois**

No hay duda que las diferencias del nivel de desarrollo entre las naciones constituyen uno de los problemas culminantes del mundo. Y, sin embargo, nuestros conocimientos acerca del llamado “desarrollo” son bastos y ambiguos. Los calificativos aplicados por las sociedades occidentales a las naciones pobres del mundo tienen una historia curiosa, pues se les han impuesto sucesivamente cada uno de los siguientes adjetivos: primitivas, atrasadas, no desarrolladas, subdesarrolladas, menos desarrolladas, nacientes, en desarrollo, en rápido desarrollo, emergentes, dependientes, pobres, tercermundistas.

Esta inseguridad nos permite detectar, por un lado, la idea de que algunas naciones están mucho peor que otras, y por otro, una resistencia a utilizar una terminología de posible contenido peyorativo. Pero puede existir también un elemento de optimismo infundado en una descripción como la de países “en desarrollo rápido” o de “economías emergentes”. Sin embargo, cada una de

* Profesor de Geografía (UNLP). Docente de Ciencias Sociales y Medicina y de Salud Pública (FCM-UNLP).

estas categorías aluden a diferentes concepciones apriorísticas del fenómeno, al diagnóstico de la o las causas básicas del problema y sus posibles soluciones y, por supuesto, al producto de la posición ideológica sustentada. De este modo, quienes hablan del “subdesarrollo” conciben el problema desde una situación estructural e institucional, contracara histórica del desarrollo. Los que prefieren la expresión “en vías de desarrollo” aluden a un nivel del potencial de esas sociedades según una curva de evolución al desarrollo. Poner el acento sobre la “dependencia” es preocuparse por las características que adquieren las relaciones económicas, políticas y culturales entre los países. O decir “nuevos países industriales” es acentuar la atención sobre un modelo de industrialización en el proceso de desarrollo (Smith D.; 1990) [Cuadro 2.a].

Desarrollo (a)

<p>Países pobres, su nominación y criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - subdesarrollados, menos desarrollados, en desarrollo, periféricos, dependientes, emergentes, nuevos... - ambiguos, peyorativos, ideológicos

Cuadro 2.a

En los últimos años se han producido algunos cambios importantes en los temas centrales del desarrollo. Se ha puesto cada vez más en duda el concepto de desarrollo como crecimiento económico, de acuerdo con el espíritu actual de preocupación por los criterios no económicos del progreso humano. El subdesarrollo se considera ahora menos un *estado* que un *proceso*, dentro del cual pueden identificarse algunas formas de organización económica y espacial. Las explicaciones tradicionales basadas en la limitación de los recursos naturales y en la incapacidad de la cultura autóctona son como mínimo incompletas [Cuadro 2.b].

Desarrollo (b)

<ul style="list-style-type: none"> ↙ crecimiento económico ↘ progreso humano <ul style="list-style-type: none"> ↙ estado ↘ proceso <p>- en organización económica y espacial</p>

Cuadro 2.b

A menudo se supone que el desarrollo es una condición económica. La medida del desarrollo más utilizada es un indicador económico: el *PNB* (producto nacional bruto) *per cápita*. Otra medida económica frecuente del desarrollo es el *índice de crecimiento* del PNB per cápita. Pero cualquier indicador de desarrollo basado en el valor monetario de la producción, adolece de insuficiencias técnicas y conceptuales. Están entre los problemas técnicos la dificultad de compilar cifras precisas sobre países que carecen de un sistema sofisticado de contabilidad nacional, las diferencias en los métodos utilizados, y el hecho de que en los países subdesarrollados muchos bienes y servicios no entran en la economía monetaria.

Sólo en los últimos tiempos se han llevado a cabo intentos serios para ampliar el concepto de desarrollo más allá de los resultados económicos. Tiene una importancia especial a este respecto la labor iniciada desde 1974 por el Instituto de Investigación del Desarrollo de las Naciones Unidas, después de rechazar conceptos tan parciales como los de desarrollo “económico” e incluso “social”, subrayando la unidad esencial del proceso de desarrollo. Como explica Drewnowski (Smith, 1990:323).

“Mientras expresemos el resultado del desarrollo en función del valor monetario de bienes y servicios estaremos adoptando un punto de vista económico. Tomamos en consideración los recursos ofrecidos, pero no su influencia sobre la vida de las personas. Si queremos obtener una imagen completa del desarrollo no es suficiente tener en cuenta la cantidad de recursos producidos por el crecimiento económico. Hay que examinar también el efecto de estos recursos sobre la vida de las personas.”

Por lo tanto, el índice de crecimiento del PNB no puede decirnos si han mejorado realmente las condiciones de vida de las personas. Estos indicadores serán incapaces de reflejar la distribución insuficiente, el despilfarro y los efectos colaterales negativos, así como los componentes del bienestar social que no tienen nada que ver con el crecimiento económico. Así por ejemplo, el modelo teórico pensado por Drewnowski sobre la generación del bienestar humano ilustra este concepto de desarrollo como *“despliegue de las posibilidades creadoras inherentes en una sociedad”*, contrapuesto a un crecimiento que no es más que *“una expansión del sistema en una o más dimensiones sin cambiar su estructura”* (Mendes y Molinero, 1995) [Cuadro 2.c].

Desarrollo (c)

no sólo: “expansión del sistema en una o más de sus dimensiones sin cambiar la estructura” (Mendes y Molinero, 1995)
sino: “despliegue de las posibilidades creadoras inherentes en una sociedad” (Drewnowski, 1990)

Cuadro 2.c

3.- El significado del desarrollo es cuestión de valores

Ha llegado el momento de darse cuenta de que el significado del desarrollo es predominantemente una cuestión de valores, tanto si se considera como un fenómeno complejo, multidimensional, como si se asimila simplemente al PNB per cápita. Como argumenta Baster (Mendes y Molinero, 1995:34):

“El desarrollo es necesariamente un concepto normativo, e implica valores, objetivos y normas que permiten comparar un estado actual con un estado preferido. Esto plantea inmediatamente la cuestión de saber qué valores y objetivos hay que tener en cuenta al enjuiciar el desarrollo. ¿Los valores del planificador o los de la gente? La mayoría de funciones del bienestar social nacional, en los elementos que están formulados explícitamente, son mezclas de estos elementos distintos”.

Entre las posturas basadas en juicios de valor que permanecen ocultas en el concepto económico convencional de desarrollo está la de afirmar que lo que más le importa al hombre es la producción de bienes y servicios medibles en términos monetarios, que los mercados constituyen medios satisfactorios para conseguir valoraciones relativas y que la distribución del producto carece de importancia.

El geógrafo brasileño Milton Santos (2000) reconoce tres objetivos generales del desarrollo: mantenimiento de la vida, la estima y la libertad. Las necesidades para el mantenimiento de la vida en un sentido puramente biológico son comunes a todos los pueblos de la Tierra, pero los hechos de los que dependen la estima y la libertad pueden tener una concreción muy cultural. Las consecuencias de diferentes actitudes culturales pueden observarse empíricamente en la forma que adopta el problema de quién consigue qué y dónde, pero su enjuiciamiento presupone inevitablemente valores [Cuadro 3.a].

Objetivos del desarrollo

(M. Santos, 2000):
- mantener la vida
la estima
la libertad
- base en valores

Cuadro 3.a

¿Qué es pues el desarrollo? El núcleo de lo dicho en el apartado anterior es que el desarrollo es sinónimo de progreso, según lo experimentan y lo valoran las personas afectadas. El desarrollo significa una situación mejor en relación a quién consigue qué y dónde. O si queremos elevar el concepto y aplicarlo al ser humano, se produce un desarrollo cuando mejora el qué y el dónde que uno puede ser o llegar a ser.

El marco del bienestar social permite establecer distinciones claras entre el desarrollo y otros conceptos relacionados. El desarrollo como mejora del bienestar social puede tener lugar en el espacio de los bienes, en el espacio de la utilidad y en el espacio geográfico, es decir, que puede deberse a un conjunto mejor de bienes (y de males), a una mejor distribución entre los individuos (o grupos o clases) y entre los lugares. El *crecimiento*, en su sentido económico habitual, significa simplemente que hay más de lo mismo, o un conjunto distinto de bienes que gozan de un valor más elevado debido a la valoración imperfecta de los precios del mercado o del coste de oportunidad medido por los recursos escasos que se han gastado. Si un crecimiento en masa del PNB va a parar en su mayor parte a una *élite* acomodada preexistente en forma de mayores oportunidades para un consumo de lujo, hay que adoptar realmente una postura muy extrema para considerar que ha habido una mejora del bienestar social [Cuadro 3.b].

Componentes del desarrollo

<ul style="list-style-type: none">■ crecimiento económico■ bienestar social■ distribución equitativa
--

Cuadro 3.b

4.- La diversificación de los conceptos, las teorías y los indicadores de Desarrollo

La *teoría de la modernización* supone normalmente la difusión de ideas e instituciones occidentales que transforman las sociedades tradicionales en algo capaz de mantener la industrialización y el desarrollo económico (ver por ejemplo, Inkeles, Brookfield y Slater). “*La esencia de este proceso de difusión es el cambio: psicológico, social, cultural, económico y político*” (Smith, D., 1990:327). Esto incluye la creación de una moderna infraestructura de transporte y otros servicios, la integración de la economía espacial, mejoras en las comunicaciones y en la difusión de las ideas, el abandono de ciertas actitudes tradicionales, la aceptación del principio de libre mercado y de ética empresarial capitalista, y de la adopción general de los conceptos occidentales del progreso. La idea subyacente es que el desarrollo exige emular a las economías occidentales “avanzadas”.

Otros conceptos, como el de *salud económica*, adolecen de limitaciones semejantes. La identificación de las variaciones espaciales de la salud económica, popularizada en la década de 1960 después de su aplicación inicial por Thompson y otros (1962), se basa en el análisis de datos

sobre condiciones locales que se supone influyen sobre el rendimiento de la economía en términos convencionales de *output*. Pero a menudo los resultados dan indicadores pobres del rendimiento social más amplio de una economía. El interés reciente por otros conceptos como el de *malestar social* y el de *privación social* utilizados en la clasificación zonal multivariada han servido para desviar la atención del concepto económico estrecho, y los enfoques calificados de *bienestar social* (Knox) se acercan más al concepto amplio del desarrollo como un progreso humano.

La identificación empírica de los niveles de desarrollo nacional ha centrado, en los últimos años, el interés de muchas investigaciones en varias disciplinas. Sus antecedentes pueden seguirse desde la obra de pioneros como Clark (1951) y Kuznetz (1957), y actualmente estas identificaciones se integran en el movimiento general de los indicadores sociales. Hay que hacer algunas advertencias con respecto a la dificultad especial que presentan los estudios entre naciones. En primer lugar las naciones suelen comprender grandes agregaciones de personas cuyas experiencias vitales pueden variar mucho; los datos nacionales pueden ocultar, por lo tanto, la dimensión distributiva que es vital para una valoración completa del bienestar social. La segunda advertencia es que en la comparación internacional se suman las dificultades que se presentan normalmente con las estadísticas oficiales, estadísticas que quizá se compilaron sobre bases distintas y con grados distintos de precisión en lugares diferentes. La tercera advertencia, común en todo trabajo con indicadores sociales, es que algunos importantes de la vida quizá no se hayan medido y por consiguiente quedarán excluidos de todo indicador de desarrollo: lo que puede incluirse a nivel nacional queda limitado por los datos disponibles del país cuyas estadísticas son *menos* completas, si lo que busca es un indicador compuesto aplicable a todos los países (Mendes y Molinero, 1995) [Cuadro 4.a].

Indicadores del desarrollo

Advertencias sobre comparaciones:

- las naciones son grandes agregados heterogéneos;
- los indicadores de distribución son difíciles de obtener;
- la disponibilidad y precisión de las estadísticas es variable;
- hay valores que no suelen medirse.

Cuadro 4.a

La insatisfacción por los indicadores económicos del desarrollo, como el PNB, ha sido una preocupación fundamental de los esfuerzos de investigación de las Naciones Unidas en las tres últimas décadas. El Instituto de Investigación del Desarrollo Social de las Naciones Unidas es el responsable de la identificación inicial y subsiguiente refinamiento de un *índice del nivel de vida* que ofrece una medida más completa de las experiencias de la vida humana. Desde los años setenta McGranahan y otros han podido construir un indicador compuesto general que incorpora tanto los aspectos económicos del desarrollo como los sociales. A partir del banco de datos del UNRISD (United Nations Research Institute for Social Development, 1969) se recogió un “depósito” de 42 variables, con medidas que alcanzaban hasta 115 países. La selección se hizo con vistas a evitar la duplicación de la información y a fin de lograr un equilibrio entre los indicadores sociales y económicos y entre los indicadores estructurales (por caso la composición de la fuerza laboral o el grado de urbanización) y de desarrollo. El estudio hace referencia a los aspectos de la salud, la nutrición, la educación, la vivienda y el consumo de fuentes de entretenimiento e información. El depósito se redujo luego a 18 “indicadores de núcleo” a base de intercorrelaciones, a fin de reflejar de modo más conciso la variación entre países dentro del conjunto más grande de datos. Estos indicadores de núcleo combinados proporcionan un *índice general de desarrollo*.

5.- El Índice de Desarrollo Humano es un indicador ponderado

Desde 1990 el Programa de Naciones Unidas de Desarrollo (PNUD) elabora anualmente el ***Informe Mundial sobre Desarrollo Humano***. En él se mide el Desarrollo Humano (DH) para cada uno de los países miembros. En base a una agregación ponderada de indicadores de esperanza de vida, logros educacionales e ingreso per cápita, se construye el Índice de Desarrollo Humano (IDH). En función de ese índice compuesto, el PNUD establece una escala de países. El IDH se propone como una medición más amplia y comprensiva de la que surge del nivel de desarrollo alcanzado por los países en función de la evolución de su Producto Bruto Interno (PNUD, 2001) [Cuadro 5.a].

Índice del desarrollo humano (a)

<p>PNUD-1990</p> <p>Ponderación entre:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Esperanza de Vida▪ Logros Educacionales▪ Ingreso per cápita ajustado

Cuadro 5.a

El Desarrollo Humano es un nuevo paradigma analítico y propositivo, dirigido a valorizar y generar la ampliación de las capacidades de la gente como finalidad de la vida comunitaria y es a la vez, una propuesta ética que señala y propone límites diferentes en el proceso histórico de construcción de la sociedad. Es condición de la autenticidad del desarrollo la de centrarse en la persona y abarcar todas sus dimensiones y la de incluir a todas las personas; y que, al mismo tiempo, haciéndolo no comprometa a las generaciones futuras. La multidimensionalidad y la inclusión son condiciones esenciales de autenticidad; la unidimensionalidad y la exclusión son señales de mutilación y de pérdida del potencial histórico de la sociedad. ¿Es posible sostener la autenticidad de los beneficios de un estilo de desarrollo que no estimule las opciones de la gente para lograr condiciones de vida cada vez más saludables, libres y vitales? ¿Es posible sostener la autenticidad de un modelo de desarrollo que incluya sólo a un segmento de la población mundial, cualquiera sea su distribución regional o social? (PNUD, 2001) [Cuadro 5.b].

Índice del desarrollo humano (b)

<p>Nuevo paradigma propuesta ética:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ centrada en la persona;▪ incluyendo todas las personas;▪ y las generaciones futuras

Cuadro 5.b

El principal problema que plantea la construcción de un índice capaz de medir la evolución del Desarrollo Humano, es que el propio fenómeno que se pretende relevar no se agota en una definición cerrada, pues se encuentra en permanente evolución. Sin embargo, la operacionalización del Desarrollo Humano en un índice, por más limitado que sea el alcance de éste, permite comparar la situación de una determinada comunidad en relación a otras. El *Índice de Desarrollo Humano*

(IDH) nace y se desarrolla en la línea de una serie de trabajos estimulados por la insatisfacción frente a la generalizada utilización del ingreso nacional como único indicador de bienestar.

Desde el primer Informe sobre Desarrollo Humano del PNUD (1990), el IDH toma en cuenta tres elementos básicos: longevidad, nivel de conocimientos y acceso a niveles decentes de vida. La longevidad se mide en base a la esperanza de vida al nacer; el nivel de conocimientos, a través del coeficiente de alfabetización de adultos y –desde 1991– del promedio de años de escolaridad; el acceso a niveles decentes de vida se capta mediante una serie de ajustes del Ingreso per capita. La ponderación de los tres elementos permite establecer un valor en una escala comprendida entre 0 y 1, en la que 0 es el mínimo y 1 es el máximo. Los países que tienen un IDH inferior a 0,5 tienen un bajo nivel de Desarrollo Humano, aquellos cuyo IDH está comprendido entre 0,5 y 0,8 un nivel medio, y aquellos cuyo IDH es superior a 0,8 un nivel alto [Cuadro 5.c].

Índice del desarrollo humano (b)

IDH bajo	= menor de 0,5
IDH mediano	= entre 0,5 y 0,8
IDH alto	= mayor de 0,8

Cuadro 5.c

Las diferentes críticas realizadas al IDH han llevado al intento de establecer otros índices –tales como el de “Libertad Humana”–, que luego fueron descartados por graves dificultades metodológicas. También han surgido propuestas de agregar elementos al IDH, pero se ha considerado que la extensión de los mismos no necesariamente mejora la comprensión del fenómeno. El reducido número de dimensiones ha servido para mantener la sencillez del IDH, lo cual ha constituido un factor muy importante de su transparencia y de la facilidad de transmitir su significado a un amplio público. A la vez, los datos relativos a estos componentes del Índice son asequibles en casi todos los países del mundo, lo que posibilita la comparación entre los niveles alcanzados en los distintos países, y la elaboración del ranking mundial de Desarrollo Humano.

El principal aporte del IDH es que su cálculo puede desagregarse en función de los diferentes grupos que componen una comunidad –por ejemplo sexo, estratos de ingreso, escalas de edad, división político territorial– a fin de efectuar comparaciones y, eventualmente, ajustarlo en base a las inequidades en las oportunidades y potencialidades de desarrollo.

6.- Diferencias y semejanzas entre el IDH y otras concepciones del Desarrollo

Progreso, desarrollo social, erradicación de la pobreza, lucha contra el hambre, planificación social, fueron algunas de las expresiones utilizadas en la tarea de lograr una mayor calidad de vida de los sectores postergados de la población mundial. La visible degradación del medio ambiente ha llevado a pensar en un tipo de desarrollo que permitiese mejorar las condiciones económicas de vida sin afectar ni a mediano ni a largo plazo el entorno ecológico. Una visión restringida del desarrollo social lo comprende como una “fijación de objetivos” que estimula el rol compensador del Estado, para atenuar los desajustes producidos por los procesos macroeconómicos y por la toma de decisiones que impactan en los grupos más postergados de la población.

El concepto de Desarrollo Humano es superador de esta visión del desarrollo social, no sólo porque se propone abarcar esferas que este último deja de lado, sino porque parte de la base de que la gestión de los poderes públicos debería ser en sí misma una gestión integral. La política económica implica una contradicción si se arroga objetivos que impliquen la exclusión y que una vez cumplidos hagan necesaria una política social compensatoria o paliativa de sus efectos. Esa contradicción afecta la racionalidad esencial de la política económica. En el concepto de Desarrollo Humano el hombre es sujeto y no objeto del desarrollo. Con el desarrollo social convencional se

corre el riesgo de implicar una situación en la cual los gobiernos toman autoritariamente decisiones para desarrollar “desde arriba” a la sociedad civil. Según este enfoque del desarrollo social, los conflictos provocados por los desajustes del sistema son inevitables, pero al mismo tiempo son indeseables. Son elementos perturbadores del sistema, y las políticas sociales son las encargadas de reequilibrarlo. Bajo la óptica del Desarrollo Humano, el conflicto es constitutivo y fuente de crecimiento si es debidamente interpretado y canalizado. La enorme actividad industrial del planeta ha conducido a que varios de los extremadamente complejos sistemas de la biosfera comenzaran a dar muestras de desequilibrio. La escasez de agua dulce en muchos lugares de la tierra, la desertificación creciente, la polución atmosférica, el deterioro de la capa de ozono son algunos de los efectos nocivos para el hombre derivados de la propia actividad humana (PNUD, 2001) [Cuadro 6.a].

Desarrollo humano

- desarrollo sustentable
- considerando el equilibrio de la biosfera
- gestión integral de los poderes públicos

Cuadro 6.a

El concepto de desarrollo sustentable permite justamente aludir a la posibilidad de mejorar las condiciones de vida de las poblaciones postergadas sin poner en riesgo el medio ambiente que dejaremos como herencia a las generaciones futuras. La semejanza con conceptos parciales y fragmentados se encuentran en la misma vocación de progreso, de avance material. La diferencia entre Desarrollo Humano y los otros conceptos tiene que ver con su carácter integral, universal e intergeneracional que hace a la definición misma de sustentabilidad y racionalidad (Mendes y Molinero, 1995; Gallopin, 1996; Santos, 1998; Ciccolella, 2000).

7.- El Subdesarrollo se consideró desde mediados del siglo XX

La problemática de los países subdesarrollados es reciente, aunque más reciente es la toma de conciencia de la misma, pues no hace más de cincuenta años que comenzó a tomarse en consideración el fenómeno del subdesarrollo. En principio se responsabiliza de la situación a las pretendidamente desfavorables condiciones naturales que sufrían estos países, encuadrados en ámbitos intertropicales, sometidos a sequías pertinaces, con abundancia de suelos estériles y difíciles para el cultivo u obstaculizados por la potencia de la exuberante vegetación ecuatorial. Tesis mantenida en 1971 por Paul Bairoch en su libro *El Tercer Mundo en la encrucijada*, pero también sostenida en 2000 por Jeffrey Sachs en su artículo *Notas sobre una nueva sociología del desarrollo económico* (Huntington, S.; *La cultura es lo que importa*, pp 73 a 89).

Sin embargo, en los años 60 y 70 los políticos de izquierda centraban sus críticas en la colonización que se convertía en la causa de todos sus males. Las interpretaciones marxistas apuntaban al intercambio desigual y al papel del imperialismo (Trotsky, Emmanuel, Amin, Fanon). Por lo general, no se tenían en cuenta la importancia de las variables demográficas, que tanto han perturbado la dinámica socioeconómica de estos países, a pesar que se insistía en el acelerado crecimiento demográfico, que multiplicaría los efectivos poblacionales. El geógrafo Yves Lacoste (*Géographie du sous-développement*, 1968) señaló como una causa básica del subdesarrollo el acelerado crecimiento demográfico, el cual, por otra parte, ya se vio como amenazante por el Banco Mundial, que aconsejó la puesta en práctica de programas de control de la natalidad (*Informe del Club de Roma*, 1968 y el *Informe Meadows*, 1972).

En la década de los setenta, cuando la mayoría de los países, incluidos los africanos, se habían independizado de sus metrópolis, ante la persistencia de gravísimos problemas económicos, se inició el diálogo Norte-Sur, para intentar solucionarlos. Mas, la deuda del Tercer Mundo se disparó y, aunque el crecimiento económico de algunos países fue alto, la magnitud del crecimiento

demográfico, no obstante, contrarrestó el impulso económico. La distancia entre los países desarrollados y los subdesarrollados, en consecuencia, se fue incrementando y, tal como se preveía, aumentó el número de los desheredados de la tierra [Cuadro 7.a].

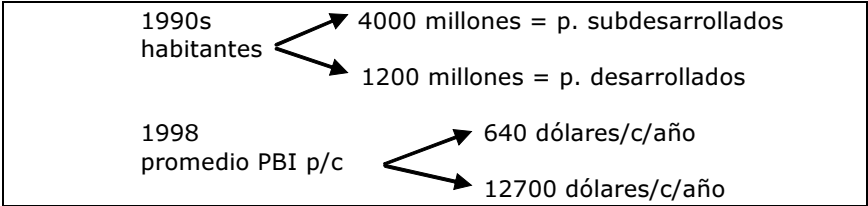
Subdesarrollo. Causas atribuidas:

- naturaleza desfavorable
- colonización imperialista
- demografía acelerada
- economía deprimida
- deuda externa
- políticas de desarrollo
- términos del intercambio

Cuadro 7.a

Como resultado, se estimaba un total de 3.931 millones de personas que vivían en todo el Tercer Mundo a mediados de los noventa, frente a 1.198 millones en los países del llamado Primer Mundo, es decir, que más de las tres cuartas partes de la humanidad, que ocupaban dos tercios de la superficie terrestre en Latinoamérica, Asia y África, formaban parte de las sociedades subdesarrolladas, cuyo PBI (Producto Bruto Interno) medio en 1998 se estimaba en 640 dólares por habitante, frente a los 12.700 de que disponían la población de los países desarrollados: 20 veces más que aquéllos; unas diferencias que se han agrandado aún más posteriormente, según el *Informe sobre el Desarrollo mundial de 2000* del Banco Mundial, principalmente en relación con los países de la OCDE, los cuales tendrían un *PBI per cápita* del orden de 25 veces superior (Mendes y Molinero, 2000) [Cuadro 7.b].

Desarrollo-Subdesarrollo. Población e ingresos



Cuadro 7.b

Sin embargo, los niveles de renta, aunque sirvan de orientación sobre la problemática del subdesarrollo, no constituyen en absoluto el elemento o factor más importante. Las diferencias de renta, por otro lado, entre países del ámbito subdesarrollado son muy grandes, como también lo son los problemas, en función de su abundancia o escasez de población, de sus dimensiones territoriales, de su disponibilidad de recursos y de las políticas de desarrollo planteadas. Es nuestra intención, en consecuencia, hacer un breve análisis de la evolución del subdesarrollo, de cómo se toma conciencia del fenómeno y de las bases o factores que le han dado origen, para abordar posteriormente una caracterización genética y una diferenciación regional, tanto por lo que respecta a su situación como a las estrategias de desarrollo formuladas.

8.- La génesis del subdesarrollo es multicausada

A lo largo de la década que sigue a la terminación de la segunda Guerra Mundial transcurre un período de tiempo en el que las sociedades subdesarrolladas toman conciencia de la existencia de un mundo en el que el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, el atraso técnico, la escasa capacidad económica... conducen a millones de seres humanos hacia una situación desesperanzada. Esta toma de conciencia se acompaña de numerosas teorías que pretenden diagnosticar la situación para aplicar la terapia oportuna.

El término “subdesarrollo” fue acuñado por políticos norteamericanos, siendo utilizado por primera vez por el presidente Truman en 1949 (*under-development*) en un sentido evolutivo, con lo que se pretendía llamar la atención sobre la situación de aquellos pueblos o países que se encontraban en un estadio atrasado en su camino hacia el desarrollo. Con ello introducía un elemento de confusión en la problemática, pues, al considerar que el subdesarrollo constituía una etapa o un escalón hacia el desarrollo, sentaba el principio de una evolución lineal desde aquél hacia éste, evolución, que históricamente, nunca ha tenido lugar, ni entre los países del Tercer Mundo ni entre los industriales, pues ni éstos han sido nunca subdesarrollados, ni aquellos han traspasado el umbral del desarrollo.

Pero hacia 1950 los problemas acababan de aflorar, los habitantes del Tercer Mundo –poco más de 1.600 millones– no eran numerosos comparados con los de hoy, apenas tenían voz propia y ni siquiera había cristalizado el término que acabamos de emplear. En efecto, la expresión “Tercer Mundo” fue usada por el demógrafo francés Alfred Sauvy en 1952 para referirse a la postración y miseria en que se encontraban los pueblos de Asia, África e Ibero América, que entonces suponían las dos terceras partes de la humanidad, merced sobre todo, a las extraordinariamente densas comunidades de Asia, donde habitaba el 75% de ese Tercer Mundo de 1950.

“Subdesarrollo” y “Tercer Mundo” eran dos expresiones que se referían a una realidad insuficientemente conocida en aquel momento, cuya dinámica difería de la propia de las antiguas colonias administradas por las metrópolis europeas. Por ello, durante la década del cincuenta se produjo la toma de conciencia del problema, tanto más cuanto que la conferencia de países asiáticos y africanos en Bandung (1955) que dio origen al Movimiento de los Países No Alineados, supuso un grito del Tercer Mundo para que lo escucharan las sociedades industriales.

Los años sesenta, en consecuencia, dieron paso a numerosos trabajos, conferencias, estudios y publicaciones sobre el problema del Tercer Mundo, que invadieron los campos de la economía, sociología, demografía, política y, en general, de todas las ciencias sociales. Así, por citar algunas obras que han tenido gran difusión, Frantz Fanon publicaba en 1961 *Los condenados de la tierra*; Josué de Castro, en 1962 *Geopolítica del hambre*; en 1963 veían la luz las obras de Gurnal Myrdal, *Planificar para desarrollar* y *La pobreza de las naciones (Asian Drama)*; Paul Bairoch, *Revolución industrial y subdesarrollo*. En 1965, René Dumont publicaba su libro *Caminamos hacia el hambre*, e Yves Lacoste la *Geografía del subdesarrollo*, así como Paul Jaleé su estudio sobre el *Pillaje del Tercer Mundo*, y otras. Toda una abundante literatura sobre el tema que se vio enriquecida por las aportaciones de la escuela del “desarrollo desigual” (Emmanuel, Gunder Frank, Amin...), quienes a finales de los sesenta y durante los setenta dieron a conocer sus estudios, realizados desde una perspectiva marxista, con los que pretendían enfatizar la importancia de los desfavorables términos de intercambio comercial en el mantenimiento del subdesarrollo.

Los estudios de los intelectuales fueron secundados por la labor de los políticos, de manera que en 1964 se celebró en Ginebra la I Conferencia de las Naciones Unidas para el Comercio y el Desarrollo (UNCTAD), de la cual surgió el llamado Grupo de los 77, que posteriormente se amplió a 118 y que permitió a los países del Tercer Mundo llevar a cabo una cierta acción conjunta frente a los industriales, como fue la reclamación en 1974 de un Nuevo Orden Económico Internacional (NOEI) que, entre otros objetivos, apuntaba a la estabilización de los ingresos obtenidos del comercio de materias primas, el desarrollo de la actividad industrial con un simultáneo control de la tecnología, la reforma del sistema monetario y la modificación de la división internacional del trabajo (Mendes y Molinero, 2000).

La Conferencia de las Naciones Unidas inauguró lo que se ha denominado “diálogo Norte-Sur”, del que bien podríamos decir corresponde a un diálogo de sordos, por los raquíuticos y frágiles resultados obtenidos. Las Conferencias no han dejado de convocarse (Ginebra, 1964; Nueva Delhi,

1968; Santiago, 1972; Nairobi, 1976; Manila, 1979; Belgrado, 1983, Ginebra, 1987), pero los países desarrollados han mantenido sus postulados comerciales, sometidos al liberalismo del GATT, por lo que la principal fuente de obtención de divisas por parte de los países subdesarrollados –las materias primas exportadas– se ha visto sometida a la extraordinaria aleatoriedad de los precios, controlados por los países desarrollados [Cuadro 8.a].

Subdesarrollo. Concepciones generadas

- "Under development"	Pte. Truman (1949)
- como etapa hacia el desarrollo	
- elemento de confusión	
- Tercer Mundo	A. Sauvy (1962)
- concepción demográfica	
- Países no alineados	Confer. Bandung (1955)
- concepción política	
- Grupo de los 77 - 118	UNCTAD (1964)
	NOEI (1974)
- Diálogo Norte - Sur	
- infructuoso	
- Comité de Ayuda al Desarrollo	
- aumento de la deuda	

Cuadro 8.a

Si el diálogo Norte-Sur no ha obtenido resultados satisfactorios, tampoco se han conseguido éstos a través de las ayudas al desarrollo, concedidas por los países occidentales integrantes del Comité de Ayuda al Desarrollo. Si bien esas ayudas públicas han ido acompañadas de créditos e inversiones directas, han potenciado el endeudamiento de una manera general, pero sin capacidad suficiente para inducir un verdadero proceso de despegue económico.

Toda esta panorámica expuesta de trabajos, estudios y conferencias supone una respuesta por parte de intelectuales, técnicos y políticos, aunque se asienta en una concepción específica y dispar del fenómeno, pues no aporta las mismas soluciones quien piensa que el subdesarrollo se debe a causas naturales, como la sequía o al rápido crecimiento demográfico, el intercambio desigual, las relaciones centro-periferia, o al cambio cultural.

9.-Caracteres diferenciales del subdesarrollo

No podemos identificar la situación de subdesarrollo con la de hambre, pero uno de los problemas más flagrantes y llamativos de las sociedades subdesarrolladas ha sido y es el *hambre*. Según las estimaciones de la Food and Agriculture Organization (FAO) y del Banco Mundial para mediados de la década de los noventa, el número de personas subalimentadas a escala planetaria estaría en torno a las 750 millones con menos de 2.200 calorías por persona y por día. Los dos tercios de esas poblaciones se localizan en Asia meridional y una quinta parte en África subsahariana (FAO, Encuesta Alimentaria Mundial, 1995).

La persistencia del hambre parece contradictoria con la evolución de las producciones alimentarias del Tercer Mundo, que, según las Naciones Unidas, aumentó a un ritmo de un 3% anual entre 1960 y 1990, en tanto que la población lo hizo en torno a 2,5%. Ese mismo desfase a favor de la producción se observa en la década de los noventa, excepto en el África subsahariana. Como, a pesar de ello, el hambre se mantiene, hay que concluir que no se debe a una incapacidad productiva para hacer frente a las necesidades alimentarias de una población en auge, sino a las estructuras sociales que impiden un reparto equilibrado de esas producciones.

La situación de hambre suele ir asociada a la de *pobreza económica* o de *bajas rentas*, aunque existan excepciones destacables. Por ello, uno de los indicadores más recorridos a la hora de

realizar una delimitación de los países subdesarrollados ha sido el de su PIB o su renta *per cápita*. Efectivamente, la gran mayoría de los países del Tercer Mundo tenían un PIB *per cápita* por debajo de la media mundial. Esta situación revela una escasa capacidad productiva, que nace, a su vez, de unas reducidas disponibilidades de capital financiero y de capital técnico. Pero esto, que es la norma general, encubre situaciones muy dispares, puesto que un número no despreciable de países subdesarrollados ha dispuesto durante el lapso que va del inicio de la crisis del petróleo de 1973 hasta mediados de los ochenta de decenas de miles de millones de dólares, que no han sido empleados en crear las condiciones para el desarrollo. Entre ellos se cuentan algunos países petrolíferos del mundo árabe y de Latinoamérica. Las enormes sumas de divisas, procedentes de las exportaciones realizadas al mercado mundial, han ido a parar, a la larga, a los circuitos internacionales controlados por los grandes grupos financieros del mundo, que se han hecho así receptores del ahorro mundial.

No obstante, numerosos países pusieron en marcha vastos programas de “desarrollo”, que hicieron crecer su deuda exterior hasta niveles peligrosísimos (por caso la deuda sumada de México, Brasil y Argentina supone 500 mil millones de dólares), para hacer funcionar un aparato productivo desequilibrado, poco diversificado y dependiente tecnológica y financieramente del exterior. Por ello, actualmente no se puede identificar al mundo subdesarrollado con un mundo sin industrializar. En el Gran Buenos Aires, en el Sudeste brasileño, en el Distrito Federal de México o en Caracas, en Calcuta, en Shanghai, en Johannesburgo, por citar algunos ejemplos, se han construido grandes complejos industriales, que en el caso de Brasil, le han permitido figurar en torno a la décima potencia industrial del mundo; pero, a pesar de ello, la industrialización latinoamericana se ha quedado muy a la zaga por desequilibrios tecnológicos y procesos de desindustrialización sistemática a partir de los años noventa a través de los planes de ajuste implementados desde el Fondo Monetario Internacional [Cuadro 9.a].

Subdesarrollo. Algunos caracteres

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hambre FAO - 1995 <ul style="list-style-type: none"> - 750 millones con menos de 2200 calorías/día - no por baja producción, sino por estructuras ▪ Renta baja <ul style="list-style-type: none"> - por reducido capital financiero y técnico ▪ Deuda alta <ul style="list-style-type: none"> - no por poca industrialización sino desequilibrios ▪ Demografía acelerada <ul style="list-style-type: none"> - mayor que el crecimiento económico |
|---|

Cuadro 9.a

Ahora bien, sobre la base de esta debilidad productiva, el ritmo de crecimiento económico en un gran número de países subdesarrollados durante las tres últimas décadas ha resultado espectacular. Sobre todo, los denominados Nuevos Países Industriales –NIC (New Industrial Countries)–, pero también en grandes países, como Brasil, México, India o China. En los primeros, por su moderna y competitiva industrialización, volcada a la exportación hacia el mercado mundial; en los segundos, por una industrialización generalizada, aunque desequilibrada. Este crecimiento resulta espectacular, pero pierde significado por el hecho de que una parte importante del mismo proviene de la exportación de materias primas no renovables (minerales ferrosos y no ferrosos) y otra parte procede de un endeudamiento generalizado. A este respecto conviene señalar, que todavía la capacidad de producción industrial del mundo corresponde en un 93% a los países desarrollados, los cuales controlan el 90% de los intercambios comerciales y que, en consecuencia, son acreedores del medio billón de dólares que suman las deudas del Tercer Mundo.

El crecimiento económico de los países subdesarrollados ha tenido, por lo tanto, un ritmo considerable, que, no obstante, ha perdido eficacia por el enorme endeudamiento desatado, a lo cual se suma el problema demográfico, pues el ritmo de crecimiento poblacional creció a tasas mayores que el PIB.

Bibliografía consultada (punto 1)

- Escudé, Carlos, *El Fracaso del Proyecto Argentino*. Buenos Aires, Norma, 1990.
- Escudé, Carlos, *La Declinación Argentina*. Buenos Aires, Fundación Editorial de Belgrano, 1996.
- Grondona, Mariano, *Las Condiciones Culturales del Desarrollo Económico*. Buenos Aires, Ariel-Planeta, 1999.
- Harrison, Lawrence, *El Sueño Panamericano. Los Valores culturales latinoamericanos, ¿desalientan una asociación auténtica con Estados Unidos y Canadá?* Buenos Aires, Ariel, 1999.
- Huntington, Samuel y Harrison, Lawrence, *La Cultura es lo que Importa. Cómo los Valores dan forma al Progreso Humano*. Buenos Aires, Planeta, 2001.
- Luna, Félix, *Breve Historia de los Argentinos*. Buenos Aires, Planeta, 1993.
- Porter Michael, *La Ventaja Competitiva de las Naciones, en Competitividad*. España, Deusto, 1990.
- Sturzenegger, Federico, *La Economía de los Argentinos. Reglas de juego para una sociedad próspera y justa*. Buenos Aires, Planeta, 2003.

Bibliografía consultada

- Amin, S., *El desarrollo desigual*, Barcelona. Fontanella, 1980.
- Carlevari, I., *Geografía Económica Mundial y Argentina*. Bs As, Eds. Macchi, 2001.
- Ciccolella, Gurevich y otros, *Geografía Mundial Contemporánea*. Bs As, Aique 1998.
- Furtado, C., *El desarrollo económico: un mito*. México, Siglo XXI, 1985.
- Gallopín, G., *El futuro ecológico de un continente*. México, FCE, 1998.
- George, P., *Geografía de las desigualdades*, Barcelona. Oikos-Tau, 1983.
- Labini, P., *Subdesarrollo y economía contemporánea*. Barcelona, Folio, 1982.
- Lacoste, Y., *Geografía del subdesarrollo*, Barcelona. Ariel, 1985.
- Landes, D., *La riqueza y la pobreza de las naciones*. México, Vergara, 1998.
- Mendes y Molinero, *Espacios y Sociedades*. Barcelona, Ariel, 1998.
- PNUD, *Informe sobre Desarrollo Humano 2002*. México, PNUD, 2003.
- Preston, P., *Una introducción a la Teoría del desarrollo*. México, Siglo XXI, 1999.
- Santos, M., *Geografía de la Población*. Barcelona, Ariel, 1985.
- Slater, D., *Itinerarios de la teoría del desarrollo. Capitalismo, socialismo y después* en Revista Nueva Sociedad N 137, *El futuro del Desarrollo*. Venezuela, 1995.
- Smith, D., *Geografía Humana*. Barcelona, Oikos-Tau, 1990.

DETERMINANTES DE LA SALUD

*Adriana Moiso**

1.- El concepto de “causa” en Epidemiología fue cambiando

El estudio teórico de la causalidad tiene consecuencias importantes para la práctica cotidiana de la epidemiología.

Los filósofos y los epidemiólogos analizan la causalidad, pero con objetos de estudio muy diferentes. Mientras los filósofos están interesados en general en los principios de causalidad (ontología), los epidemiólogos están interesados en modelos causales de la enfermedad (Parascandola, 2001). Como señala Olsen (2003) la utilización de diferentes modelos para estudiar la etiología de las enfermedades, tiene consecuencias sobre la manera en que enseñamos, investigamos, evaluamos y comentamos nuestros resultados. Más aún, este debate tiene importancia sustancial para la *asignación de recursos* en la investigación y la intervención.

Por lo tanto, las creencias y supuestos del epidemiólogo pueden traer consecuencias prácticas, ya que los modelos causales se construyen dentro de los límites impuestos por la definición que el epidemiólogo tiene en mente (en forma explícita o implícita).

Hecha esta consideración, la búsqueda de las causas y sus relaciones ha evolucionado a través de tres eras epidemiológicas con sus propios paradigmas: 1) la era de las estadísticas sanitarias con su paradigma, el *miasma*; 2) la era de epidemiología de la enfermedad infecciosa con su paradigma, la *teoría del germen*; y 3) la era de epidemiología de la enfermedad crónica con su paradigma, la *caja negra* (Susser, 1996).

Los cimientos de la epidemiología moderna datan del siglo XVII, cuando se desarrollaron las primeras técnicas descriptivas de medición de la enfermedad en el ámbito poblacional (Lopez-Moreno, Corcho-Berdugo, Lopez-Cervantes, 1998); desde el siglo XVIII y hasta la primera mitad del siglo XIX, la epidemiología adhirió firmemente a la teoría miasmática, que fue el pensamiento dominante entre los salubristas europeos. Los médicos tendían a caracterizar a la enfermedad en términos de causas suficientes múltiples como el mal clima, el aire contaminado, la pobreza o los rasgos personales (Kunitz, 1987).

Hacia finales del siglo XIX y principios del XX, siguiendo las pautas marcadas por el desarrollo científico biomédico, la epidemiología adoptó la *teoría del germen*. Esta teoría, afirmaba que existe una sola causa para cada efecto y que ambos eventos se relacionan siguiendo patrones constantes, en forma de cadenas lineales. *Se asumía que las enfermedades podrían erradicarse, erradicando los gérmenes que las causan* (McDowell, 2001). La teoría fue exitosa en la identificación de la etiología y el control de muchas enfermedades. No obstante, por último fracasó, ya que la estrecha perspectiva de relacionar agentes simples, uno a uno con enfermedades específicas, fue incapaz de brindar soluciones para las enfermedades no transmisibles. Además, la búsqueda de microorganismos retrasó el avance de la epidemiología. Al rechazarse la investigación sobre otros factores, como las variables sociales, este paradigma “reduccionista” trajo como consecuencia la aplicación

* Residencia en Administración de Salud y Seguridad Social (IOMA - Minist. Salud PBA - FCM, UNLP). Diploma en Gestión de Instituciones de Salud (Universidad de Chile). Profesor Adjunto de Salud Pública (FCM-UNLP).

universal de intervenciones específicas, y clausuró otras posibilidades de intervención sobre la salud de la población.

A partir de la Segunda Guerra Mundial, la mortalidad por enfermedades crónicas comenzó a superar a la producida por las enfermedades infecciosas agudas en los países desarrollados. Al intentar entender y controlar este nuevo tipo de problemas de salud, los epidemiólogos se enfrentaron con circunstancias desconocidas, que requerían nuevos planteamientos respecto a su etiología. Universalmente, adhirieron a la noción de *factores de riesgo personales* para enfermedades específicas (ejercicio u obesidad y el riesgo de diabetes), o *ambientales* (falta de agua potable e infecciones intestinales).

Durante el período que va desde la posguerra hasta la actualidad, la epidemiología postuló la existencia de múltiples causas para cada proceso patológico. El peso causal de cada factor dependía de su cercanía con el presunto efecto, en el marco de una compleja *red de causalidad*. Este concepto de multicausalidad en forma de red fue introducido por B. MacMahon y se ha convertido en un elemento central de la epidemiología moderna (2001).

La mayoría de la investigación epidemiológica de los últimos tiempos, siguió la búsqueda de factores de riesgo (Marmot, 2005). En los años setenta, la tensión arterial y el colesterol; en los 2000, la proteína C reactiva. El pensamiento es el mismo: el factor de riesgo discriminará aquéllos que enfermarán de los que no enfermarán. Las enfermedades no transmisibles se relacionarían con una pléthora de exposiciones. La premisa es simple: a través de su conducta, las personas se exponen a una cierta combinación de factores que actúan independientemente o sinérgicamente para causar la enfermedad. La búsqueda epidemiológica se orientó a las diferencias en el *estilo de vida* entre los individuos, en la creencia de que los cambios en la conducta personal llevarían a una disminución en la exposición y riesgo de enfermedad, y de que tal cambio es posible.

Se consideraba que las relaciones establecidas entre las condiciones participantes en el proceso causal son muy complejas, y forman una unidad imposible de conocer completamente. El modelo de la *caja negra* es una metáfora útil para representar un fenómeno cuyos mecanismos internos están ocultos al observador. Sugiere que la epidemiología debe limitarse a la búsqueda de aquellos elementos de la red que eventualmente permitan romper la cadena causal, haciendo innecesaria la identificación de todos los componentes del proceso de producción de la enfermedad.

Si bien este tipo de investigación epidemiológica nos ha permitido conocer una gran porción de factores individuales asociados con las enfermedades no-infecciosas, especialmente los asociados con el cáncer y la enfermedad coronaria, actualmente se discute la continuación de este enfoque. La respuesta a la pregunta de por qué algunos individuos se enferman mientras que otros no requiere investigación sobre los *factores que afectan las opciones de vida diaria* de una persona (o su ausencia).

El abordaje de “caja negra” sobre la etiología de la enfermedad resultaba adecuado para identificar los factores de riesgo y predecir la ocurrencia de enfermedad, pero soslayaba la manera en que se ejerce la influencia causal (Parascondola, 2001). Esta conceptualización, la llamada “epidemiología de los factores de riesgo” es una disciplina esencialmente mecánica. La pregunta ¿“por qué” enferman las personas? se ha reemplazado convenientemente por el más accesible ¿“cómo”? (procesos involucrados en “causar” la enfermedad) (Tam, 2003). Si la epidemiología pretende ser explicativa en lugar de descriptiva en la investigación y proactiva en lugar de reactiva en su aplicación, se necesitan marcos conceptuales que proporcionen una comprensión de los factores subyacentes que influyen en estos procesos biológicos (Olsen, 2003). En este sentido, el paradigma de “caja negra” dominante es hoy de menor utilidad y probablemente pronto será reemplazado (Susser, 2004).

Durante los años noventa creció el interés por comprender las conexiones dentro de la *caja negra*; buscando modelos que describieran cómo los ambientes físicos y sociales actúan recíprocamente con la biología y la psicología individuales para explicar los resultados de salud. Sin embargo, tales explicaciones no resultaban sencillas dentro de los paradigmas explicativos convencionales (McDowell, 2001).

Recientemente, otras corrientes han propuesto una alternativa denominada *modelo histórico-social*. Este modelo plantea que la adopción mecánica de la multicausalidad ha desvirtuado el carácter social de la enfermedad, ya que concede el mismo peso a factores que son de naturaleza y jerarquía distintas. En ese marco, Susser y Susser (1996) desarrollaron una teoría epidemiológica

que unifica distintos fenómenos, desde las vías causales a nivel social a la patogénesis a nivel molecular, a través de explicaciones multi-nivel. La enfermedad es concebida como un fenómeno poblacional que tiene lugar en múltiples niveles sistémicos, interconectados y jerarquizados. Plantean que los fenómenos colectivos de salud tienen lugar de manera similar a un conjunto de cajas *chinas*, de modo que un sistema contiene a otro subordinado, y los cambios en un nivel influyen sobre el subsistema correspondiente, pero no necesariamente sobre la totalidad del sistema. De esta manera, las relaciones existentes en cada nivel, del molecular al social, son válidas únicamente para explicar estructuras de complejidad y jerarquía similares; es decir, no pueden ser generalizadas a otros niveles. Esta propuesta es denominada ecoepidemiología (ver más adelante) [Cuadro 1.a].

Paradigmas en la evolución de la Epidemiología

- Teoría del miasma
- Teoría del germen
- Teoría de la caja negra
- Teoría histórico-social
- Teoría de las cajas chinas

Cuadro 1.a

Susser plantea que limitar la epidemiología a la identificación de factores de riesgo restringe innecesariamente el alcance de la disciplina (2004). Los desarrollos actuales requieren la adopción de un marco más amplio, que incluya y no descarte la epidemiología de los factores de riesgo. La epidemiología está cambiando a lo largo de cuatro líneas en paralelo:

- 1) Los epidemiólogos consideran cada vez más múltiples niveles de causalidad. Las causas de los resultados de salud pueden buscarse en las poblaciones a nivel macro, como en la distribución de la riqueza a través y dentro de las sociedades; a nivel individual, como en la conducta individual, y a nivel micro, como en la expresión genética en las células. Aunque una enfermedad finalmente se manifiesta en una persona que padece, su prevención podría dirigirse hacia cualquiera de estos niveles. Se necesitan abordajes diferentes para identificar los procesos causales a cada nivel y el modo en que un proceso en un nivel (vg. cohesión social o cambios celulares) puede manifestarse en otro nivel (vg. enfermedad en el individuo).
- 2) Como ciencia central de la Salud Pública, la epidemiología se sitúa estratégicamente para investigar la interacción entre los factores genéticos y medioambientales. En un escenario sencillo, un factor genético mensurable podría aumentar el riesgo de la producción de un daño sólo en presencia de una exposición medioambiental específica. Ejemplo: se ha propuesto que el alelo del gen que codifica el transportador de serotonina sólo influye en el riesgo de depresión después de la exposición a eventos estresantes.
- 3) Los epidemiólogos reconocen cada vez más la riqueza del análisis de la trayectoria de salud y enfermedad a lo largo de la vida. El comienzo de la enfermedad en un adulto podría reflejar experiencias tempranas de la vida. Éstas incluyen los efectos a largo plazo de la injuria uterina; una cadena de experiencias sociales y biológicas comenzada por una exposición en la primera infancia; y la exposición acumulativa a factores tóxicos, biológicos o sociales durante un período prolongado. Estas trayectorias alternativas requieren abordajes diferentes para su investigación.
- 4) Por lo menos, algunos epidemiólogos están comprometidos en invertir la vieja tendencia hacia la fragmentación en sub-especialidades. Un marco conceptual más amplio y unificado podría sostener la coherencia de la disciplina. Por medio siglo, la epidemio-

logía de las enfermedades infecciosas y de las enfermedades crónicas evolucionó en paralelo. Los investigadores están demostrando ahora que los métodos desarrollados para las enfermedades infecciosas –tales como los modelos de transmisión de epidemias a través de las poblaciones– son relevantes para las enfermedades no transmisibles y los comportamientos.

Un abordaje integrado para investigar la enfermedad y su prevención necesariamente requiere comprender: niveles de causalidad, trayectorias de curso de vida, tipos de causas, y tipos de enfermedades. Esta perspectiva, llamada eco-epidemiología, se incluye en el universo mayor de la epidemiología social (ver más adelante).

Berkman y Kawachi definen a la Epidemiología Social como la rama de la epidemiología que estudia la distribución social y los determinantes sociales de los estados de salud (2000).

En el centro de esta cuestión, Rose distingue las causas de las causas de la incidencia de la enfermedad (Rose, 2001). Así, la pregunta “¿Por qué algunos individuos tienen la hipertensión?” es diferente a “¿Por qué algunas poblaciones tienen mucha hipertensión, mientras que en otras es rara?”. Ambas preguntas requieren diferentes tipos de estudio, y tienen respuestas diferentes. La respuesta a esta última pregunta tiene que ver con los *determinantes de la población*, ya que lo que distingue a los dos grupos no tiene relación con las características de los individuos, sino más bien con un cambio en *toda* la distribución, una influencia masiva que actúa sobre el conjunto de la población. Para encontrar los determinantes de las tasas de prevalencia e incidencia “necesitamos estudiar las características de las poblaciones, no las características de los individuos”.

Esto surge del hecho que los determinantes de las diferencias en las características individuales dentro de una población pueden ser distintas de los determinantes de las diferencias entre poblaciones. Esto tiene importantes implicancias, tanto para la comprensión de las causas, como para las estrategias de prevención en la salud pública (Marmot, 2005).

Tomemos el ejemplo del agua contaminada. Si un pueblo con agua potable tuviera una tasa más baja de diarrea infantil que otro que no la tiene, ¿estudiaríamos por qué un niño dentro de un pueblo enfermó y otro no? Esto podría proporcionar información complementaria útil si, por ejemplo, los niños de las familias que hirvieron el agua tuvieron tasas más bajas de enfermedad. Pero la pregunta principal todavía sería ¿por qué un pueblo tiene una tasa superior de enfermedad a otro?, y ¿qué podría hacerse sobre esto?

Los libros de texto médicos no brindan una visión de las causas sociales de la enfermedad. Así como el entrenamiento médico, o su equivalente, puede ser necesario entender los mecanismos del desorden patológico, es necesario comprender a la sociedad para entender las causas sociales de la enfermedad. Frente a la ocurrencia de enfermedad, deben realizarse tres preguntas por separado:

- **¿Por qué un grupo tiene una tasa más alta de enfermedad que otro?**
- **¿Por qué un individuo en un grupo se enferma y otro no?**
- **Cuando un individuo se enferma, ¿qué determina qué enfermedad padece?**

Hasta ahora, la epidemiología se dedicó principalmente al estudio de la segunda pregunta, en el marco de la epidemiología de los factores de riesgo.

2.- La epidemiología social propone un abordaje integrador de lo biológico y lo social

La “epidemiología social”, se distingue por su empeño en investigar explícitamente los determinantes sociales de las distribuciones de la salud, la enfermedad y el bienestar en las poblaciones, en vez de tratar dichos determinantes como un simple trasfondo de los fenómenos biomédicos (Krieger, 2002).

2.1.- Los criterios explicativos (McDowell, 2001)

Como los criterios de Bradford Hill ayudan a identificar una variable causal, debemos formular nuevos criterios explicativos para guiarnos. Podrían incluir los siguientes:

- a. Teoría. La explicación exige un marco teórico que de sentido a las relaciones estadísticas. Las estadísticas por sí solas no pueden indicar cuáles variables influyen a cuáles, ni si la asociación puede explicarse en términos de otros factores no considerados en el análisis. *El peso corporal, la falta de ejercicio y la historia familiar son factores de riesgo para la diabetes mellitus. En términos explicativos, la historia familiar puede reflejar factores genéticos que muestren patrones de distribución racial y el exceso de peso corporal puede reflejar una falta de ejercicio, pero también confirmar la susceptibilidad genética.*
- b. Abordaje multi-nivel. Las explicaciones en epidemiología social necesitan incluir varios niveles de análisis. Esto deriva del mandato de holismo: el todo de cada sistema relevante tiene propiedades que les faltan a las partes, y el funcionamiento del todo no puede explicarse exclusivamente en términos del funcionamiento de sus partes (principio de emergencia). Por lo tanto, las leyes que gobiernan los sistemas complejos no pueden derivarse de los sistemas más simples (vg. no puede explicarse la conducta del grupo en términos de las personalidades de los miembros de grupo). A nivel biológico, no pueden explicarse los procesos de la vida por lo que se refiere a los componentes celulares. Al nivel de la conducta de salud, no podríamos entender los patrones dietéticos sin considerar la influencia de la industria alimentaria en la sociedad contemporánea. *El patrón nutricional de la mujer diabética refleja la opción personal derivada de su educación y de los modelos culturales, en el contexto de los precios de los alimentos que influyen en la accesibilidad.*
- c. Mosaicos Explicativos. Debemos abandonar la pretensión de una única explicación correcta. Todas las explicaciones son parciales; los marcos conceptuales y los supuestos iniciales son característicos de cada disciplina y a menudo contrastan, incluso colisionan, entre sí. *Así, para su endocrinólogo, la diabetes refleja desequilibrios hormonales. Para el nutricionista es una cuestión de equilibrio dietético, mientras que un antropólogo podría argumentar acerca de la importancia de los modelos dietéticos culturales.*
- d. La pregunta ¿Por qué? Un sistema explicativo en la epidemiología social requiere la amplitud suficiente como para abarcar al mismo tiempo las preguntas “¿cómo?” y “¿por qué?”. Esto puede involucrar factores individuales positivos y negativos, pero la pregunta de lugar y de tiempo nos obliga a ampliar nuestro alcance, para incluir el ambiente y los factores sociales. *La mujer que desarrolló la diabetes había alcanzado la menopausia y, así como pertenecía a un grupo de alto riesgo, sufría estrés laboral y tenía dificultades para controlar su peso, en parte porque las comidas pobres en grasa, las frutas y las verduras frescas eran más caras que las comidas ricas en hidratos de carbono.*
- e. Agencia. Una explicación debe combinar factores causales y la agencia, para demostrar cómo comenzaron los aspectos cruciales en el proceso. *El origen del estrés de la mujer diabética podría ser una carga de trabajo aumentada, sumada a un marido no compasivo. La sobrecarga de trabajo puede reflejar recortes de personal, con una demanda superior sobre ella por escasez de recurso humano. Ella comía como una manera de compensar esta tensión.*
- f. Dinamismo. Las explicaciones deben resaltar las relaciones mutuas dinámicas entre los factores que contribuyen a enfermar. Mientras esto enfatiza la complejidad para modelizar la enfermedad adecuadamente debido a las interacciones que pueden ocurrir, también sugiere que las intervenciones pueden tener un efecto multiplicativo. *El desarrollo de su diabetes lleva a la mujer a sentirse deprimida; esto a su vez bloquea sus esfuerzos para perder peso, lo que resulta en una auto-imagen cada vez más negativa, que reduce aún más el control de su alimentación y refuerza sus sentimientos de depresión.*

- g. Significado. La explicación debe resaltar el significado a la situación de los actores. *El marido no era compasivo porque culturalmente sostenía el ideal de una esposa delgada y elegante.*

2.2.- La teoría (Krieger, 2002; Krieger, 2001)

Como se indicó anteriormente, es necesaria una teoría para conceptualizar la miríada de procesos sociales y biológicos que se manifiesta en los perfiles epidemiológicos de poblaciones. *La teoría nos ayuda a estructurar nuestras ideas para explicar las conexiones causales entre fenómenos específicos dentro y a través de dominios específicos, utilizando conjuntos interrelacionados de ideas cuya plausibilidad puede ser probada* [Cuadro 2.2.a].

Patrones de salud. Desigualdades sociales.

La pregunta central es:

¿quién y qué es responsable de los patrones de salud, enfermedad, y bienestar, manifestados en las desigualdades sociales en salud presentes, pasadas y actualmente en cambio?

Cuadro 2.2.a

2.2.1.- Tendencias teóricas actuales en la epidemiología social

Las tres teorías principales explícitamente invocadas por los epidemiólogos sociales son: a) la teoría psicosocial, b) la de la producción social de enfermedad y/o economía política de salud, y c) la teoría ecosocial y de los marcos conceptuales multi-nivel relacionados. Todas buscan elucidar los principios capaces de explicar las desigualdades sociales en la salud. Constituyen **teorías de la distribución de la enfermedad**, que no se reducen a las teorías de los mecanismos de la *causalidad de la enfermedad*. Difieren en su énfasis respectivo sobre diferentes aspectos de las condiciones sociales y biológicas en la salud de la población, en cómo integran las explicaciones sociales y biológicas, y por lo tanto, en sus recomendaciones para la acción.

a.- La teoría psicosocial

El marco psicosocial dirige la atención a las respuestas biológicas endógenas a las interacciones humanas. Lo que se plantea es el “potencial del estrés psicológico para dañar la salud”, “generado por circunstancias desesperantes, tareas insuperables o falta de apoyo social”. Conceptualizado generalmente en relación con el individuo, su hipótesis central es que los factores agudos y crónicos generadores de estrés en el “ambiente social”: a) alteran la susceptibilidad del huésped o se vuelven directamente patogénicos por alteración de la función neuroendócrina, o b) inducen comportamientos que dañan la salud (especialmente en relación con el uso de sustancias psicoactivas, la dieta y los comportamientos sexuales).

El “ambiente social” comprende los factores psicosociales generados por la interacción humana: jerarquías dominantes, desorganización social, cambio social rápido, marginalidad, incluyendo el aislamiento social. Neutralizando a los anteriores, el “**capital social**” y la “**cohesión social**” se proponen (y refutan) como ventajas psicosociales poblacionales que pueden mejorar la salud de la población a través de su influencia sobre las normas y del fortalecimiento de los vínculos de la “sociedad civil”, pero con la advertencia de que la pertenencia a determinadas formaciones sociales puede dañar a los miembros del grupo (vg. las normas del grupo alientan comportamientos de alto riesgo) o a quienes no son miembros de él (vg. el daño causado a los grupos sujetos a discriminación por los grupos que apoyan la discriminación).

La atención cambia de la “**etiología específica**” a la “**susceptibilidad generalizada**”. Por lo tanto, la mayoría de las intervenciones para reducir la enfermedad deberían mejorar y fortalecer los apoyos sociales en lugar de reducir la exposición a los factores estresantes. Comparativamente menos atención, teórica y empíricamente, se otorga a: 1) quién y qué genera las injurias y los protectores psicosociales, y 2) cómo su distribución –junto con la de los agentes patógenos físicos, químicos y biológicos– está determinada por las políticas generales, sociales, y económicas. Es como si, parafraseando a Antonovsky (1987), el estudio de por qué algunas personas nadan bien y otras se ahogan cuando son arrojadas al río, desplazará el análisis de quién arroja a quién a la corriente, y de qué otras cosas deberían estar en el agua.

b.- Producción social de la enfermedad/economía política de la salud

Ambos marcos teóricos abordan explícitamente los determinantes económicos y políticos de la salud y de la distribución de la enfermedad en una sociedad y entre diferentes sociedades, como las barreras estructurales a que las personas vivan de forma sana. La hipótesis subyacente es que las instituciones y decisiones económicas y políticas que crean, imponen y perpetúan los privilegios y desigualdades económicas y sociales son las raíces o causas “fundamentales” de las desigualdades sociales en el campo de la salud. Los análisis teóricos examinan la interdependencia de las manifestaciones institucionales e interpersonales de las relaciones de poder injustas.

La perspectiva de la **producción social de la enfermedad** tiene cuatro implicaciones para la acción: 1) las estrategias para mejorar la salud de la población requieren una visión de **justicia social**, respaldada por una organización activa para cambiar políticas y normas sociales y económicas injustas; 2) la ausencia de interés sobre la **equidad social**, el crecimiento económico y las intervenciones de salud pública pueden terminar agravando las desigualdades sociales en salud; 3) un marco sistemático para delinear la responsabilidad gubernamental para promover y proteger la salud; y 4) los epidemiólogos sociales deben ser actores importantes supervisando las desigualdades sociales en la salud.

A pesar de sus contribuciones para identificar los determinantes de la salud de la población, la perspectiva de la producción social de la enfermedad brinda pocos elementos para investigar qué determinan estos determinantes y no busca de forma sistemática integrar los conceptos biológicos. Por otra parte, no ofrece principios para pensar intervenciones específicas de salud pública para atacar las desigualdades sociales en salud, más allá de asegurar condiciones de vida adecuadas y reducir la desigualdad económica. Tanto las intervenciones sobre las condiciones de vida como las no económicas (aunque con costos y consecuencias económicas) importan. Se requieren para ello marcos conceptuales multi-nivel, que integren el razonamiento social y biológico y la historia.

c.- Teoría ecosocial y perspectivas dinámicas relacionadas multi-nivel

Enfocado en la pregunta “quién y qué manejan los cambiantes modelos actuales de las desigualdades sociales en salud”, el *abordaje ecosocial* abraza la perspectiva de la producción social de la enfermedad, al mismo tiempo que apunta a un rico análisis biológico y ecológico.

Estudia la evolución de las relaciones entre los organismos vivientes, la materia inanimada y la energía a través del tiempo y el espacio. Los elementos básicos de este abordaje son:

- a. **Magnitud:** se refiere a las dimensiones cuantificables de fenómenos observados en tiempo y espacio, (si se miden en nanosegundos o milenios, micras o kilómetros);
- b. **Nivel de organización:** en relación con jerarquías específicas organizadas desde el individuo a la población y al ecosistema;
- c. **Estados dinámicos:** reflejan la interacción combinada de “entradas” y “salidas” específicas animadas e inanimadas, y el reconocimiento de que los procesos operativos y los fenómenos pueden ser magnitud-dependientes (vg. los factores relevantes para la autorregulación de la temperatura del cuerpo de un organismo difieren de aquéllos involucrados en la autorregulación de la temperatura global de la tierra);
- d. **Modelos matemáticos:** empleados para entender cómo los grupos de organismos y los procesos trabajan conjuntamente.

- e. **Comprensión de fenómenos únicos en relación con procesos generales:** en el caso de poblaciones, por ejemplo, no hay dos conjuntos completamente idénticos, aunque compartan importantes rasgos y procesos en común, relevantes para entender su génesis, longevidad, y degradación o declive.

Desde una **perspectiva ecosocial**, es posible formular varias estructuras que sirvan como guía para la investigación epidemiológica. Una construcción ecológica relevante incluye los siguientes conceptos nucleares (Krieger, 2005; McLaren, 2005) [Cuadro 2.2.1.a]:

Conceptos nucleares de la teoría ecosocial

1. Incorporación	Concepto que se refiere a la manera en que literalmente incorporamos biológicamente el mundo material y social en que vivimos, desde la concepción a la muerte. Corolario: ningún aspecto de nuestra biología puede entenderse fuera del conocimiento de la historia y de los modos de vida individuales y sociales. La incorporación en epidemiología se entiende como: a) una estructura, proceso, y realidad, contingente en la existencia corporal; b) un fenómeno multinivel, integrando cuerpo, psique, y sociedad, dentro del contexto histórico y ecológico, opuesto a la consideración por separado de los genes, conductas y mentes; c) una clave de historias de vida, ocultas y reveladas; y d) la expresión de las intrincadas consecuencias de las diversas formas de desigualdad social.
2. Vías de incorporación	Estructuradas simultáneamente por: (a) la organización social del poder y de la propiedad y los modelos contingentes de producción, consumo, y reproducción, y (b) las restricciones y posibilidades de nuestra biología, determinadas por la historia evolutiva de nuestra especie, nuestro contexto ecológico, y las historias individuales, es decir, las trayectorias de desarrollo biológico y social.
3. Interacción acumulativa entre exposición, susceptibilidad y resistencia	Expresada en los mecanismos de incorporación, con cada factor y su distribución conceptualizados en múltiples niveles (individual, barrial, regional, nacional, inter o supra-nacional) y en múltiples dominios (por ejemplo: hogar, trabajo, escuela, otros escenarios públicos), en relación con los nichos ecológicos relevantes, y manifestada en procesos de magnitudes múltiples de tiempo y espacio.
4. Responsabilidad y autoría	Expresadas en las vías de incorporación y en los conocimientos sobre ella, en relación con instituciones (gobierno, sectores público y negocios), hogares e individuos, y también las de epidemiólogos y otros científicos, por las teorías usadas para explicar las desigualdades sociales en la salud. Corolario: dada la probable existencia de explicaciones causales complementarias a diferentes escalas y niveles, los estudios epidemiológicos deberían especificar sus escalas y niveles de análisis particulares, y considerar sus beneficios y limitaciones.
(Krieger, 2005)	

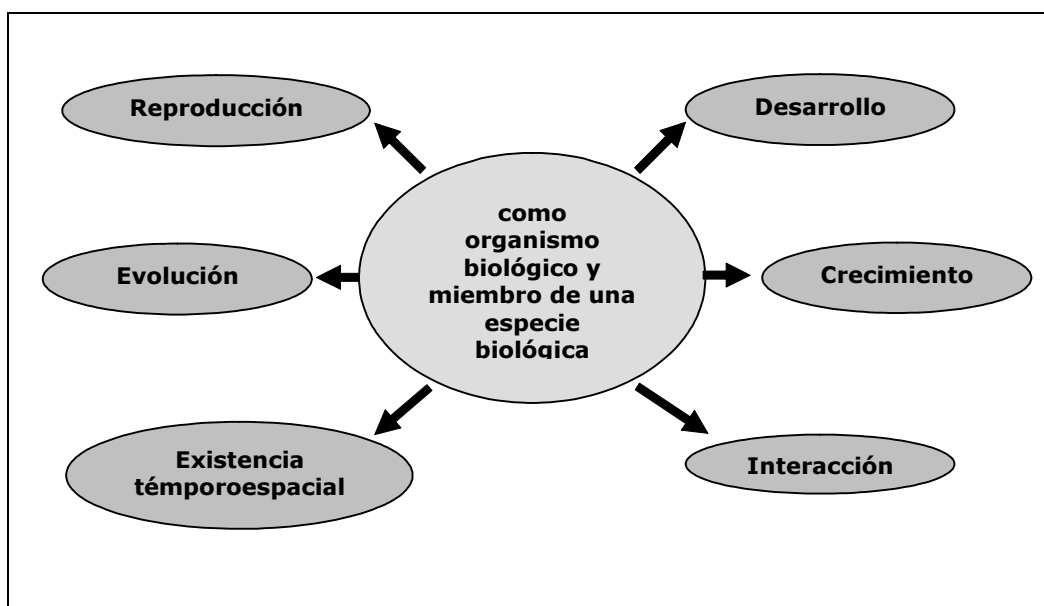
Cuadro 2.2.1.a

El concepto de “**incorporación**” o de “**expresión biológica de la desigualdad social**”, esencial para la epidemiología social, ha sido evidente en el pensamiento epidemiológico desde la aparición de la disciplina a principios del siglo XIX, aunque no siempre se haya denominado explícitamente de esta forma. Como ejemplos se pueden mencionar las expresiones biológicas de la pobreza y de diversos tipos de discriminación, como los basados en la raza/etnia, el género, la sexualidad, la clase social, la discapacidad o la edad. Que estas expresiones biológicas de la desigualdad social se interpreten como la expresión de características innatas o impuestas, individuales o sociales, depende en parte de las mismas desigualdades sociales que modelan la salud de la población. El concepto de “**expresión biológica de la desigualdad social**” contrasta así con las formulaciones deterministas biológicas que tratan de explicar las desigualdades sociales en el campo de la salud

a través de procesos y rasgos biológicos utilizados tautológicamente para definir la pertenencia a los grupos subordinados o dominantes (vg. el color de la piel o el sexo biológico).

Obviamente, la incorporación necesita de un cuerpo. La comprensión de las vías probables de la incorporación requiere una definición de lo que los cuerpos hacen, simultáneamente como organismos biológicos y como seres sociales. Esto incluye los siguientes aspectos (Krieger, 2005), como se expresa en los cuadros 2.2.1.b y 2.2.1.c.

Definición de aspectos seleccionados de los cuerpos como organismos biológicos

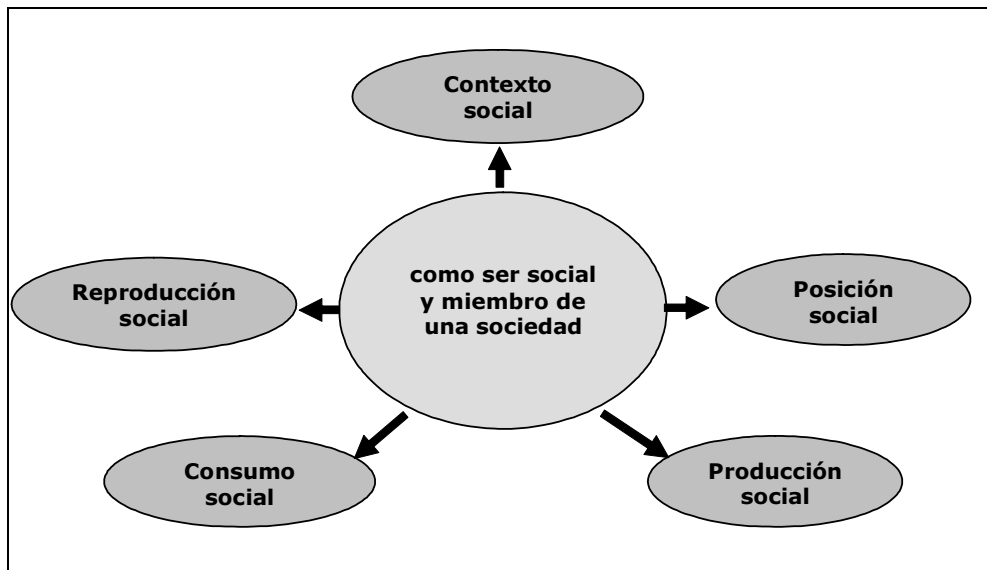


Cuadro 2.2.1.b

Como organismo biológico y miembro de una especie biológica [Cuadro 2.2.1.b]:

- **Reproducción:** la capacidad de dar lugar a la próxima generación, asexualmente (típicamente el caso de las bacterias, la forma más común de vida en la Tierra) o sexualmente (involucrando la contribución de información genética de ambos padres biológicos), aún cuando no todos los organismos se reproduzcan.
- **Desarrollo:** la historia de vida cambia dentro de un organismo, involucrando la generación de diversidad celular, diferenciación, y morfogénesis.
- **Crecimiento:** aumento en el tamaño físico; en los organismos multicelulares, por procesos que involucran regulación de división celular, adición de nuevas células (por mitosis), y desaparición de las células existentes (por apoptosis).
- **Interacción:** con otros miembros de la especie, con otros organismos en el mismo ecosistema, y con el/los ambiente/s físico/s en que el ecosistema se localiza, para satisfacer las necesidades básicas de alimento, seguridad, placer, procreación, y descanso, incluyendo evitar los estímulos nocivos, y buscando ambientes aptos para la vida.
- **Existencia en tiempo y espacio:** del nacimiento hasta la muerte, los cuerpos existen (y se mueven) en ecosistemas espacial y temporalmente delimitados, con patrones geográficos contingentes de temperatura, clima, altitud, y cambio diurno (períodos de luz y oscuridad).
- **Evolución:** dado el criterio clave de reproducción, herencia, y variación genética, la evolución involucra la emergencia de nuevos rasgos y nuevas especies, reflejando la habilitación y restricción de posibilidades a través de procesos biológicos históricamente contingentes que son «seleccionados o «filtrados» en un contexto de cambio ambiental.

Definición de aspectos seleccionados de los cuerpos como seres sociales



Cuadro 2.2.1.c

Como ser social y miembro de una sociedad [Cuadro 2.2.1.c]:

- **Contexto social:** vivir la vida en sociedad (o sociedades) de la cuál uno es miembro, de cara al período histórico, la economía, el sistema político y legal, la tecnología, los derechos, recursos, relaciones, e instituciones sociales, culturales, civiles, económicos y políticos, más la ubicación en la economía global y las instituciones globales de gobierno.
- **Posición social:** nacido en y/o llevado a, y en consecuencia, qué tipo de familia y/o vivienda, de cara a las relaciones sociales de clase, género, sexualidad, raza/etnia, y otras divisiones sociales relevantes basadas en el poder, la propiedad, y la desigualdad social.
- **Producción social:** engarzada en procesos, relaciones e instituciones socialmente delimitados, dependiente de la posición social del individuo, involucrando la producción, intercambio, distribución y consumo de bienes y servicios, y también las ideas e información, con distribución diferencial y transferencia inter-generacional de recursos típicamente reforzados por la ley.
- **Consumo social:** comprometido en procesos, relaciones e instituciones socialmente delimitados, dependiente de la posición social del individuo, involucrando la adquisición y el consumo de bienes, servicios, ideas e información requeridos para satisfacer las necesidades básicas (para la supervivencia física) y las necesidades sociales (para una vida socialmente significativa).
- **Reproducción social:** procesos socialmente delimitados que sostienen, modifican, o reemplazan estructuras, relaciones e instituciones sociales.

Con estas estructuras, podemos comenzar a elucidar modelos de salud, enfermedad y bienestar de la población como expresiones biológicas de las relaciones sociales, y ver igualmente cómo las relaciones sociales influyen nuestra comprensión básica de la biología y nuestras construcciones sociales de la enfermedad, generando nuevo conocimiento y nuevas bases para la acción.

Por ejemplo, una perspectiva ecosocial puede contribuir a desentrañar el exceso de riesgo de hipertensión entre los afro-americanos utilizando las cuatro construcciones ecosociales (Krieger, 2001). Se proponen seis vías multi-nivel discretas (aunque imbricadas), para relacionar expresiones de discriminación racial y su incorporación biológica a lo largo de la vida. Estas son:

- a. **carencia económica y social:** por ejemplo, la segregación residencial y ocupacional conduce a una deprivación económica mayor entre los afro-americanos y la probabilidad aumentada de vivir en barrios sin buenos comercios; el riesgo de hipertensión se aumenta por las dietas baratas, altas en grasas y pobres en verdura; además, la carencia económica aumenta riesgo de nacer pretérmino, dañando el desarrollo renal y aumentando la probabilidad de retención sódica crónica;
- b. **sustancias tóxicas y condiciones de riesgo:** la segregación residencial aumenta el riesgo de exposición a pinturas con plomo en las viviendas antiguas y suelos contaminados con plomo de los escapes vehiculares (debido a la mayor proximidad de las viviendas a calles o autopistas); el plomo daña la fisiología renal, aumentando el riesgo de hipertensión;
- c. **trauma socialmente infligido:** la percepción de la discriminación racial provoca miedo y encoleriza, disparando la respuesta “de lucha o de huida” ; la activación crónica de esta vía aumenta la carga alostática, llevando a la hipertensión;
- d. **marketing dirigido:** el marketing de bebidas con alto contenido alcohólico dirigido a las comunidades negras, incrementa la probabilidad del uso nocivo del alcohol para reducir sentimientos de dolor; el exceso de consumo de alcohol eleva el riesgo de hipertensión;
- e. **atención de salud inadecuada:** la pobre detección y el escaso manejo clínico entre los afro-americanos aumentan el riesgo de hipertensión no tratada y no controlada;
- f. **resistencia a la opresión racial:** los recursos individuales y de la comunidad y los movimientos sociales contra el racismo y para reforzar la dignidad, junto con la promulgación y aplicación de legislación para proscribir la discriminación racial, reducen riesgo de hipertensión entre los afro-americanos.

El abordaje ecosocial reconsidera las diferencias “raciales” en la biología (vg. función renal, presión sanguínea) como expresiones biológicas del racismo, mutables e incorporadas. Más que simplemente agregar la “biología” al análisis “social”, o los “factores sociales” al análisis “biológico”, el abordaje ecosocial promueve una aproximación integrada y sistemática capaz de generar las nuevas hipótesis, en lugar de reinterpretar factores identificados por un abordaje (vg. biológico) en términos de otro (vg. social) (Krieger, 2005).

3.- Los determinantes de la salud influyen sobre la salud de las poblaciones

3.1.- Concepto [Cuadro 3.1]

Secuencia de determinantes de la Salud

¿Qué hace que la gente esté sana o no? (Toward a healthy Future, 1999)

Esta simple historia habla del complejo conjunto de factores o condiciones que determinan el nivel de salud de todos los canadienses.

**¿Por qué está Jason en el hospital?
Porque se le infectó el pie.**

**¿Pero por qué se le infectó?
Porque se ha cortado el pie y se le infectó.**

**¿Pero por qué se ha cortado el pie?
Porque estaba jugando en el basural vecino a su casa y se cayó sobre un fierro cortante.**

**¿Pero por qué estaba jugando en un basural?
Porque vive en un barrio pobre. Muchos niños juegan allí y no hay nadie que los vigile.**

**¿Pero por qué vive en ese barrio?
Porque sus padres no pueden darle un lugar mejor para vivir.**

**¿Pero por qué sus padres no pueden darle un lugar mejor para vivir?
Porque su padre está desocupado y su madre está enferma.**

**¿Pero por qué su padre está desocupado?
Porque no hay trabajo.**

¿Pero por qué...?"

Cuadro 3.1

Los determinantes son un “conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones” (OMS, 1998). Comprenden los comportamientos y los estilos de vida saludables, los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos. Combinados todos ellos, crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud. Los cambios en estos estilos de vida y condiciones de vida, que determinan el estado de salud, son considerados como resultados intermedios de salud.

Son factores que influyen y modelan la salud de los individuos y las comunidades (Public Healthy Agency of Canada). El **Informe Lalonde** estableció en 1974 un marco conceptual para los factores clave que parecían determinar el estado de salud: estilo de vida, ambiente, biología humana y servicios de salud. Desde entonces, este marco básico se ha reforzado y expandido (Lalonde, 1974). En particular, hay creciente evidencia de que la contribución de la Medicina y la atención de la salud es bastante limitada, y que aumentar el gasto en atención no resultará en mejoras significativas en la salud de la población. Por otro lado, hay fuertes indicios de que otros factores como las condiciones de vida y de trabajo son crucialmente importantes para una población saludable.

Los determinantes sociales de la salud (DSS) son las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, o en la frase de Tarlov “las características sociales dentro de las cuales la vida

tiene lugar". Los DSS apuntan tanto a los rasgos específicos del contexto social que afecta la salud como a los mecanismos por los cuales las condiciones sociales se traducen en impactos de salud (Marmot, 2001; WHO, 2005).

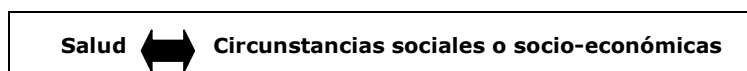
Se refieren a las características específicas y a las vías mediante las cuales las condiciones sociales afectan a la salud, que pueden ser alteradas a través de intervenciones (Krieger, 2002). Como determinantes, estos procesos y condiciones sociales se conceptualizan como "factores esenciales" que "fijan ciertos límites o ejercen presiones", aunque sin ser necesariamente "deterministas" en el sentido de "determinismo fatalista".

El concepto de DSS se originó en una serie de críticas publicada en la década de 1970 y principios de la de 1980, que resaltó las limitaciones de las intervenciones de salud orientadas a los riesgos de enfermedad en los individuos, como se vio anteriormente. Se sostenía que el abordaje teórico y práctico de la salud requerían un enfoque en la población, dirigiendo la investigación y la acción política a las sociedades. Se debía reenfoque "río arriba" desde los factores de riesgo individual hacia los modelos sociales y estructurales que originan las oportunidades para ser saludable.

3.1.1.- Propiedades de los determinantes sociales

- Cada factor es importante por sí mismo. Al mismo tiempo, estos factores están interrelacionados. La influencia combinada de estos factores en conjunto determina el estado de salud.
- Actúan a múltiples niveles: individual, familiar, local comunitario o social.
- Son acumulativos.
- Son causales (directa o indirectamente) o protectores.
- Posiblemente actúen en ambos sentidos [Cuadro 3.1.1]:

Relación Salud y Circunstancias



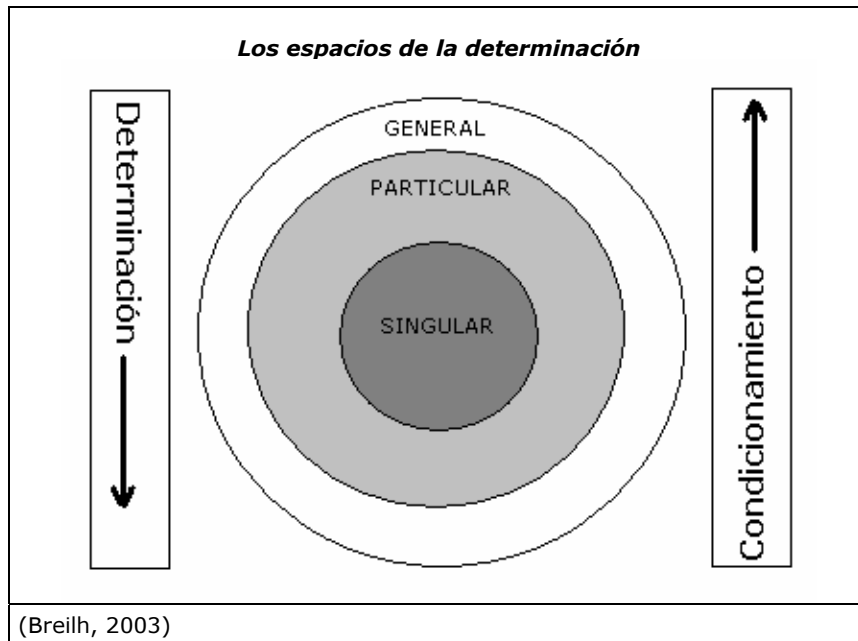
Cuadro 3.1.1

3.2.- La relación de determinación

En las relaciones entre categorías complejas como son las sociales, no puede hablarse de **causa** en el sentido convencional (Róvere, 1993). Es necesario hablar de **explicaciones**. Una explicación se puede vincular con un efecto (problema) a través de una relación de **determinación**.

Un hecho (explicación) determina el espacio de lo *posible* de otro hecho (problema), como un bote que se encuentra anclado con una cuerda extensa, puede tener distintas ubicaciones (grados de libertad), siempre que no esté más allá de la distancia total de la cuerda. Diríamos, entonces, que la cuerda determina o marca el espacio de variedad de lo posible en cuanto a la ubicación del bote (vg. en una Universidad, el presupuesto determina el espacio de variedad de lo posible). Por su parte, el **condicionamiento** significa que un hecho le pone condiciones a la existencia o a la eficacia de otro. Vg. el nivel de los alumnos condiciona la eficacia de proceso educativo.

Las explicaciones están ubicadas en espacios: general, particular y singular [Cuadro 3.2.a]



Cuadro 3.2.a

El espacio general representa la lógica general de la reproducción social, el espacio particular los modos y estilos de vida personales y el singular los procesos geno-fenotípicos en el nivel individual (Breilh, 2003).

Entre lo macro (nivel general) y lo micro (nivel particular) existe una relación jerárquica de *subsunción* y *autonomía relativa*. Es decir que las explicaciones más estructurales o generales, suelen *determinar* el espacio de variedad de lo posible a las explicaciones más singulares y fenoménicas (subsunción); pero por otro lado, estas explicaciones tienen grados de libertad (concepto tomado de la química que se refiere a la existencia de valencias libres o ligaduras) que usan en parte para **condicionar la eficacia de sus propias determinaciones**. Es decir, las explicaciones más fenoménicas y singulares condicionan la eficacia de los hechos o explicaciones más generales que los determinan (autonomía relativa).

Siguiendo a Breihl, –fundador de la **epidemiología crítica** que se enmarca en las teorías de la producción social de la enfermedad–, una de las más significativas contribuciones teóricas al estudio de la determinación las ofreció **Mario Bunge** (Bunge, 1972).

Son tres las acepciones más frecuentes que se dan en la ciencia al concepto determinación:

- *Son procesos determinados* los procesos definidos, con características definidas.
- *Son procesos determinados* los que mantienen conexión constante y unívoca. Este es el uso más frecuente y está ligado a la noción de conexión necesaria.
- *Son procesos determinados* los que tienen un modo de devenir definido.

La tercera acepción de determinación la que más aporta para la explicación científica de la génesis de los procesos, y la que permite incorporar el principio aludido sin caer en el determinismo; es decir la que lo relaciona con el **modo de devenir**, forma (acto o proceso) en que un objeto adquiere sus propiedades.

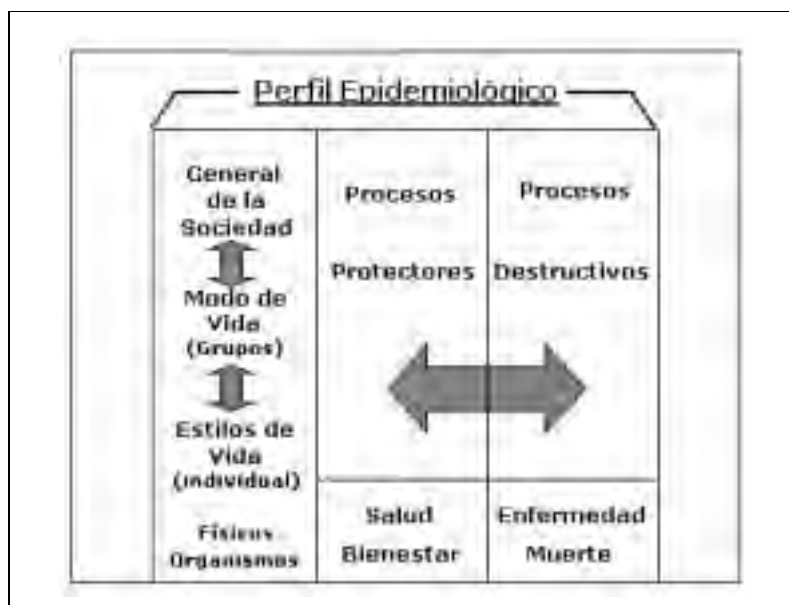
“Todo lo que hace falta para sostener la determinación en sentido general es admitir la siguiente hipótesis:

- *que los acontecimientos ocurren en una o más formas definidas (determinadas),*
- *que tales formas de devenir no son arbitrarias sino legales y*
- *que los procesos a través de los cuales todo objeto adquiere sus características se desarrollan a partir de condiciones preexistentes”* (Bunge, 1972).

Los modos de devenir que determinan la salud se desarrollan mediante un conjunto de *procesos* (Róvere, 1993). Los procesos en que se desenvuelve la sociedad y los modos de vida grupales adquieren propiedades **protectoras/benéficas** (saludables) o propiedades **destructivas/ deteriorantes** (insalubres). Cuando un proceso se torna beneficioso, se convierte en un favorecedor de las defensas y soportes y estimula una direccionalidad favorable a la vida humana, individual y/o colectiva, y en ese caso lo llamamos **proceso protector** o benéfico; mientras que cuando ese proceso se torna un elemento destructivo, provoca privación o deterioro de la vida humana individual o colectiva, lo llamamos **proceso destructivo** humano del grupo involucrado. La operación en uno u otro sentido puede tener, asimismo, carácter permanente y no modificarse hasta que el modo de vida no sufra una transformación de fondo, o puede tener un carácter contingente o incluso intermitente, cuando haya momentos en que su proyección sea de una o de otra naturaleza.

El perfil epidemiológico de una población expresa la relación dinámica entre los procesos protectores y destructivos que participan en la definición del modo de devenir de la salud, en las múltiples dimensiones de la reproducción social [Cuadro 3.2.b].

Perfil epidemiológico



Cuadro 3.2.b

3.3.- Determinantes de la salud actualmente identificados por evidencia

El reconocimiento que los factores sociales y medioambientales influyen decididamente sobre la salud de las personas es antiguo. Las campañas sanitarias del siglo XIX y gran parte del trabajo de los fundadores de salud pública moderna reflejaron la poderosa relación entre la posición social de personas, sus condiciones de vida y sus resultados de salud. En el siglo XX, varios países hicieron notables esfuerzos orientándose hacia las dimensiones sociales de salud en la década de 1990 y primeros años del 2000. Las raíces directas de los esfuerzos contemporáneos para identificar y atacar las desigualdades de salud socialmente-determinadas se encuentran en el **Informe Lalonde** (1974) y el **Informe Negro en el Reino Unido** (1980) (WHO, 2005).

3.3.1.- Determinantes de salud señalados por el Ministerio de Salud de Canadá

El Informe Lalonde fue uno de los primeros estudios que propuso un marco comprehensivo para los determinantes de salud, incluyendo los estilos de vida, el ambiente social y físico, la biología humana y los servicios de salud. Desde entonces, mucho se ha avanzado en la refinación y profundización desde este marco conceptual básico. En particular, existe importante evidencia de que *otros factores diferentes de la Medicina y la atención de la salud (cuya contribución es limitada)*, son crucialmente importantes para tener una población sana. Actualmente son doce, pero esta lista puede evolucionar a medida que la investigación en salud de la población progrese. Forman parte de lo que se denomina “abordaje de salud de la población”, que considera el rango completo de factores y condiciones individuales y colectivos -y sus interacciones- que han demostrado estar correlacionadas con el estado de salud. Comúnmente llamados “determinantes de salud”, estos factores incluyen [Cuadro 3.3.1].

Determinantes de la Salud

<ol style="list-style-type: none">1. El ingreso y el estatus social2. Las redes de apoyo social3. La educación4. El empleo/las condiciones de trabajo5. Los ambientes sociales6. Los ambientes físicos7. La práctica de salud personal y las habilidades para cubrirse8. El desarrollo infantil saludable9. La biología y la dotación genética10. Los servicios de salud11. El género12. La cultura
(Public Health Agency of Canada)

Cuadro 3.3.1

3.3.2.- Determinantes de salud señalados por la Organización Mundial de la Salud

En el año 2003, La OMS Regional Europa publicó la segunda edición de “*Los Determinantes Sociales de la Salud. Los hechos contundentes*”, editada por Richard Wilkinson y Michael Marmot (WHO, 2003).

Como establecen Marmot y Wilkinson, la política de salud alguna vez se pensó como muy poco más que la oferta y el financiamiento de la atención médica. Esto ha cambiado y los determinantes sociales de salud han dejado de ser discutidos sólo entre académicos. “Mientras el cuidado médico puede prolongar la supervivencia y mejora el pronóstico en algunas enfermedades severas, más importante para la salud de la población en su conjunto son las condiciones sociales y económicas que hacen que las personas enfermen y tengan necesidad de atención médica. No obstante, el acceso universal a la atención médica es claramente uno de los determinantes sociales de salud”. La publicación no menciona a los *genes*, ya que considera que forman parte de la susceptibilidad *individual*, mientras que las causas de enfermedad que afectan las *poblaciones* son ambientales y cambian más rápidamente que los genes, reflejando la forma de vida del conjunto. Son las condiciones sociales y económicas (y a veces ambientales) que afectan la salud de la gente, como lo demuestra la evidencia acumulada relacionándolos con enfermedades físicas, enfermedades mentales y mortalidad [Cuadro 3.3.2.a].

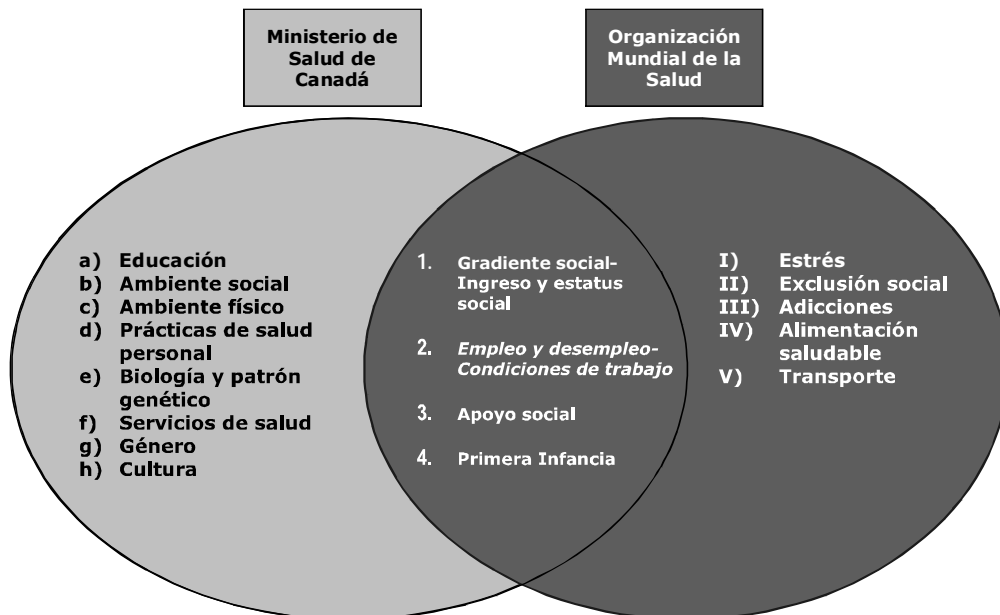
Condiciones de Salud

1. Gradiente social
2. Estrés
3. Infancia temprana
4. Exclusión social
5. Condiciones de trabajo
6. Desempleo
7. Apoyo social
8. Adicciones
9. Alimentación saludable
10. Transporte

Cuadro 3.3.2.a

En el cuadro siguiente, se establece una comparación entre los determinantes establecidos por el Ministerio de Salud de Canadá y la Organización Mundial de la Salud. Posteriormente, se analizará cada uno de ellos, considerando en primer lugar los señalados por ambas instituciones, luego los del gobierno canadiense y por último los de OMS [Cuadro 3.3.2.b].

Determinantes de salud señalados por la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud de Canadá



Cuadro 3.3.2.b

3.3.3.- Características de los determinantes sociales

a.- Ingreso y estatus social- Gradiente social

Estatus Social se refiere a la posición social de una persona en relación con las otras, su importancia relativa. Afecta a la salud determinando el *grado de control* que la gente tiene sobre las circunstancias de la vida. Afecta su capacidad para actuar y hacer elecciones por sí mismos. La

posición social alta y el ingreso, de algún modo actúan como un escudo contra la enfermedad (Public Health Agency).

El gradiente social determina que a más bajo nivel social, la expectativa de vida es menor, y mayor la frecuencia de enfermedad. Las personas de clase social baja corren un riesgo por lo menos dos veces mayor de enfermedad seria o muerte prematura, que aquellas que se encuentran en el nivel más alto. *Los efectos no están confinados a los pobres: el gradiente social en salud atraviesa toda la sociedad.* Se debe a causas materiales y psicosociales (WHO, 2005).

Las personas que ganan los salarios más altos de la escala, son más saludables que las de ingresos medios. Las personas con ingresos medios, a su vez, son más saludables que las personas con ingresos bajos (Public Health Agency of Canada). Las personas más pobres viven menos y están enfermas con más frecuencia que las ricas. Esta disparidad se debe a la marcada sensibilidad de la salud al ambiente social (WHO, 2003).

Con un ingreso alto, uno tiene la capacidad para: adquirir vivienda adecuada, alimentos y otras necesidades básicas, hacer más elecciones y sentirse más en control sobre las decisiones en la vida. Este sentimiento de estar en control es básico para una buena salud.

b.- Empleo y desempleo-Condicionales de trabajo

Las personas con más control sobre las circunstancias de su trabajo y sin demandas estresantes son más saludables y viven más que aquellas con un trabajo más riesgoso o estresante. Los riesgos y lesiones en el ambiente laboral son causa significativa de problemas de salud (Public Health Agency of Canada).

La salud se deteriora cuando no hay oportunidades para demostrar habilidades y se tiene poca autoridad decisoria. Las recompensas inadecuadas, ya sea en términos de dinero, estatus o autoestima, están asociadas con aumento del riesgo cardiovascular (WHO, 2003).

Desempleo y subempleo están asociados con mala salud. El impacto del desempleo en la salud se traduce en muerte temprana, tasas más altas de suicidio y enfermedad coronaria en los que han estado desempleados por una cantidad significativa de tiempo; problemas emocionales de las esposas e hijos, especialmente en los adolescentes; recuperación incompleta y lenta de la salud física y mental después del desempleo (Public Health Agency of Canada). Los efectos están vinculados a sus consecuencias psicológicas y los problemas financieros (WHO, 2005).

La seguridad del trabajo aumenta salud, bienestar y satisfacción en el trabajo. La inseguridad laboral incrementa los problemas de salud mental (ansiedad y depresión), mala salud autorreportada y enfermedad cardíaca. La inseguridad laboral continua actúa como un estresor crónico, cuyos efectos crecen con el tiempo de exposición (WHO, 2005).

c.- Redes sociales de apoyo

Una *red social de apoyo* significa (Public Health Agency of Canada):

- tener familia o amigos disponibles en tiempos de necesidad,
- creer que uno es valioso para apoyar cuando otros están con necesidad.

El apoyo de familiares, amigos y comunidades está asociado con una mejor salud. Constituye una relación de contención y cuidado que parece actuar como buffer. Puede afectar: la salud psicológica (emocional), la salud física, la percepción de salud y la manera en que individuos y familias manejan la enfermedad y la dolencia.

Los lugares de trabajo, escuelas, familias, amigos e iglesias dan y reciben apoyo social en la comunidad.

Las personas con menos apoyo social y emocional experimentan menos bienestar, más depresión, un riesgo mayor de complicaciones en el embarazo, y de invalidez en las enfermedades crónicas (WHO Regional Office for Europe, 2003). La *cohesión social* –definida como la calidad de las relaciones sociales y la existencia de confianza, obligaciones mutuas, y el respeto en las comunidades o en la sociedad– ayuda a proteger a las personas y su salud. La *pobreza* contribuye a la exclusión social y el aislamiento.

d.- Desarrollo infantil saludable

El efecto de las experiencias prenatales y de la primera infancia sobre las futuras habilidades para cubrirse, y el bienestar es muy poderoso. Los niños nacidos en familias de bajos recursos son más propensos a tener bajo peso al nacer, comer menos alimentos nutritivos y tener dificultades sociales a lo largo de sus vidas. Las madres de cada peldaño en la escala de ingreso tienen bebés con pesos más altos, en promedio, que las del peldaño inferior (Public Health Agency of Canada).

Desarrollo infantil saludable significa buena salud física, incluyendo buena nutrición, desarrollo físico, mental y social apropiado para la edad; capacidad de hacer conexiones sociales efectivas con otros; habilidades adaptativas incluyendo el manejo de estrés; control sobre las elecciones de la vida; sentimiento de pertenencia y autoestima.

Las bases de la salud del adulto yacen en el tiempo anterior al nacimiento y en la primera infancia. El retardo en el crecimiento y el escaso apoyo emocional reducen las funciones físicas, cognitivas y emocionales en la escuela y la edad adulta. El desarrollo fetal escaso es un riesgo para la salud en la vida posterior. El retardo del crecimiento físico en la infancia está asociado con desarrollo y función reducidos a nivel cardiovascular, respiratorio, pancreático y renal (WHO, 2003).

e.- Educación

En promedio, las personas con mayores niveles educativos, tienen mayores probabilidades de ser empleados, tener trabajos con más alto estatus social y tener ingresos estables. La educación: incrementa las elecciones y oportunidades disponibles, la seguridad y satisfacción en el trabajo, mejora la “alfabetización en salud”, aumenta la seguridad financiera y brinda a las personas las habilidades necesarias para identificar y resolver problemas individuales y grupales.

f.- Ambiente físico

El ambiente físico afecta la salud directamente en el corto plazo e indirectamente en el largo plazo. Una buena salud requiere acceso a buena calidad del agua, aire y alimentos. En el largo plazo, si la economía crece degradando el medio ambiente y vaciando los recursos naturales, la salud humana se deteriorará. Mejorar la salud de la población requiere un *medio ambiente sustentable*. Los factores del ambiente construido por el hombre como el tipo de vivienda, la seguridad en las comunidades y lugares de trabajo y el diseño vial, son también importantes.

g.- Ambiente social

El orden de valores y normas en una sociedad influye sobre la salud y el bienestar de los individuos y las poblaciones de varias maneras. La estabilidad social, el reconocimiento de la diversidad, la seguridad, las buenas relaciones laborales y la cohesión comunitaria brindan la contención que reduce o elimina muchos riesgos potenciales para una buena salud. Se ha demostrado que una baja disponibilidad de apoyo emocional y una escasa participación social tienen un impacto negativo en la salud y el bienestar.

h.- Práctica de salud personal y habilidades para cubrirse

La práctica de salud personal comprende las decisiones individuales (conductas) de la gente que afectan su salud directamente: fumar, elecciones dietarias, actividad física. Las habilidades para cubrirse son las maneras en que se enfrenta una situación o problema. Son los recursos internos que la gente tiene para: prevenir la enfermedad, incrementar la auto-confianza y manejar las influencias externas y las presiones.

i.- Biología y dotación genética

La biología básica y la matriz orgánica del cuerpo humano son determinantes fundamentales de la salud. La dotación genética predispone para un amplio rango de respuestas individuales que

afectan el estado de salud. Aunque el estatus socio-económico y los factores ambientales son importantes determinantes de la salud global, en algunas circunstancias la dotación genética predispone a enfermedades particulares o problemas de salud.

j.- Servicios de salud

Los servicios de salud, especialmente aquellos diseñados para promover y mantener la salud, para prevenir la enfermedad, y restaurar la salud y la función, contribuyen a la salud de la población. El continuo de servicios de atención de la salud incluye la prevención secundaria y terciaria.

k.- Género

El género se refiere al orden de los roles socialmente determinados, rasgos de personalidad, actitudes, conductas, valores, poder e influencia *relativos* que la sociedad adscribe a ambos sexos sobre una base diferente, más que a sus diferencias biológicas. Muchas cuestiones de salud son función de roles o estatus basados en el género.

l.- Cultura

Cultura y etnia son productos de la historia personal y de factores sociales, políticos, geográficos y económicos. Son importantes para determinar:

- El modo en que la gente interactúa con el sistema de salud.
- Su participación en programas de prevención y promoción.
- El acceso a la información de salud.
- Las elecciones de estilos de vida saludables.
- La comprensión del proceso salud-enfermedad.

Los valores culturales “dominantes” determinan el medio social y económico de las comunidades. Por lo tanto, algunos grupos enfrentan mayores riesgos de salud debido a: marginación, pérdida/devaluación de la cultura y el lenguaje y falta de acceso a servicios de salud culturalmente apropiados.

m.- Estrés

Las circunstancias estresantes, que hacen a las personas sentirse preocupados, ansiosos e incapaces de superación, son dañinas para la salud y pueden conducir a una muerte prematura. A más bajo nivel en la jerarquía social, mayor frecuencia de estos problemas y mayor vulnerabilidad para: enfermedades infecciosas, diabetes, hipertensión, infarto, ACV, depresión y agresión, y muerte prematura.

n.- Exclusión social

“La vida es corta cuando es de mala calidad”. La pobreza absoluta es la falta de las necesidades materiales de la vida (vg. desempleados, grupos étnicos minoritarios, obreros golondrina). La pobreza relativa comprende a los que perciben menos de 60% del ingreso medio nacional (no acceden al albergue decente, la educación y el transporte). La exclusión social es particularmente dañina durante el embarazo, y para los bebés, los niños y los ancianos. También es resultado del racismo, la discriminación, la estigmatización, la hostilidad y el desempleo. La pobreza y la exclusión social aumentan los riesgos de divorcio, invalidez, enfermedad, adicciones y aislamiento social y viceversa.

o.- Adicciones

Los individuos se vuelcan al alcohol, las drogas y el tabaco y padecen por su uso, pero el uso está influenciado por el escenario social más amplio. Es una ruta causal en ambos sentidos: las

personas se vuelcan al alcohol para mitigar el dolor por las condiciones económicas y sociales, y la dependencia lleva a la movilidad social descendente. La carencia social –medida por vivienda pobre, bajo ingreso, desempleo o sin techo– está asociada con altas tasas de tabaquismo y bajas tasas de abandono del hábito. El tabaquismo es un drenaje mayor de los ingresos de las personas pobres y una causa mayor de mala salud y muerte prematura.

p.- Alimentación saludable

En tanto las fuerzas del mercado global controlan la provisión de alimentos, la alimentación saludable es un problema político. Las condiciones sociales y económicas resultan en un gradiente social de la calidad de la dieta que contribuye a las desigualdades en salud. La diferencia dietética principal entre las clases sociales es la fuente de los nutrientes.

q.- Transporte

Transporte saludable significa conducir menos vehículos, caminar más y andar en bicicleta, apoyado por un mejor transporte público. Andar en bicicleta, caminar, y utilizar el transporte público, promueven la salud de cuatro maneras:

- proporcionan ejercicio físico;
- reducen los accidentes fatales;
- aumentan el contacto social;
- reducen la contaminación atmosférica.

3.4.- Los modelos de la determinación social de la salud

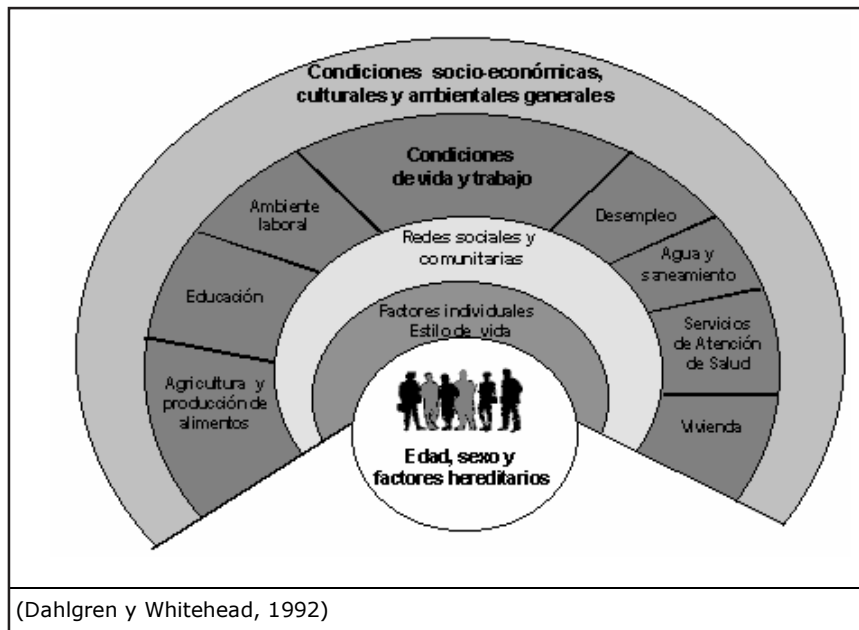
Durante los últimos 15 años, se han desarrollado varios modelos para mostrar los mecanismos por los cuales los determinantes sociales afectan los resultados de salud, para hacer explícitas las relaciones entre los diferentes tipos de determinantes de salud; y para localizar puntos estratégicos para la acción política (WHO, 2005).

3.4.1.- Dahlgren y Whitehead: las capas de influencia

El modelo de Dahlgren y Whitehead explica cómo las desigualdades sociales en la salud son el resultado de interacciones entre diferentes **niveles de condiciones causales**, desde el individuo a las comunidades, y al **nivel de políticas de salud nacionales** (Dahlgren y Whitehead, 1992). Los individuos están en el centro del cuadro, dotados de edad, sexo y factores genéticos que indudablemente influyen en su potencial final de salud. Yendo hacia el exterior del centro, la próxima capa representa conductas personales y estilos de vida. Las personas con carencias tienden a exhibir una prevalencia superior de factores conductuales negativos como tabaquismo y mala alimentación, y también deben afrontar barreras financieras mayores para escoger un estilo de vida más saludable. Las influencias sociales y comunitarias se representan en la próxima capa. Estas interacciones sociales y las presiones de los pares influyen en las conductas personales. Los indicadores de la organización de la comunidad registran menos redes y sistemas de apoyo para las personas en la base de la escala social, lo que a su vez, tienen menos prestaciones sociales y facilidades para la actividad de la comunidad. En el próximo nivel, encontramos factores relacionados con las condiciones de vida y trabajo, provisión de alimentos y acceso a los servicios esenciales. En esta capa, las condiciones habitacionales más pobres, la exposición a condiciones de trabajo más peligrosas o estresantes y el limitado acceso a los servicios crean los riesgos diferenciales para los menos beneficiados socialmente. Por sobre todos los otros niveles están las condiciones económicas, culturales y medioambientales prevalecientes en la sociedad en conjunto. Estas condiciones, como el estado económico del país y las condiciones del mercado de trabajo, producen presión sobre cada una de las otras capas. El modelo de vida alcanzado por una sociedad, por ejemplo, puede

influir en la elección individual de vivienda, trabajo e interacciones sociales, así como los hábitos de comida y bebida. Igualmente, las creencias culturales sobre el lugar de la mujer en la sociedad o las actitudes con respecto a las comunidades étnicas minoritarias pueden influir sobre su patrón de vida y posición socio-económica [Cuadro 3.4.1].

Modelo de Dahlgren y Whitehead

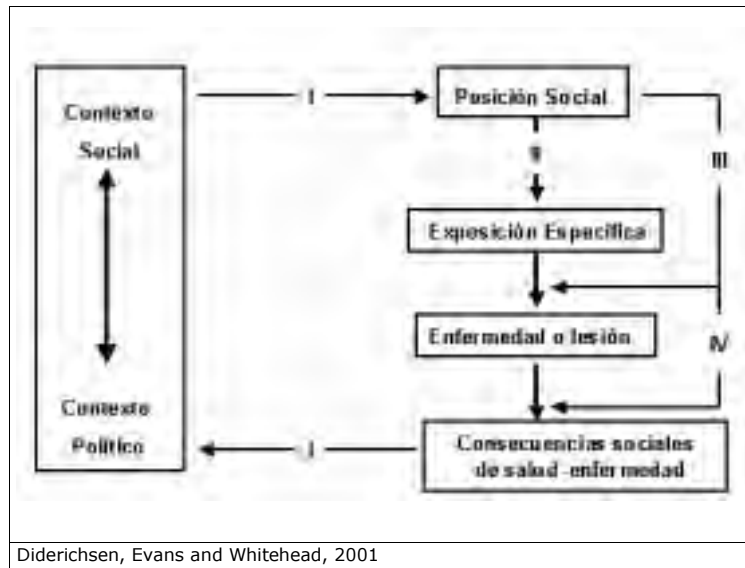


Cuadro 3.4.1

3.4.2.- Diderichsen y colaboradores: la estratificación social y producción de la enfermedad

Este modelo enfatiza el modo en que los contextos sociales crean estratificación social y asignan diferentes posiciones sociales a los individuos. La posición social de las personas determina sus oportunidades de salud. En el diagrama debajo, el proceso de asignar a los individuos las posiciones sociales se ve en (I). Los mecanismos involucrados de la sociedad que generan y distribuyen poder, riqueza y riesgo son, por ejemplo el sistema educativo, las políticas de trabajo, las normas de género y las instituciones políticas. La estratificación social engendra, a su vez, el diferencial de exposición a las condiciones perjudiciales para la salud (II) y el diferencial de vulnerabilidad (III), así como el diferencial de consecuencias de mala salud para los grupos más y menos aventajados, mostrado como mecanismo (IV). Las “consecuencias sociales” se refieren al impacto que un cierto evento de salud puede tener en las circunstancias socio-económicas de un individuo o una familia. Este modelo incluye la discusión de puntos de entrada para la acción política (Diderichsen, Evans and Whitehead, 2001).

Modelo de Diderichsen y colaboradores

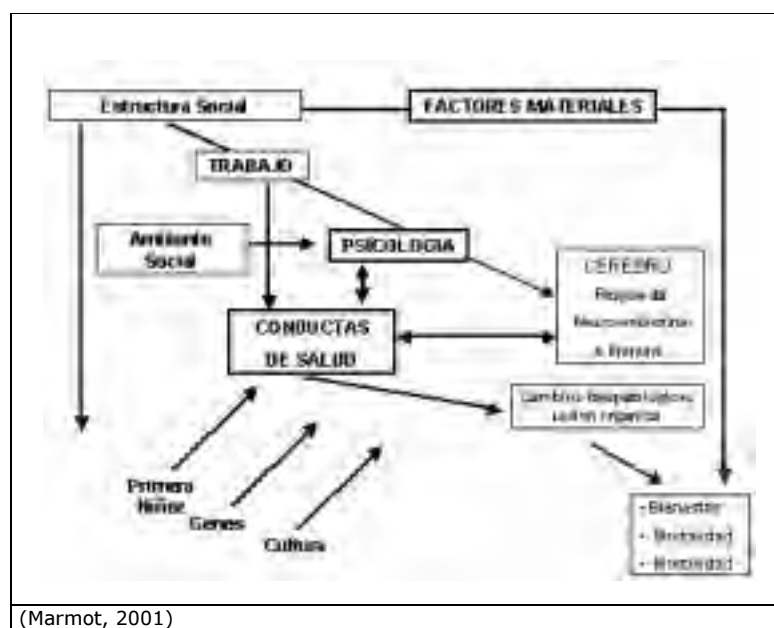


Cuadro 3.4.2

3.4.3.- Brunner, Marmot y Wilkinson: las influencias múltiples en el ciclo de vida

Este modelo fue originalmente desarrollado para conectar las perspectivas en salud de la clínica (curativa) y la salud pública (preventiva). El modelo ilustra cómo las desigualdades socio-económicas en salud resultan del diferencial de la exposición a riesgos –medioambiental, psicológico y conductual– a lo largo del ciclo de la vida (Acheson, 1998). Este modelo relaciona la estructura social con la salud y la enfermedad a través de las vías material, psicosocial, y conductual. La genética, la infancia temprana y los factores de la cultura son importantes influencias en la salud de la población [cuadro 3.4.3].

Modelo de Brunner, Marmot y Wilkinson

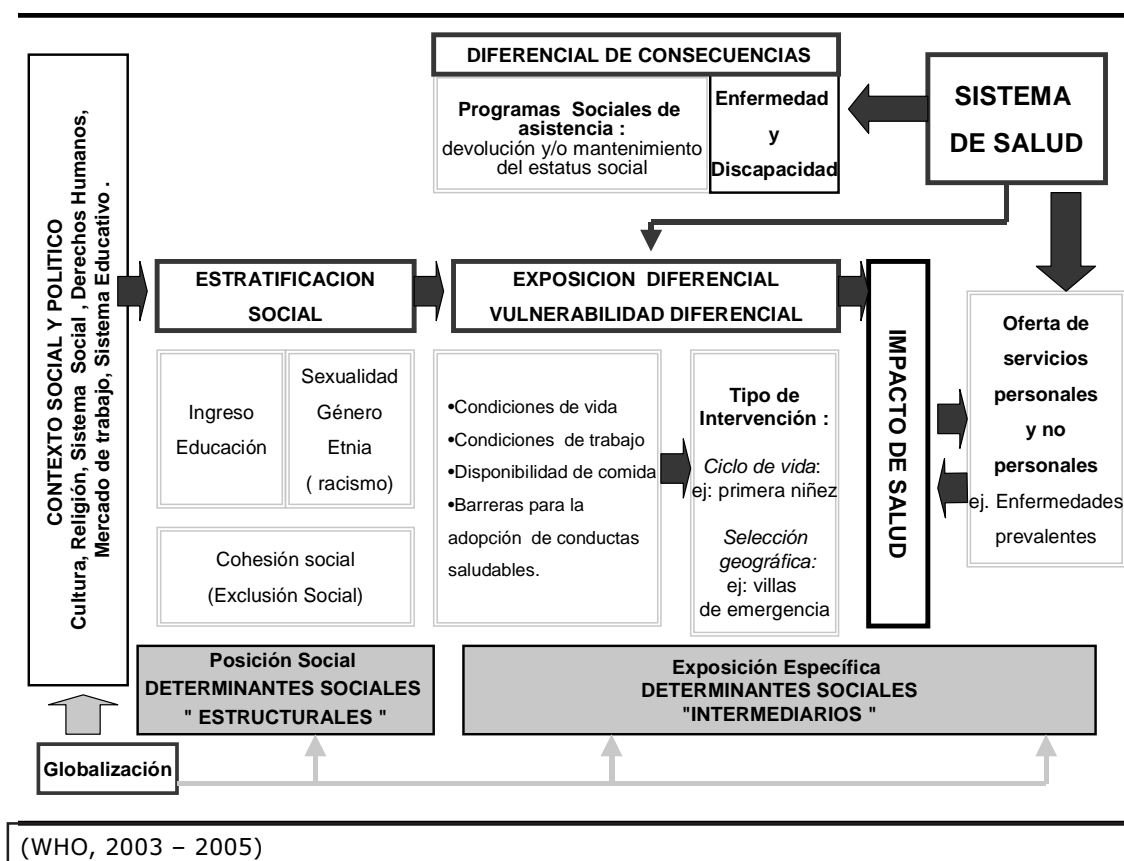


Cuadro 3.4.3

3.4.4. Marco conceptual propuesto por la OMS

El cuadro es necesariamente complejo, ya que busca representar en forma esquemática una realidad social y política intrincada. Los problemas clave son: (a) el contexto socio-político, (b) los determinantes estructurales en contraposición a los intermedios; y (c) los niveles en los cuales pueden abordarse las inequidades en salud [Cuadro 3.4.4.a].

Modelo de la Comisión de Determinantes Sociales de OMS



Cuadro 3.4.4.a

a.- Contexto socio-político

Al leer el cuadro de izquierda a derecha, vemos el contexto social y político (incluyendo las instituciones políticas y los procesos económicos) dando lugar a un conjunto de posiciones socio-económicas desiguales.

“El contexto” abarca un conjunto amplio de aspectos estructurales, culturales y funcionales de un sistema social, cuyo impacto en los individuos tiende a eludir la cuantificación, pero que ejerce una influencia formativa poderosa en los modelos de estratificación social y en las oportunidades de salud de los individuos. En general la construcción/mapeo del contexto debe incluir por lo menos cuatro puntos:

1. los **sistemas y procesos políticos**, incluyendo la definición de las necesidades, las políticas públicas existentes sobre los determinantes, los modelos de discriminación, la participación de la sociedad civil, la responsabilidad/transparencia en la administración pública;

2. la **política macroeconómica** incluyendo las políticas fiscal y monetaria, la balanza de pagos y de comercio;
3. las **políticas que afectan factores como trabajo, tierra** y distribución de la vivienda;
4. la **política pública** en las áreas tales como educación, bienestar social, atención médica, agua y saneamiento.

A esto se debe agregar una evaluación del valor social de la salud. El valor de la salud y el grado en que la salud se percibe como una preocupación social colectiva, difiere grandemente en los contextos regionales y nacionales.

b.- Determinantes sociales estructurales e intermedios

Los **Determinantes Estructurales** de salud o *determinantes sociales de inequidad de salud* son aquéllos que generan la estratificación social. Configuran las oportunidades de salud de grupos sociales basadas en su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. Éstos incluyen los factores tradicionales ingreso y educación. Actualmente también se reconocen género, etnicidad y sexualidad como estratificadores sociales. Un punto central es la cohesión social relacionada con el capital social.

Hacia la derecha, observamos cómo estas posiciones socio-económicas se traducen en determinantes específicos del estado de salud individual, reflejando la ubicación social del *individuo* dentro del sistema estratificado. Los **Determinantes Intermedios** fluyen desde la configuración de la estratificación social subyacente y, a su vez, determinan las diferencias en la exposición y vulnerabilidad a las condiciones que comprometen la salud. Incluyen: las condiciones de vida, las condiciones de trabajo, la disponibilidad de alimentos, las conductas de la población, y las barreras para adoptar estilos de vida saludables. El modelo muestra que la posición socio-económica de una persona afecta su salud, pero no en forma directa, sino a través de determinantes más específicos, intermediarios. El agrupamiento de la población relevante para el análisis y la acción sobre determinantes intermedios puede ser definido de varias maneras. Introducimos dos ejemplos de grupos seleccionados: 1) por mayor vulnerabilidad (los niños) y, 2) por la geografía (los habitantes de la villa).

El propio **sistema de salud** también debe entenderse como un **determinante intermedio**. El papel del sistema de salud se hace relevante a través del problema del acceso, que incorpora diferencias en la exposición y la vulnerabilidad. Esto se relaciona con los modelos para la organización de la oferta de servicios. El sistema de salud puede orientarse directamente a las diferencias en la exposición y la vulnerabilidad, no sólo mejorando el acceso equitativo a la atención, sino también en la promoción de la acción intersectorial para mejorar el estado de salud. Los ejemplos incluirían la suplementación alimentaria a través del sistema de salud. Otro aspecto de gran importancia es el papel que el sistema de salud juega mediando en el diferencial de consecuencias de la enfermedad. Las personas que tienen mala salud, descienden más frecuentemente en la escala social que las personas saludables. Esto implica que el sistema de salud puede verse por sí mismo como un social determinante de salud.

c.- Intervenciones y desarrollo de la política sobre las inequidades en salud

Basada en este último abordaje, la OMS identifica las siguientes opciones mayores para la entrada de la acción política en el esquema del cuadro 3.4.4.a: estratificación social; diferencial de vulnerabilidad/diferencial de exposición; y consecuencias del diferencial. Primero está la opción de alterar la estratificación social en sí misma, reduciendo las desigualdades “en el poder, el prestigio, ingreso y riquezas ligadas a las diferentes posiciones socio-económicas”, por ejemplo, las políticas que apuntan a disminuir las disparidades de género influirán en la posición de las mujeres relativa a los hombres. Más hacia el lado derecho del marco, vemos otros niveles dónde las políticas se podrían comprometer: disminuyendo el diferencial de exposición de las personas a los factores perjudiciales para la salud; disminuyendo la vulnerabilidad de las personas en desventaja a las condiciones perjudiciales para salud que enfrentan; e interviniendo a través del sistema de salud

para reducir las consecuencias del diferencial de enfermedad. Las opciones políticas deben ordenar la evidencia para alinear las intervenciones (tanto las específicas de enfermedad como las relacionadas con el ambiente social más amplio). Por ejemplo, los recursos adicionales para la rehabilitación podrían asignarse para reducir las consecuencias sociales de enfermedad. La financiación equitativa de la atención de la salud es un componente crítico en este nivel. Involucra la protección del empobrecimiento que se origina en la enfermedad catastrófica así como una comprensión de las implicaciones de varios mecanismos de financiación públicos y privados y su uso por las poblaciones carenciadas.

d.- Otros abordajes utilizados son el de G. Dahlgren y M. Whitehead y el de Diderichsen y colaboradores

El marco propuesto por **Dahlgren y Whitehead** señala cuatro niveles interrelacionados hacia los cuales pueden dirigirse qué políticas: fortalecimiento de los individuos; fortalecimiento de las comunidades; mejoramiento del acceso a los medios y servicios esenciales; estimulando el cambio macroeconómico y cultural.

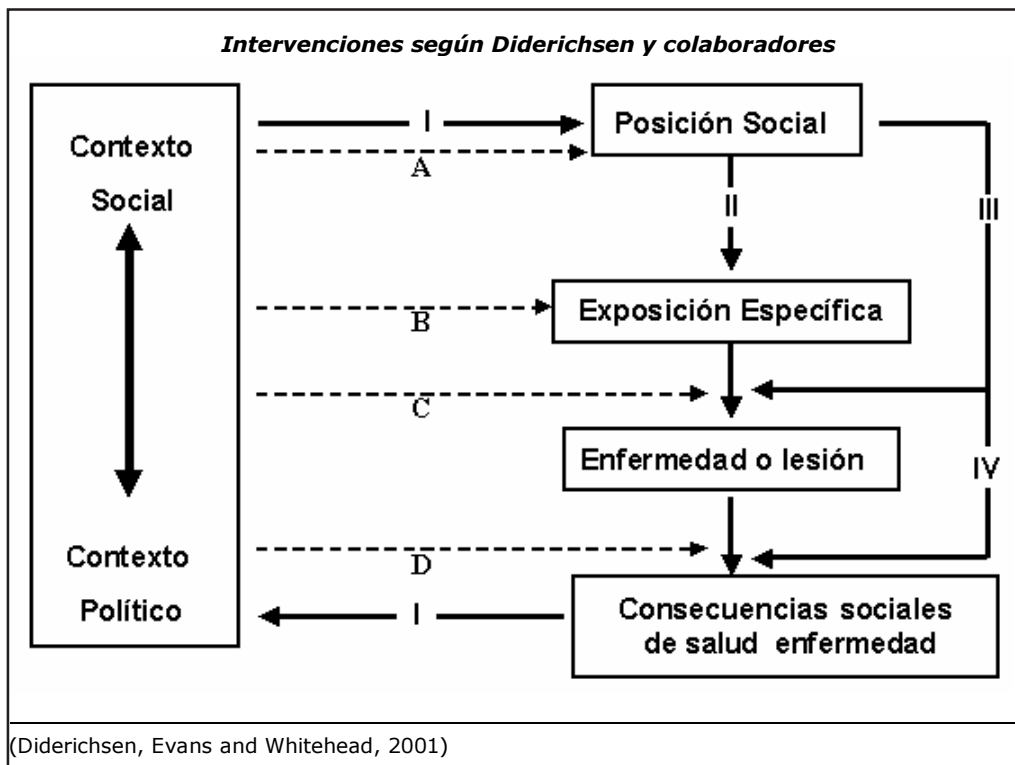
- **El primer nivel es el fortalecimiento de los individuos.** Aquí, la repuesta política apunta a apoyar a los individuos en circunstancias menos favorecidas, usando estrategias basadas en la persona. Estas políticas adoptan la premisa de que la construcción de conocimiento, motivación, competencia o habilidades de las personas les permitirá alterar su conducta respecto a los factores de riesgo personal, o cubrirse mejor de las tensiones impuestas por el riesgo de salud externo desde otras capas de influencia. Ejemplo: educación para el manejo del estrés laboral; servicios para prevenir el declive de la salud mental en los desempleados.
- **El segundo nivel es el fortalecimiento de las comunidades.** Enfoca cómo las personas de las comunidades más desventajadas pueden unirse para apoyo mutuo y de esta manera fortalecer la defensa de la comunidad entera contra los riesgos de salud. Las estrategias de desarrollo comunitario a este nivel reconocen la fuerza intrínseca que las familias, los amigos, las organizaciones voluntarias y las comunidades pueden tener, por encima y más allá de las capacidades de los individuos aislados. Estas políticas reconocen la importancia para la sociedad de la cohesión social, así como la necesidad de crear las condiciones para el trabajo de la dinámica comunitaria en los barrios carenciados.
- **El tercer nivel apunta a mejorar el acceso a los medios y servicios esenciales.** Estas políticas atacan a las condiciones físicas y psicosociales en que las personas viven y trabajan, asegurando mejor acceso al agua potable, saneamiento, vivienda adecuada, empleo seguro y pleno, abastecimiento de alimentos, atención de salud esencial, servicios educativos y de bienestar en tiempos de necesidad. Tales políticas normalmente son responsabilidad de sectores separados, a menudo operando independientemente unos de otros pero con potencial para la cooperación. En este punto es necesaria la integración de programas y acciones.
- **El cuarto nivel de la política apunta a alentar los cambios macroeconómicos o culturales** para reducir la pobreza y los efectos adversos más amplios de la desigualdad en la sociedad. Éstos incluyen políticas macroeconómicas y de mercado de trabajo, estímulo de valores culturales que promuevan la igualdad de oportunidades y control del riesgo medioambiental a escala nacional e internacional.

Como se expresó arriba, **el modelo de Diderichsen** identifica cuatro puntos de entrada o niveles de acción para intervenciones y políticas: estratificación social; exposición a los factores perjudiciales para la salud; vulnerabilidad; y consecuencias desiguales de enfermedad.

- **Disminuyendo la *estratificación social* en sí misma.** Aunque la estratificación social se ve a menudo como responsabilidad de otros sectores políticos y no central a la política de salud per se, Diderichsen y colegas argumentan que enfrentar la estratificación es de

hecho “el área más crítica en términos de disminuir las disparidades en salud”. Proponen dos tipos generales de políticas en este punto de la entrada: primero la promoción de políticas que disminuyan las desigualdades sociales, por ejemplo: mercado de trabajo, educación, y las políticas de bienestar familiar; segundo una evaluación sistemática de impacto de las políticas sociales y económicas para mitigar sus efectos en la estratificación social. En el cuadro 3.4.4.b, este abordaje se representa por **la línea A**.

- **Disminuyendo la *exposición específica* a los factores perjudiciales para la salud** sufrida por las personas en posiciones menos favorecidas. Los autores indican que, en general, muchas políticas de salud no diferencian las estrategias de reducción de riesgo o exposición según la posición social. Anteriores esfuerzos anti-tabaco constituyen una ilustración. Actualmente hay experiencia creciente de políticas de salud que apuntan a combatir las inequidades en salud atacando a las exposiciones específicas de las personas en posiciones menos favorecidas, incluyendo aspectos como vivienda insalubre, condiciones de trabajo peligrosas y deficiencias nutritivas. En el cuadro, este abordaje se representa por **la línea B**.
- **Disminuyendo la *vulnerabilidad* de las personas en desventaja a las condiciones perjudiciales para la salud que enfrentan**. Una alternativa para modificar el efecto de las exposiciones es a través del concepto de vulnerabilidad diferencial. La intervención sólo sobre la exposición puede no tener efecto en la vulnerabilidad subyacente de la población menos favorecida. La reducción de la vulnerabilidad sólo puede lograrse cuando se disminuyen las exposiciones o las condiciones sociales relativas mejoran significativamente. Un ejemplo serían los beneficios de la educación femenina como uno de los medios más eficaces para mediar el diferencial de vulnerabilidad en las mujeres. Este punto de entrada se muestra debajo por **la línea C**.
- **Interviniendo a través del sistema de salud para reducir las *consecuencias desiguales de la enfermedad* y prevenir la *degradación socio-económica posterior a la enfermedad en las personas menos favorecidas***. Los ejemplos incluirían atención y apoyo adicionales para los pacientes menos favorecidos; recursos adicionales para programas de rehabilitación para reducir los efectos de la enfermedad en el potencial de ganancias del paciente; y financiación equitativa de la atención de la salud. Este punto de entrada aparece en el cuadro como **la línea D** [cuadro 3.4.4.b].



Cuadro 3.4.4.b

Citas bibliográficas

- Acheson, D., *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*. London, The Stationery Office Ltd, 1998.
- Antonovsky, A., *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco, Jossey-Boss Publishers, 1987, pp.90-91.
- Berkman, L.F., Kawachi, I., "A historical framework for social epidemiology", en: Berkman, L.F., Kawachi, I., editores. *Social epidemiology*. New York, 2000, p. 3-12.
- Breilh, J. *Epidemiología crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad*. 1ª edición. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003. p.98.
- Bunge, M. *Causalidad: El Principio de Causalidad en la Ciencia Moderna*. 3ª edición. Buenos Aires: Editorial Universitaria; 1972.
- Dahlgren, G. y Whitehead, M., *Policies and strategies to promote equity in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1992.
- Diderichsen, Evans and Whitehead, "The social basis of disparities in health". En Evans y col. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York, Oxford UP, 2001.
- Krieger, N., "Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2005, volumen 59, p. 350-355.
- Krieger, N., "Glosario de epidemiología social". *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan Am J Public Health*, 2002, tomo 11, volumen 5 y 6, p. 480-490.
- Krieger, N., "Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective". *International Journal of Epidemiology*, 2001, volumen 30, p. 668-677.
- Kunitz, S. J., *Explanations and ideologies of mortality patterns*. Pop Devel Rev, 1987; volumen, p. 379-408.
- Lalonde, M., *Minister of National Health and Welfare. A new perspective on Health of the Canadians. A working document*. Ottawa, Government of Canada, 1974.
- Lopez-Moreno, S., Corcho-Berdugo, A., Lopez-Cervantes, M., *La hipótesis de la comprensión de la morbilidad: un ejemplo de desarrollo teórico en epidemiología*. México, Salud pública, 1998, volumen 40, tomo 5, p. 442-449.
- Mac Mahon, B., Trichopoulos, D., *Epidemiología*. (Edición en español de: *Epidemiology: principles and methods*. 2ª edición). Madrid, Marbán Libros, 2001.
- Marmot, M., "Economic and social determinants of disease". *Bull World Health Organ*, 2001, tomo 79, volumen 10, p. 988-989.
- Marmot, M., "Historical perspective: the social determinants of disease-some blossoms". *Epidemiologic Perspectives & Innovations*, 2005, volumen 2, p. 4.
- Marmot, M., "Historical perspective: the social determinants of disease-some blossoms". *Epidemiologic Perspectives & Innovations*, 2005, volumen 2, p. 4.
- McDowell, I., Norland, J., *Explanations in Social Epidemiology*. Ottawa, University of Ottawa, 2001.
- McLaren, L., Hawe, P., "Ecological perspectives in health research". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2005, volumen 59, p. 6-14.
- Olsen, J., "What characterises a useful concept of causation in epidemiology?" *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, volumen 57, p. 86-88.
- Parascandola, M., "Weed DL. Causation in epidemiology", en *Journal Epidemiology and Community Health*. 2001; volumen 55, p. 905-912.
- *Promoción de la Salud*. Glosario, OMS, Ginebra, 1998.
- *Public Health Agency of Canada. Population Health. What Determines Health?* Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/determinants/determinants.html#income>
- Rose, G., *Sick individuals and sick populations*. *International Journal of Epidemiology* 2001;30:427-432.
- Róvere, M. *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*. Serie Desarrollo Recursos Humanos Nº 96. Washington DC: OPS; 1993. p.88.
- Susser, E., "Eco-Epidemiology: Thinking Outside the Black Box". *Epidemiology*, 2004, volumen 15, tomo 5, p. 519-520.
- Susser, M, Susser, E., "Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms". *Am Journal Public Health*. 1996, volumen 86, tomo 5, p. 668-673.
- Susser, M., Susser, E., "Choosing a future for epidemiology: II. from black boxes to Chinese boxes and eco-epidemiology". *Am Journal Public Health*, 1996, volumen 86, p. 674-77.

- Tam, C.C., Lopman, B.A., "Determinism versus stochasticism: in support of long coffee breaks", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, volumen 57, p. 477-478.
- *Toward a Healthy Future: Second Report on the Health of Canadians*. Ottawa, Health Canada, 1999.
- WHO. "Commission on Social Determinants of Health". *Action on the Social Determinants of Health: Learning from Previous Experiences A background paper prepared for the Commission on Social Determinants of Health Geneva*, 2005.
- WHO. "Regional Office for Europe Social determinants of health: the solid facts". Copenhagen, segunda edición, editores Wilkinson, R. y Marmot, M., 2003.
- WHO. Commission on Social Determinants of Health. *Towards a conceptual framework for analysis and action on the Social Determinants of Health. Discussion Paper for The Commission on Social Determinants of Health Geneva: WHO; 2005.*

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EN ARGENTINA

Santiago Luis Barragán

“Quien quiera estudiar perfectamente la ciencia médica debe hacer lo siguiente: en primer lugar, ocuparse de los efectos que puede ocasionar cada una de las estaciones del año (...) Después ha de conocer los vientos calientes y fríos, especialmente los que son comunes a todos los hombres, y, los que son típicos de cada país. Además debe ocuparse de las propiedades del agua”.

*Hipócrates**

1.- El perfil epidemiológico expresa una interrelación entre variables

La presente sección intenta dar una aproximación al perfil epidemiológico de la Argentina, es decir: sobre el estado de salud y la forma de enfermar de la sociedad argentina.

La manera en que se presentan los problemas de salud en una población está determinada por numerosas variables. El estudio de estas variables determinantes de la salud es uno de los principales temas de la Epidemiología tradicional. Esta las clasifica en variables de persona, de tiempo y de lugar. En cuanto a las variables de persona las más importantes son edad-sexo, condición socioeconómica y etnia. Las variables de lugar pueden analizarse a nivel internacional, nivel nacional y nivel regional-local. Las variables de tiempo permiten el análisis evolutivo de los problemas de salud.

Pero estas variables no pueden analizarse en forma aislada. Esta división, un tanto arbitraria, intenta simplificar la compleja red de interrelación entre las variables de manera que puedan analizarse primero en forma individual y luego integradas como se presentan en la realidad.

De esta compleja interrelación de variables surge el principal problema para definir el perfil epidemiológico de una población. ¿Desde qué óptica encarar el análisis? ¿Qué variable utilizar para definir grupos de análisis? En general se utilizan las jurisdicciones políticas para el estudio de las características epidemiológicas de una nación, pero esto no es posible para un país como la Argentina. Cada uno de sus 24 estados, las 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), representa un país con población, geografía, economía y cultura muy diferentes al resto de sus estados hermanos. Incluso dentro de algunas provincias, sobre todo las más grandes (mayores en superficie a muchos países europeos), se observan múltiples realidades que dan a la jurisdicción un aspecto de mosaico muy complejo. Si bien no podemos prescindir del análisis a través de la variable de lugar provincia, creemos que no puede realizarse la descripción epidemiológica de los 24 estados argentinos y por ello optamos por utilizar la tradicional división en Regiones que determina grupos de provincias que comparten espacios vecinos. Quedan determinadas así, cinco regiones que se muestran en el cuadro 1.a.

* Hipócrates, Juramento Hipocrático. Tratados médicos. Barcelona, Planeta-D'Agostini, 1995, p. 133-134.

Argentina: Regiones geográficas

REGIONES	PROVINCIAS
Centro	CABA, Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, Santa Fe.
Cuyo	La Rioja, Mendoza, San Juan, San Luis.
Noroeste	Catamarca, Jujuy, Salta, Santiago del Estero, Tucumán.
Noreste	Corrientes, Chaco, Formosa, Misiones.
Patagónica	Chubut, La Pampa, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz, Tierra del Fuego.

Cuadro 1.a

Esta forma de agrupación de los estados argentinos obedece a una escala geográfica, pero en general coincide con características socioeconómicas. La región del Centro (por su economía agroindustrial y de servicios) y la Patagónica (por su actividad energética, fundamentalmente de hidrocarburos) son las de mayor ingreso, mientras que el resto de las provincias de economías regionales y menos desarrolladas representan a las regiones más pobres [Cuadro 1.b].

Argentina. Provincias agrupadas en cuartiles según Ingreso

Grupo	Provincias
1	CABA, Chubut, Neuquén, La Pampa, Santa Cruz y Tierra del Fuego.
2	Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe, Río Negro, Mendoza y San Luis.
3	Entre Ríos, Catamarca, La Rioja, Tucumán, San Juan y Santiago del Estero.
4	Salta, Jujuy, Corrientes, Misiones, Chaco y Formosa.

Cuadro 1.b

Un enfoque diferente a la mirada tradicional fue planteado por Marc Lalonde. Se basa en el concepto del Campo de la Salud en el que se desglosan los determinantes de la Salud en cuatro elementos: la Biología humana, el Ambiente, los Estilos de vida y la Organización de los Servicios de Salud. Lo innovador de esta mirada es la jerarquización del Ambiente y los Estilos de vida. A esta altura de la historia nadie niega la importancia de estos elementos como determinantes de la salud pero a fines de la década de 1970, cuando todos los esfuerzos se orientaban en investigación a lo biológico y en recursos económicos a los Servicios de Atención, este concepto resultó revolucionario. Encarar los problemas de salud desde este punto de vista facilita su comprensión y permite un análisis discriminado en el que cada factor tiene una significancia relativa. Integrados en el problema de salud a los determinantes se les adjudica un valor relativo proporcional, de manera que se observa cómo contribuyen cada uno en el problema. El ejemplo que da Lalonde se refiere a los accidentes de tránsito que desde el concepto del Campo de la Salud, analiza la contribución de los cuatro elementos: los Estilos de vida 75%, Ambiente 20%, los Servicios de Salud 5% y la Biología humana 0%. En varias secciones de este capítulo se hará mención al enfoque del Campo de la Salud.

2.- El perfil epidemiológico permite asignar recursos para la Salud

Los estudios epidemiológicos en Argentina no definen con precisión el perfil de salud-enfermedad. Se ha estudiado por las tasas y la estructura de mortalidad y por la incidencia notificada de enfermedades sometidas a vigilancia epidemiológica. Sin embargo no hay en Argentina organismos como el CDC (Center for Disease Control and Prevention de EEUU) que dispongan de una información suficiente en tiempo real y medidas de resumen para estimar un perfil de salud preciso. Estos problemas de diagnóstico epidemiológico ya sean por información inadecuada o por

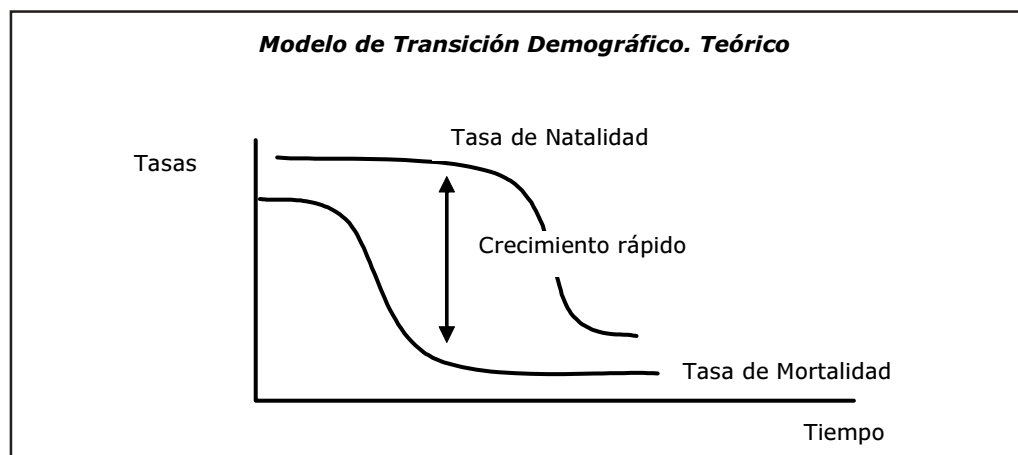
las limitaciones inherentes de la Epidemiología, repercuten en el campo de la Gestión de la Salud dificultando las acciones de prevención y terapéutica comunitaria.

La Epidemiología es la Ciencia que aporta los elementos para el diagnóstico del Perfil de Salud. Estudia la situación de salud de una comunidad en un lugar y un tiempo dados, y lo hace en un marco histórico toda vez que esa situación es dinámica, tiene causas y situación antecedentes así como consecuencias y situación subsecuentes. Es la disciplina que estudia la distribución y frecuencia de las enfermedades en la población; las causas que las determinan; trata de identificar los factores de riesgo de las mismas para orientar las medidas necesarias de prevención.

Las ciencias sociales se aplican en Atención Médica a través de la Epidemiología. Dice Morris (1985):

“Los planteamientos históricos en medicina son epidemiológicos (o deberían serlo), al tener en cuenta la frecuencia de los acontecimientos en poblaciones durante distintas épocas”.

La transición demográfica es un modelo estudiado por la Demografía que permite ordenar los patrones de crecimiento vegetativo de una población en el espacio y el tiempo. Este último involucra plazos medianos o largos para aplicar el modelo: dos o más cuartos de siglo. Como se recuerda el gráfico marca el tiempo en las abscisas y las tasas de natalidad (o fecundidad) y de mortalidad, por mil habitantes, se miden en las ordenadas [Cuadro 2.a].



Cuadro 2.a

Este modelo que, como veremos, expresa por sí mismo variaciones en las condiciones de salud, ha inspirado a diversos autores para presentar un modelo de transición de la salud específico, que Frenk y col. (1981) explicitan en sus antecedentes y características. Esta transición tiene dos componentes:

“La transición en las condiciones de salud” que definen el perfil epidemiológico, y la “transición de la atención sanitaria” que expresa la respuesta social o “perfil asistencial”.

El estudio de la “transición en salud”, comprendiendo ambas vertientes, permite dos logros según la concepción de Morris:

- “...una visión amplia de las fuerzas biológicas y sociales que se expresan en la salud de las personas...”
- “...la información necesaria para los planes encaminados a mejorarla, a prevenir la enfermedad y a prestar asistencia médica...”

En este camino la Epidemiología alcanza, más allá de la descripción, logros que hacen a su estatus epistemológico: la explicación, la predicción científica y su aplicación a la realidad. Una

realidad estudiada en un marco teórico, a la luz de una doctrina, ofrecerá alternativas estratégicas a la asignación de recursos para la Atención Médica (AM) y la Salud Pública (SP).

3.- El perfil demográfico fundamenta al epidemiológico

La Argentina tiene aspectos poblacionales muy peculiares, debido a que se conformó y se condicionó por movimientos inmigratorios. En algunas regiones se observa franco predominio de población autóctona y mestiza, pero en la región litoral, donde se concentran casi dos tercios de la población, se produjo un fenómeno singular. La colonización de estos territorios desde el siglo XVI produjo la primera introducción de población extraña en esas llanuras. Así se mezclaron los aborígenes y los españoles y unas generaciones más tarde los hijos de españoles nacidos en América denominados criollos. Solamente se introdujo una pequeña población de raza negra como mano de obra esclava y fundamentalmente en la Banda Oriental.

La estructura de la población no se modificó en gran medida durante los siglos XVII y XVIII. A principios del siglo XIX se observó una incipiente corriente inmigratoria desde Europa pero en la primera mitad del siglo XIX se desarrolló una estructura de población con las características típicas de los períodos de guerras (alta mortalidad general, mortalidad infantil y escotaduras en la pirámide poblacional en los adultos, masculinos especialmente).

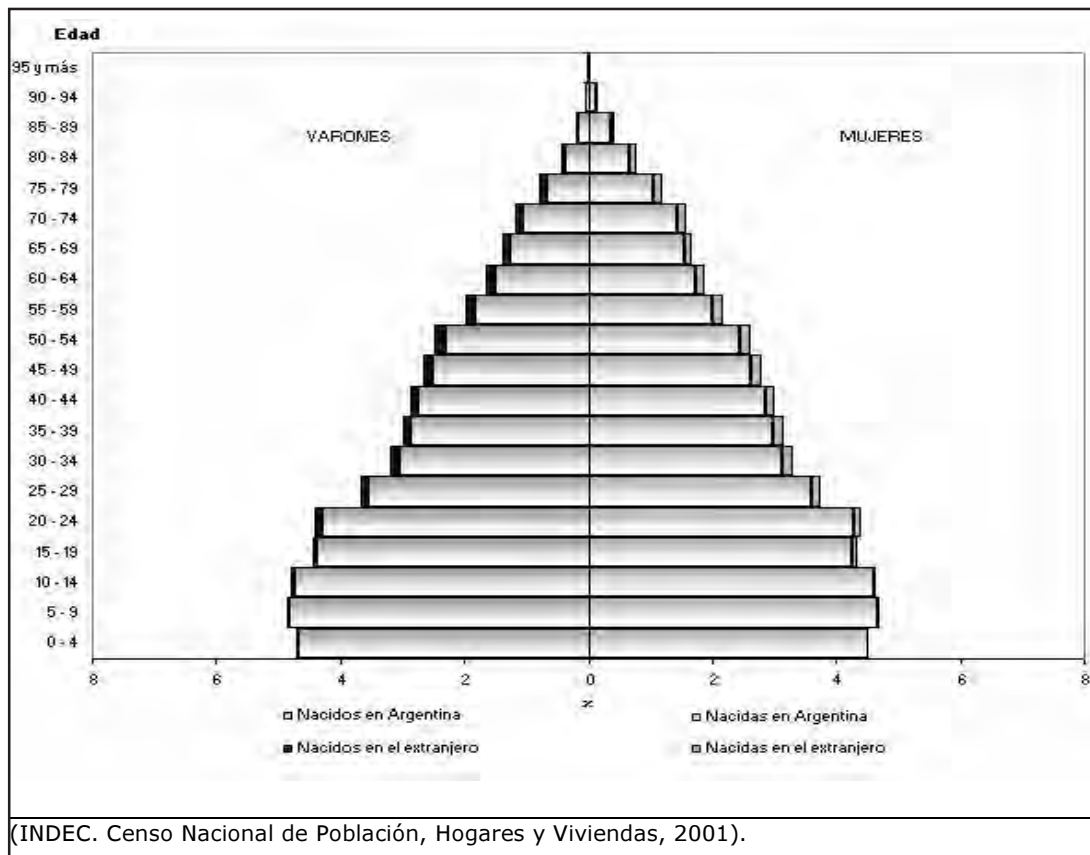
En la segunda mitad del siglo XIX, principalmente después de 1880 y hasta la primera década del siglo XX se produjo un explosivo aumento de las corrientes inmigratorias desde Europa, en especial desde Italia y España observándose un gran aumento de la población argentina, con alta proporción de extranjeros y de la razón de masculinidad. Si bien luego de la década de 1920 continuaron las ondas inmigratorias europeas, principalmente asociadas a los grandes conflictos bélicos (la Primera Guerra Mundial, la Guerra Civil Española y la Segunda Guerra Mundial), estas fueron de menor intensidad.

Desde 1940, y aún hasta hoy, continuaron los movimientos inmigratorios pero esta vez desde los países limítrofes y de migraciones internas desde las provincias del norte argentino, en desventaja económica con relación a la región litoral.

En la década de 1980 y especialmente en la de 1990 se produjo el ingreso de los últimos inmigrantes internacionales provenientes de China y Corea, de los países de Europa del Este y de la ex Unión Soviética.

La situación de salud de los argentinos ha mejorado sin lugar a dudas durante todo el siglo XX, en especial desde la década del 1980, hecho que puede observarse en todos los indicadores epidemiológicos, determinando la clásica situación de Transición demográfica. Este patrón de cambio en la estructura poblacional que se inicia con el descenso de la mortalidad (general y sus formas específicas) y un posterior descenso de la natalidad, implica un envejecimiento de la población y un aumento de la esperanza de vida, con las consiguientes variaciones de los problemas de salud y prioridades de atención. Esta transformación se produjo primero en los países desarrollados. La Argentina se encuentra en un período intermedio entre una estructura demográfica con población joven con mortalidad infantil menor que la de los países en desarrollo y una estructura con población envejecida con una esperanza de vida aumentada clásica de los países desarrollados. Esto puede observarse en la pirámide poblacional del censo de 2001 [Cuadro 3.a].

República Argentina. Pirámide poblacional. Población por edad, sexo y lugar de nacimiento. Censo 2001.



Cuadro 3.a

Argentina es un país enorme pero con una población relativamente pequeña. Ello es fácil de observar en el indicador densidad de población que según el censo del año 2001 era de 9,64 habitantes por kilómetro cuadrado, si se considera en la superficie total de la Argentina al sector Antártico (3.761.274 Km²). Pero un dato más real es la concentración de población considerando el territorio continental argentino efectivamente poblado y reconocido por las naciones extranjeras: este territorio tiene una superficie de 2.791.810 Km² de manera que con la población del censo del 2001 de 36.260.130 de personas determina una densidad de casi 13 personas por Km².

Sin embargo este dato tampoco expresa en forma real los aspectos demográficos de la Argentina, ya que su población se distribuye en forma muy heterogénea y ello es un fuerte determinante de los problemas de salud.

Se vio que, según el censo 2001, eran 36.260.130 las personas que vivían en la República Argentina. De ellas, el 65,71% (23.828.990) habitaban en los 5 estados litorales: Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Entre Ríos que suman una superficie de 684.880 Km² (18,2% del total); esta concentración territorial tiene una densidad de 34,79 habitantes por Km².

La concentración de la población argentina alrededor de la Ciudad de Buenos Aires obedece a un fenómeno, observado ya hace tiempo, de crecimiento en forma tentacular desde el centro constituido por la ciudad portuaria. Esta desigual distribución poblacional ocasiona graves problemas epidemiológicos, ya que mientras falta la planificación adecuada para el crecimiento urbano en el área metropolitana de Buenos Aires y en otras grandes ciudades, se descuidan las necesidades del resto de las provincias, relativamente despobladas. En estas últimas la población se concentra en

las capitales y áreas periurbanas. Se destacan las ciudades de San Miguel de Tucumán, Salta, Mendoza y Córdoba.

En Argentina la población urbana era el 89,5% del total, en el censo 2001. El INDEC a través de su Encuesta permanente de hogares realiza estimaciones actualizadas de datos poblacionales en los períodos intercenso. Es así que estima que en 2004 la población argentina era de 37.869.723 de personas, con 18.546.559 varones y 19.323.164 mujeres, lo que representa una razón de masculinidad de 0,96.

4.- Los indicadores demográficos son también epidemiológicos

La forma más adecuada de analizar la situación de Salud de una población es a través de los indicadores epidemiológicos. En general los indicadores de mortalidad (general, infantil y materna) y la esperanza de vida, todos ellos expresados en la pirámide poblacional, suelen dar una impresión aproximada del perfil epidemiológico de una población. Sin embargo la descripción de otros indicadores como los de morbilidad y de servicios es esencial para definir la situación de salud.

a.- Nacer

El nacimiento de una persona es un evento tan importante que la forma en que ocurre determina fuertemente la forma de enfermar de un grupo poblacional muy vulnerable: los niños.

A través de las oficinas provinciales de registro de las personas, el Estado obtiene de forma muy confiable el número de personas que nacen en Argentina cada año. Este dato permite construir un indicador que refleja la capacidad de reproducción de una población: la Tasa de Natalidad (TN = número de nacidos vivos/población estimada a la mitad de un período, por mil).

La Tasa de Natalidad de la Argentina en 2004 fue de 19,3 por mil. Se ha producido una ligera pero progresiva disminución a través de los años. En 1980 fue de 23,8 por mil, en 1993 de 19,8 por mil y en 1999 de 18,8 por mil. Se estabilizó hacia el año 2000 mostrando tasas de 18,2 por mil en 2001 hasta presentar el pico del 2004. Se ha visto que con el fenómeno de transición demográfica se produce un descenso progresivo de la natalidad (que se refleja a través de la tasa de natalidad); este fenómeno marca la última etapa de la transición. La Natalidad ha descendido progresivamente en Argentina obedeciendo a este fenómeno de transición. Luego del descenso de la mortalidad, la capacidad reproductiva de una población tiende a estabilizarse en niveles inferiores produciendo un patrón de población envejecida. El descenso de la tasa de Natalidad se produce por un mejoramiento de las condiciones de Salud de la población asociado a fenómenos como la postergación de la paternidad por causas socioeconómicas. Este fenómeno no es exclusivo de Argentina sino que obedece a un proceso que se produce a escala mundial casi sin excepciones. Como está asociado al desarrollo económico se ha producido inicialmente en Europa occidental, Norteamérica y otros países desarrollados, pero luego se verificó en Argentina y es esperable que alcance a todos los países que mejoren sus condiciones socioeconómicas. Esta tendencia puede observarse incluso dentro de la Argentina a través de las tasas de natalidad de las regiones geográficas [Cuadro 4.a].

Argentina. Tasas de natalidad por mil, por regiones. 2003

Región	Tasa de natalidad
Centro	17,8
Cuyo	19,4
Noroeste	20,9
Noreste	22,7
Patagónica	19,1
Total Argentina	18,4
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación-OPS. Argentina. Indicadores básicos 2005.	

Cuadro 4.a

Otra forma de medición de la capacidad reproductiva de una población es la Tasa de Fecundidad (TF = número de nacidos vivos /nº de mujeres entre 15 y 49 años). Se trata de una razón que está directamente relacionada con la TN. Esta tasa se comporta de la misma forma que la TN de manera que se reduce cuando mejoran las condiciones socioeconómicas: 3,6 hijos por mujer en 1980; 2,8 hijos por mujer en 1990 y 2,4 hijos por mujer en 2000 [Cuadro 4.b.].

**Argentina. Tasa de fecundidad (hijos por mujer).
Ejemplo de provincias por regiones. Estimación 2005-2010**

Provincia (región)	Tasa de Fecundidad
Buenos Aires (Centro)	2,17
Mendoza (Cuyo)	2,44
Salta (Noroeste)	2,87
Chaco (Noreste)	2,97
Río Negro (Patagónica)	2,60
Total Argentina	2,30
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación-OPS. Indicadores básicos, Argentina 2005.	

Cuadro 4.b

b.- Morir

La muerte también es un evento fácil de medir. Su denuncia es obligatoria y de alto cumplimiento, de manera que este registro permite calcular indicadores de utilidad para describir el perfil de salud: ¿De qué se muere la población? Esta pregunta expresa en forma indirecta y negativa, la situación de salud de una comunidad.

b₁.- Mortalidad

Mortalidad se refiere a los indicadores que miden directamente el evento muerte. Por la importancia de hecho para la salud no es necesario explicar el valor de estos indicadores epidemiológicos.

Mortalidad general

La Tasa bruta de Mortalidad General (TMG = número de defunciones/población estimada a la mitad de un período, por mil) en Argentina es de 7,7 por mil en 2004 y se mantiene aproximadamente estable desde la década de 1980. Este indicador expresa la cantidad de muertes que se producen en una población. Si se compara la TMG de Argentina con países e incluso entre las provincias comienzan a observarse las diferencias [Cuadro 4.c y 4.d].

**Argentina y otros países de América.
Mortalidad general por mil**

País	TMG	Año
Argentina	7,93	2003
Bolivia	9	2000
Canadá	6,5	1998
Chile	5,1	1999
Cuba	6,9	2000
EEUU	8,7	1999
Guatemala	4,8	1999
México	4,4	1999
Panamá	4,3	1999
Paraguay	5,4	1997
Rep. Dominicana	3,3	1997

Cuadro 4.c

Argentina. Mortalidad general y ajustada por edad por 1000, por regiones y por provincias. 2003

	TMG	TMAE
Total País	7,93	7,55
Región Centro	8,91	7,51
1. Ciudad de Bs.As	11,74	6,55
2. Buenos Aires	8,47	7,76
3. Córdoba	8,28	7,44
4. Entre Ríos	8,11	7,87
5. Santa Fe	9,13	7,66
Región Cuyo	6,95	7,48
6. La Rioja	5,65	7,67
7. Mendoza	7,25	7,20
8. San Juan	7,00	8,06
9. San Luis	6,60	7,71
Región Noroeste	5,78	7,54
10. Catamarca	5,60	6,90
11. Jujuy	5,43	7,56
12. Salta	5,45	7,65
13. Santiago del Estero	5,44	7,03.
14. Tucumán	6,46	7,88
Región Noreste	5,96	8,26.
15. Corrientes	6,38	8,00
16. Chaco	6,31	8,85
17. Formosa	5,59	8,06
18. Misiones	5,38	8,04
Región Patagónica	5,43	6,99
19. Chubut	5,46	7,05
20. La Pampa	7,60	7,10
21. Neuquén	4,42	6,56
22. Río Negro	5,76	6,95
23. Santa Cruz	4,94	7,69
24. Tierra del Fuego	2,92	6,75
(Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación-OPS. Indicadores básicos, Argentina 2005)		

Cuadro 4.d

Sin embargo estas diferencias no reflejan de forma real el riesgo de morir de una persona en una población determinada ya que están determinadas por variables independientes como la estructura etaria. Es decir que no pueden realizarse comparaciones ni análisis con estos indicadores sin eliminar el efecto de la variable edad. Tan importante es el efecto de esta variable en la TMG, que se está dejando de usar en todo el mundo como indicador de salud.

La estructura etaria de las poblaciones es muy diferente según la comunidad y constituye un dato fácilmente observable en una pirámide poblacional. Ella refleja el tipo de patologías que prevalecen en dicha región y el tipo de planes de salud que deberían implementarse.

Al comparar los valores extremos de TMG para las provincias argentinas observamos que la menor tasa correspondiente a Tierra del Fuego (2,92 por mil) es 4 veces menor a la tasa más alta que corresponde a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (11,74 por mil). Para eliminar el efecto de la edad en la TMG y permitir la comparación entre jurisdicciones con diferentes estructuras demográficas, la epidemiología construye, a través de diferentes métodos, las Tasas de Mortalidad Ajustada en este caso ajustadas por edad. (TMAE) [Cuadro 4.d]. Con la TMAE, puede observarse que las diferentes provincias, salvo excepciones, muestran una tendencia hacia el promedio nacional. La provincia de Tierra del Fuego tiene una población fundamentalmente joven de manera que el grupo etario de 65 años y más representa solamente al 3,17% del total. Siendo las personas de este grupo, las que presentan el mayor riesgo de morir, es esperable que la TMG sea baja en esa jurisdicción. En cambio, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se presenta una estructura poblacional similar a la de los países europeos desarrollados donde se produce un progresivo envejecimiento de la población. Allí el grupo etario de 65 y más años representa al 17,77% de la población lo cual explica el mayor volumen del evento muerte en esta jurisdicción.

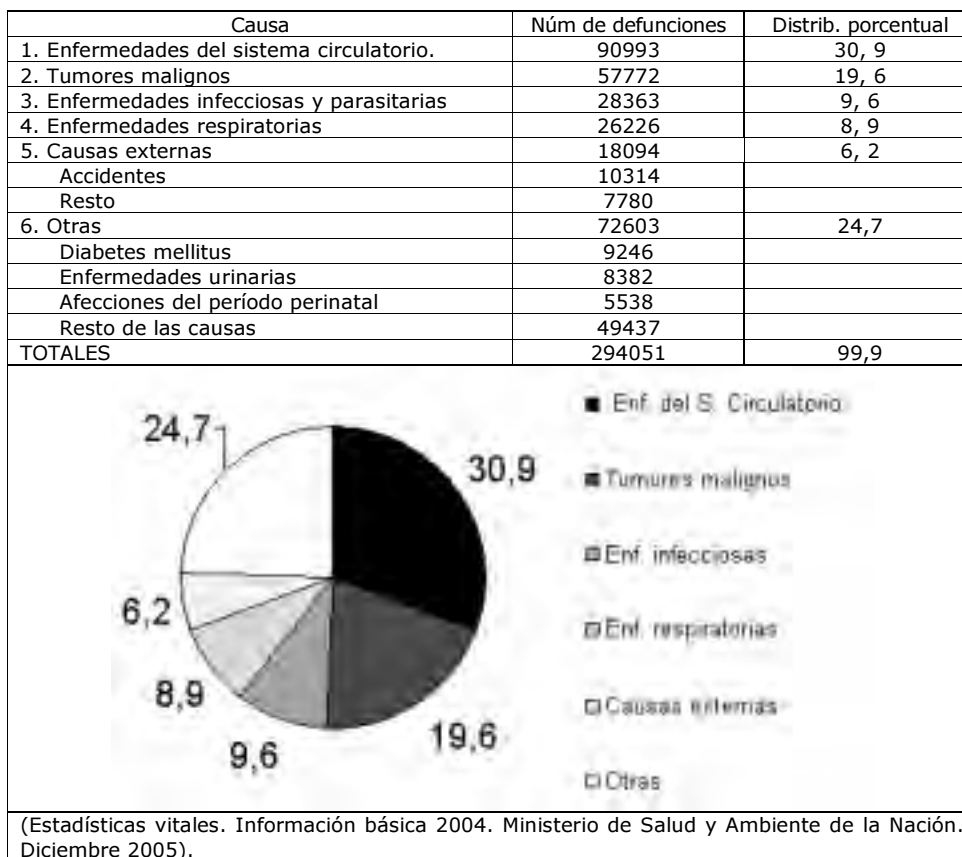
Mortalidad específica

La TMG, entonces, no es un indicador útil que exprese la forma en la que enferman y mueren los integrantes de una población. El ajuste de tasas por edad es un buen método para utilizar el evento muerte como evaluador de una situación de Salud. Otra forma de expresar el estado de salud de una población es a través Tasas específicas de mortalidad que miden riesgos de subgrupos de una población. Las tasas de mayor utilidad son las que miden las muertes que se producen en grupos vulnerables como el caso de los niños y las mujeres en relación al embarazo. Si bien podría aceptarse cierta base biológica que aumenta el riesgo de morir de estos grupos, la gran mayoría de estas muertes se relaciona con la pobreza y la escasa instrucción de manera que son indicadores de injusticia social e inequidades. Se trata de indicadores paradigmáticos que no sólo reflejan el estado de salud sino también el grado de desarrollo de una población. Los más importantes son la Tasa de mortalidad infantil y la Tasa de mortalidad materna. Estas serán analizadas más adelante.

Pero también puede medirse la mortalidad desde una óptica causal. No es difícil comprender la importancia de analizar las principales enfermedades que causan muerte en una comunidad. Al comparar estas entidades con otras de efectos menos graves, encontraremos que las primeras ocasionan mayores pérdidas humanas y económicas (por gasto de salud y por pérdida de productividad potencial). Esta Mortalidad específica por causas identifica en Argentina cinco grupos de enfermedades que causan casi el 75% de las muertes (INDEC, 2002). Estas son:

- Enfermedades Cardiovasculares.
- Neoplasias.
- Enfermedades infecciosas.
- Enfermedades respiratorias (no infecciosas)
- Causas externas (incluye traumatismos e intoxicaciones).

En el cuadro 4.e Pueden observarse los datos sobre mortalidad específica por causas. Argentina. Mortalidad específica por causas. 2004



Cuadro 4.e

b₂.- Indicadores de Calidad de vida

Si bien morir es el hecho más grave, la enfermedad puede afectar de múltiples formas a la vida. Es así que, con una mirada modernista-exitista, la vida puede ser socavada en cuanto a calidad por efecto de la enfermedad y la muerte prematura.

La calidad de vida es una variable compleja que se mide a través de índices que combinan numerosos indicadores, en general de mortalidad. A través de estos indicadores de mortalidad podemos inferir la calidad de vida de una población y es por ello que nos referimos a estos indicadores en esta sección. Calidad de vida no expresa exclusivamente condiciones relacionadas con la Salud como bienestar físico y mental, sino también a otros aspectos no asociados directamente a la salud como son el trabajo, la familia y otras circunstancias de la vida. En esta sección nos referiremos a la calidad de vida relacionada con la salud.

La Esperanza de Vida al Nacer (EVN) es un clásico indicador que, si bien expresa el nivel de mortalidad de los diferentes grupos etarios de una población, refleja en cierta medida la forma de vida de una comunidad. En general se lo interpreta como un simple promedio de sobrevivencia esperada para cualquier persona pero en verdad es un indicador complejo. Sin embargo su uso se ha extendido en todo el mundo [Cuadro 4.f] y permite las primeras aproximaciones sobre el modo de vida de una población. La EVN se estima a través métodos de regresión ponderada, a partir de las Tablas de Vida. Las tablas de vida son instrumentos que desglosados por edad y sexo cruzan las variables mortalidad específica y número de sobrevivientes del grupo etario en cuestión, para estimar el riesgo de morir. De esta manera la EVN se calcula teniendo en cuenta la mortalidad de todos los grupos etarios y por eso el resultado se ve fuertemente influenciado por los grupos de mayor mortalidad: los menores de 1 año y los mayores de 65.

A principios del siglo XX la EVN en Argentina era de 40 años pero ha aumentado en forma progresiva a través de los años hasta llegar a los 61 años en 1950 y en los últimos cincuenta años su evolución fue más lenta [Cuadro 4.g]. Por diversos factores cuya discusión excede el sentido de esta sección la EVN es mayor en las mujeres. Incluso esta diferencia es muy grande en los últimos años llegando a los 8 años. La proyección de la EVN para el quinquenio 2000-2005 en Argentina es de 74,28 años (70,60 años para los varones y 78 para las mujeres).

EVN. Selección de países. 2003

País	EVN
Argentina	74
Brasil	69
Chile	77
Bolivia	65
México	74
Cuba	77
Estados Unidos	77
España	80
Federación Rusa	65
Noruega	79
Egipto	67
Rwanda	45
China	71
India	62
Irán	69
Japón	82
Australia	81
OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2005.	

Cuadro 4.f

Argentina. Esperanza de vida al nacer

Período	EVN en años
1895-1914	40,0
1915-1945	48,5
1946-1958	61,1
1959-1961	66,4
1965-1970	67,4
1975-1980	68,7
1985-1990	71,0
1995-2000	73,1
2000-2005	74,3

Cuadro 4.g

La EVN se utiliza en forma muy extendida en todo el mundo. Si bien no todos los países disponen de fuentes adecuadas para construir las tablas de vida, existen diferentes métodos estandarizados que permiten un cálculo confiable de la EVN. Este indicador por su gran expresividad no solo se utiliza como indicador del Estado de Salud de una población, sino también como indicador de grado de Desarrollo.

Más recientemente se han utilizado otros indicadores más útiles para medir la calidad de vida.

El más utilizado de ellos es Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP). Este es un indicador de uso muy extendido en el mundo por lo que permite la comparación de diferentes poblaciones. El indicador AVPP sirve para el estudio de la muerte prematura y expresa en forma relativa el peso de las diferentes causas de enfermedad en la ocurrencia de estas muertes. El AVPP es concretamente la sumatoria de los años de vida perdidos prematuramente. Se obtiene calculando la diferencia entre la edad de la muerte de cada persona y una edad que por convención se considera la aceptable y esperada para esa población que en general se fija en 70 años (aunque a veces 75 o 80); la sumatoria de esos años perdidos constituye el indicador AVPP. En el cálculo se contempla la causa de la muerte por lo que, como ya se ha dicho, puede estimarse la importancia relativa de cada grupo de enfermedades. Este indicador, además tiene muchas variantes ya que puede utilizarse como Tasa de AVPP cuando se consideran los años perdidos por cada diez mil habitantes o como AVPP en población económicamente activa cuando los años perdidos se consideran desde los 15 años.

En 2003 los AVPP en Argentina fueron de 750 cada diez mil habitantes con importantes diferencias según el sexo ya que para los varones fueron 938,63 años cada diez mil habitantes y 563,54 para las mujeres. Si se compara con datos de 1999 se comprueba una leve mejoría con una reducción de 32 años perdidos cada diez mil habitantes (AVPP de 782 años cada diez mil con 993 para los varones y 580 para las mujeres). También puede observarse la ya expuesta diferencia entre las regiones argentinas, comprobándose que ocurren más muertes prematuras en los distritos más pobres [Cuadro 4.h].

Argentina. AVPP por diez mil habitantes. Todas las causas. 2003

Región	AVPP totales	AVPP varones	AVPP mujeres
Total País	750	938	563
Región Centro	728	928	533
Región Cuyo	704	868	541
Región Noroeste	790	953	623
Región Noreste	959	1124	789
Región Patagónica	645	823	460

(Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación-OPS. Indicadores básicos. Argentina 2005).

Cuadro 4.h

Pero la utilidad principal del indicador AVPP es que permite discriminar las causas de las muertes prematuras y de esta forma, explorar las principales etiologías de enfermedad y de mortalidad en una población.

Ya se han detallado las principales causas de muerte en Argentina (Mortalidad específica por causas) pero desde el punto de vista de la cantidad o el volumen. Sin embargo las diferentes entidades tienden a aparecer en ciertas edades, ocasionando enfermedad, discapacidad y muerte, en forma particular. Este indicador AVPP, nos permite un estudio diferencial de las diferentes causas de enfermedad y muerte, de manera que puede analizarse a cada entidad en su contribución al deterioro de la calidad y duración de la vida [Cuadro 4.i].

Argentina. AVPP discriminada por causa y regiones. 2003

Región	CV	Neo	Inf	CE	Total
Total País	94,68	105,61	75,85	148,04	750,54
Región Centro	102,83	115,86	74,45	144,29	728,37
Región Cuyo	87,70	94,47	61,45	165,14	704,17
Región Noroeste	71,16	71,46	84,67	146,94	789,71
Región Noreste	91,51	95,86	106,79	152,46	959,26
Región Patagónica	65,47	90,73	43,28	161,57	644,73

CV: Enfermedad Cardiovascular. **Neo:** Neoplasias. **Inf:** Enfermedades Infecciosas. **CE:** Causas externas.
(Indicadores básicos, Argentina 2005. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación-OPS).

Cuadro 4.i

Al comparar las diferentes causales de muerte podemos observar la gran importancia en las causas externas (traumatismos y envenenamientos) en la pérdida prematura de años de vida. Esto se debe a que si bien el número de defunciones por estas enfermedades no son tantas como las muertes cardiovasculares o neoplásicas (ver cuadro 4.e: 6,2% de todas las muertes en 2002), estas muertes son las menos “naturales” y las que se producen más prematuramente. Este tipo de daños a la salud afecta a todos los grupos etarios, incluso es una importante causa de mortalidad infantil (3,2%) y la principal en los niños de 1 a 14 años y en los adolescentes. Esto explica la gran cantidad de años de vida que se pierden por cada muerte por causas externas.

Otra conclusión que se desprende del análisis de los AVPP por causas, es la tendencia a ciertos patrones de mortalidad según el nivel socioeconómico de las jurisdicciones. Las provincias de la Región Central, de niveles de ingreso mayor, presentan un patrón de mortalidad típico de los países de mayor desarrollo, donde predominan las enfermedades y las muertes relacionadas con los estilos de vida como son las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias. En cambio las provincias con menor nivel de ingreso, como las regiones del Noroeste y Noreste, muestran un patrón donde las patologías relacionadas con la pobreza, como las enfermedades infecciosas, son las que producen mayor pérdida prematura de años de vida.

La Esperanza de Vida Sana (EVAS) es un indicador de calidad de vida que ha comenzado a utilizarse recientemente. De los indicadores de Calidad de vida este es uno de los que propiamente expresa “calidad de vida” ya que no utiliza datos sobre mortalidad para su estimación. Su cálculo contempla el efecto de las enfermedades no letales pero que afectan la calidad de vida de las personas; es decir no se construye con datos sobre enfermedades banales. Se obtiene a través de la estimación de la prevalencia de los diferentes problemas de salud ajustada por la gravedad del proceso para calcular el promedio de años libres de enfermedad. Se calcula a nivel país y no disponemos de datos provinciales [Cuadro 4.j].

Selección de países. EVS en años. Por sexo. 2002

Países	Varones	Mujeres
Argentina	63	68
Brasil	57	62
Chile	65	70
Bolivia	54	55
México	63	68
Cuba	67	70
Estados Unidos	67	71
España	70	75
Federación Rusa	53	64
Noruega	70	74
Egipto	58	60
Rwanda	36	40
China	63	65
India	53	54
Irán	56	59
Japón	72	78
Australia	71	74

(OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2005).

Cuadro 4.j

5.- Las enfermedades de los adultos tienen que ver con el estilo de vida

La población adulta ha sobrevivido a los peligros relacionados con la vulnerabilidad de las edades tempranas. Sin embargo enfrentan peligros de importancia similar pero de evolución más lenta lo que dificulta su detección para la población general.

a.- Los estilos de vida

La transición epidemiológica de las enfermedades infecciosas agudas hacia las enfermedades crónicas se produjo por un mejoramiento general de las condiciones sanitario-ambientales. Durante el siglo XX esta nueva situación ha alcanzado a casi todos los países del mundo en forma irremediable; a pesar del gran atraso y pobreza de muchos países del Tercer Mundo, las condiciones de vida de sus habitantes han mejorado sensiblemente en los últimos 100 años incluso a pesar de su subdesarrollo. Argentina es un país que en estos aspectos, como en muchos otros, se encuentra en una situación intermedia; a pesar de que en muchos distritos la situación sanitaria aún es deficiente y que la prevalencia de pobreza es muy alta, es indudable que los progresos logrados en materia de salud son muy importantes.

Las enfermedades crónicas actualmente prevalecen en forma epidémica. Esta consolidación de las enfermedades crónicas no se produjo por el control de las enfermedades infecciosas sino por la generalización de estilos de vida no saludables en la población. Estos factores han impactado de tal forma en la salud de la población que son los principales determinantes de enfermedad y de muerte en la actualidad. La intervención contra estos determinantes de la salud relacionados con los estilos de vida representa una de las estrategias más efectivas para el mejoramiento de la calidad de vida y el control de las enfermedades. Las formas en que las personas pueden autoimponerse factores que deterioran la salud a través de su forma de vivir, son muy numerosas. Haremos una breve mención de las más importantes.

Tabaquismo

Sin dudas es el hábito enmarcado dentro de los estilos de vida de mayor impacto negativo en la Salud. Es la principal causa prevenible de enfermedad y muerte en todo el mundo. Desde hace

unas décadas en los países desarrollados y desde hace unos años también en Argentina, impulsado por políticas desde las instituciones estatales de Salud se desarrollan intensas campañas para reducir la prevalencia de este problema. A pesar de ello, continúa siendo grave en Argentina. En 2005 la prevalencia de fumadores fue de 34, 2% de la población entre 18 y 64 años con un 15% de ex tabaquistas. El 35% de los fumadores son mujeres. Otro dato de gravedad es el hábito en los adolescentes (12 a 18 años) ya que el 22% de ellos fumaron por lo menos un cigarrillo el mes previo a ser consultados; un poco más de la mitad de esos jóvenes fuman a diario. Además gran parte (30-40%) de los fumadores se inician en la adolescencia cuando son más vulnerables a la publicidad.

No es necesario indicar los efectos específicos del tabaco en la génesis de las enfermedades crónicas ya que es suficiente mencionar que interviene en el origen y empeora el pronóstico de todas las enfermedades cardiovasculares, bronco-pulmonares y la mayoría de las neoplasias. Basta también indicar su relación con las muertes precoces: todas las muertes relacionadas con el tabaco son prematuras y serían entre 35.000 y 40.000 por año.

Alcohol

El abuso de bebidas de contenido alcohólico es otro hábito que repercute sobre la salud. De muy fácil acceso en Argentina recientemente se han implementado políticas para restringir el acceso a los menores de edad. Aproximadamente un 7% de la población argentina abusa de las bebidas alcohólicas. Este hábito tóxico ha aumentado casi un 20% en los últimos 10 años. La gran mayoría de los bebedores son hombres (80-85%). Al igual que el tabaco, el alcoholismo es un problema que en la mayoría de los casos se inicia en la adolescencia: 75-80% de los jóvenes probaron las bebidas alcohólicas antes de cumplir 18 años y casi un 60% consumiría regularmente. La mitad de los jóvenes se inician en el consumo en sus propios hogares constituyéndose un problema familiar. El consumo excesivo de alcohol se asocia graves complicaciones hepáticas y gastroduodenales, pero además produce ansiedad y trastornos mentales orgánicos, empeora la hipertensión arterial y los trastornos metabólicos (diabetes y dislipemias) y es uno de los principales factores en los hechos de violencia y accidentes.

Dieta inadecuada y Sedentarismo

Una dieta inadecuada se relaciona con problemas de la salud. La desnutrición y el sobrepeso-obesidad, se relacionan con cantidad baja y alta respectivamente de calorías en la dieta. La dieta no adecuada en calidad se relaciona con el desarrollo de enfermedad cardiovascular, obesidad, trastornos metabólicos (diabetes y dislipemias) y algunas neoplasias. Una dieta con ingesta excesiva de sal y de alimentos con grasas saturadas, pobre en glúcidos complejos y fibra vegetal, contribuye fuertemente en la generación de enfermedad y muerte.

La actividad física de las personas se ha reducido continuamente a lo largo del siglo XX con la mecanización de la vida. Los efectos del sedentarismo son similares a los de la dieta inadecuada y el impacto de una actividad física regular son muy beneficiosos para prevenir estos problemas.

La prevalencia de obesidad es sumamente difícil de medir por no existir en Argentina un sistema nacional de encuesta sobre este tema pero a través de varios trabajos contamos con datos aproximados sobre este factor de riesgo y enfermedad a la vez. En adultos la prevalencia de obesidad hacia el año 2000 era de 20% mientras que la de Sobrepeso era de 28%. En niños la prevalencia de obesidad varía según los trabajos entre 2 y 8% de la población mientras que el sobrepeso entre 7 y 20%. Otro problema es que los pacientes afectados con este importante problema de salud no lo reconocen como tal; en un trabajo sobre examen periódico de salud donde se encontró una prevalencia de sobrepeso y obesidad de 42%, la mitad de los pacientes no lo consideraba un problema de salud sino un problema estético.

b.- El registro de la morbilidad

En secciones anteriores se ha hecho mención a la importancia de las enfermedades cardiovasculares y neoplásicas como las causas más frecuentes de muerte en los adultos en Argentina. Ya se ha mencionado que la muerte, es un evento fácil de registrar.

La enfermedad es un proceso que altera la vida de las personas en forma muy frecuente. Existe un gran porcentaje de casos subclínicos que no entran al sistema de atención médica y que se resuelven en forma espontánea. Además a pesar de que existe reglamentación que obliga a notificar los casos de numerosas enfermedades, el cumplimiento de la notificación es muy bajo sobre todo en el sector de obras sociales y privado. Estos hechos imposibilitan la confección de registros confiables sobre la prevalencia de las enfermedades.

Por ello se debe recurrir a otros medios para tener una idea aproximada de la forma de enfermar y de la prevalencia de las enfermedades. Una de esas formas es a través de los registros sobre las causas específicas de muerte y otra es a través de encuestas de morbilidad.

Argentina. Número y Porcentaje de muertes discriminadas por causas. 2004

ENFERMEDAD	Número defunciones	% del total (aprox.)
1. Enfermedades del sistema circulatorio.	90.993	30,9
Insuficiencia cardíaca	27.574	9,4
Enfermedad cerebrovascular	21.916	7,5
Enfermedades isquémicas del corazón	18.644	6,3
Enfermedades hipertensivas	5.915	2,0
Resto de E del s. circulatorio	16.944	5,7
2. Neoplasias	57.772	19,6
Tráquea, bronquios y pulmón	8.474	2,9
Mama	5.278	1,8
Colon.	5.129	1,8
Páncreas	3.333	1,1
Estómago	2.997	1,0
Demás órganos digestivos y peritoneo	6.212	2,1
Útero	2.399	0,8
Resto de las neoplasias	23.950	8,1
3. Enfermedades infecciosas y parasitarias	28.363	9,6
Infecciones respiratorias agudas	15.020	5,1
Septicemia	9.772	3,3
Infección VIH - SIDA	1.452	0,5
Tuberculosis	706	0,2
Resto de las infecciosas	1.413	0,5
4. Enfermedades del sistema respiratorio	26.226	8,9
5. Causas externas	18.094	6,2
Accidentes de tráfico	3.774	1,3
Otras C. E. por traumatismos accident.	6.540	2,2
Suicidios	3.137	1,1
Homicidios	2.248	0,7
Resto de las causas externas	2.395	0,8
6. Diabetes mellitus	9.246	3,1
7. Enf. del sistema génitourinario	8.382	2,8
8. Enfermedades crónicas del hígado	2.571	0,8
9. Trastornos mentales y del comportam.	2.452	0,8
10. Embarazo, parto o puerperio	313	0,1
11. Resto de las causas definidas	27.877	9,5
12. Causas mal definidas o desconocidas	21.752	7,4
TOTAL DE DEFUNCIONES	294.051	

(Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Estadísticas vitales. Información básica 2004. Diciembre 2005).

Cuadro 5.a

b₁- Conocer la enfermedad a través de la muerte

Al analizar el número de defunciones discriminadas por la causa, se obtiene una visión sobre el volumen de las enfermedades lo suficientemente graves como para producir la muerte. Si bien la enfermedad no mortal es mucho más frecuente que las enfermedades letales, estas últimas producen un gran impacto social por su desenlace y por los gastos a la salud que ocasionan. Las causas de muerte principales durante el 2004 (última publicación de las Estadísticas vitales, de diciembre de 2005) se observan en el cuadro 5.a.

b₂- Encuestas de prevalencia

Otra forma de conocer la prevalencia de las enfermedades que no se notifican en forma adecuada, es a través de estudios de corte transversal. Estos si son bien diseñados y cumplen con los criterios de validez interna y externa pueden expresar en forma adecuada la presencia de la enfermedad en cuestión de la población estudiada.

Hipertensión arterial (HTA)

Una de las dificultades para el análisis de las investigaciones sobre HTA es que los criterios que definen a la enfermedad cambian en períodos menores en los que se renuevan los trabajos.

Diferentes trabajos realizados desde la década de 1990 en localidades de la provincia de Buenos Aires (La Plata, Luján, Rauch), Córdoba y Rosario, a través de encuestas domiciliarias, estimaron que la prevalencia de la HTA variaba de 24 a 36% con una mediana de 30% en la población adulta. La prevalencia de la HTA varía mucho con la edad siendo una enfermedad predominantemente de los adultos y los ancianos: en los mayores de 60 años la prevalencia sobrepasa al 60%. Sin embargo algunos casos se inician a edades más tempranas: en un estudio realizado en La Plata se calculó una prevalencia de HTA de 12% en estudiantes universitarios de entre 20 y 28 años (Cingolani H. y col., 1998). En todos los estudios aproximadamente la mitad de las personas con HTA desconocían su condición de enfermos. Esta enfermedad de tan graves consecuencias vasculares, tiene en general, una evolución lentamente progresiva: esto determina un tiempo de latencia prolongado en el cual las medidas de rastreo y prevención son esenciales. Otro estudio realizado en La Plata demostró que la prevalencia de personas con Presión normal alta (según el "6º reporte": Pas = menor a 140 y Pad entre 85 y 89) era de 6,62% y que en 4 años el 41,8% progresó a HTA (Echeverría R. F. y col., 1998). Esta ventana de 4 años representa una oportunidad única para la prevención.

Diabetes

Se trata de una enfermedad menos frecuente que la HTA pero de consecuencias vasculares igual de desastrosas para la población que no logra un control metabólico. Existen varios estudios en Argentina que se realizaron en varias localidades (Pehuajó, La Plata, Venado Tuerto) que indican una prevalencia de diabetes que varía entre 4,9 y 9,9%; en la población mayor de 65 años la prevalencia llegaría al 20%. Otro trabajo realizado en La Plata a través de encuestas domiciliarias reveló una prevalencia de 3,7% de diabetes en la muestra [cuadro 5.b] pero además estableció las relaciones tanto de la diabetes como de la HTA con otras enfermedades crónicas (datos de encuestas de prevalencia). En ese estudio puede observarse la asociación entre HTA y Diabetes y procesos como la obesidad y la enfermedad coronaria. Un problema similar a la de la HTA es que un gran porcentaje de los pacientes con Diabetes tipo 2 desconocen su enfermedad y cuando son diagnosticados ya presentan graves complicaciones vasculares.

Prevalencia de enfermedades crónicas y factores de riesgo (en porcentajes).

Enfermedad	Población general (n=890)	Diabéticos (n=33)	Hipertensos (n=107)
Diabetes	3,7	100,0	8,4
HTA	12,0	27,3	100,0
Alergia	21,4	24,2	24,3
Artritis /Artrosis	19,8	57,6	44,8
Trastornos psiquiátricos	18,4	27,3	25,2
Obesidad	14,5	30,3	29,9
Litiasis biliar	9,4	6,1	18,7
Úlcera gastroduodenal	6,7	-	6,5
Broncopatías crónicas	6,1	12,1	10,3
Asma	4,9	12,1	10,3
Enfermedad coronaria	4,6	9,1	15,9
Litiasis renal	4,3	6,1	3,7

(Gagliardino, Olivera, Barragán, Hernandez. Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial. Aspectos clínicos y epidemiológicos en la ciudad de La Plata. Buenos Aires, Medicina, 1995, modificada para esta edición).

Cuadro 5.b

Neoplasias

Las enfermedades neoplásicas son afecciones de gran impacto social. Presentan alta letalidad en general y cada vez se van haciendo más frecuentes. El hecho de que las personas vivan cada vez más años y lleguen a edades más avanzadas, las hacen más susceptibles a enfermedades degenerativas como el cáncer. Representan la segunda causa de muerte en Argentina. La mayoría de las neoplasias tiene relación muy estrecha con los estilos de vida y por ello las medidas para modificarlos tienen efectos beneficiosos para el control de estas enfermedades. Además los avances de la medicina han logrado reducir la mortalidad de muchas neoplasias sobretodo si son detectadas en etapas tempranas y el rastreo para la detección precoz constituye otro nivel de acción para el control.

No todos los cánceres son exclusivos de las edades avanzadas ya que la edad media de aparición es de 55 años. El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente de las mujeres, representando el 30-35% de los cánceres. El cáncer de mama afecta a 1 de cada 8 mujeres diagnosticándose en Argentina entre 15.000 y 18.000 casos por año. El rastreo a través de Mamografías ha logrado reducciones de 30% de la mortalidad por esta neoplasia.

El cáncer de próstata es la neoplasia más frecuente en los hombres. Se trata de una enfermedad relativamente benigna ya que el 90% de los hombres afectados morirán por otra causa. El riesgo de padecer cáncer de próstata de los mayores de 50 años es de casi 9% aunque la frecuencia de esta neoplasia es realmente mucho mayor: la prevalencia histológica del carcinoma de próstata es de 10% en los varones de 50 años y de 65% en los de 80 años. La incidencia de cáncer de próstata en la Provincia de Buenos Aires es de 47 por cien mil. La detección precoz de esta enfermedad a través del dosaje del antígeno prostático específico, ha logrado mejorar el manejo de los pacientes.

El cáncer de pulmón es la primera causa de muerte por cáncer, lo cual se debe a su frecuencia, pero principalmente a su elevada letalidad. Fuertemente asociada al tabaco produce casi 9.000 muertes por año. Si bien sigue siendo una enfermedad predominantemente de los varones su incidencia en las mujeres ha aumentado en forma alarmante en los últimos 20 años. Existen algunos estudios en Argentina que indican una incidencia de casi 47 por cien mil y 8 por cien mil en varones y mujeres respectivamente. Para la detección de las neoplasias pulmonares aun no se ha desarrollado un método eficaz de diagnóstico precoz y es probable que esto incida en su alta letalidad asociada.

La segunda causa de muerte por cáncer para ambos sexos es el colonorrectal, pero si bien no se conocen los datos exactos es probable que en Argentina sea una enfermedad más frecuente que el cáncer de pulmón. Por lo anterior se deduce que es un cáncer de menor letalidad. Además si bien

no se ha extendido su uso aún, la fibrocolonoscopia periódica es eficaz para su detección en etapas tempranas y curables. En la provincia de Buenos Aires se diagnostican 5.300 casos nuevos de esta enfermedad por año, lo que representa una incidencia de 37 por cien mil.

Accidentes

Los accidentes son una de las principales causas de muerte y la principal desde la edad de 1 año hasta los 19. Se ha mencionado que son responsables de una gran cantidad de años de vida potenciales perdidos porque afectan a todos los grupos etarios y muy especialmente a los jóvenes. La mayoría de los muertos son varones con una razón de aproximadamente 2,7. La víctima más frecuente de los accidentes son los peatones (44%), seguido por los conductores de automóviles (27%) los motociclistas (15%) y los ciclistas (13%). En cuanto al número de casos de accidentes mortales llama la atención la gran cantidad de datos disímiles: según la fuente varía entre 11 y 21 muertes por día. Lo cierto es que en 2004 hubo 3.774 defunciones por accidentes de tránsito y relacionadas con el transporte, según la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación. Este número menor a otras series podría deberse a que en esa Dirección se registran como muertos por accidentes los que ocurren en el sitio del hecho y no los que fallecen luego por complicaciones de la internación ocurrida por un accidente grave.

Pero no todos los accidentes son mortales. En cuanto a los accidentes no fatales, los registros son aún menos confiables ya que no ingresan al sistema judicial. La cantidad de personas lesionadas (leves y graves no mortales) sería de entre 100.000 y 125.000 por año.

Los accidentes ocurren en un alto porcentaje por fallas humanas. La falta de seguridad en el hogar es el principal determinante de las muertes de niños pequeños por traumatismos o accidentes eléctricos. Los accidentes de tránsito, que han adquirido proporciones epidémicas, se relacionan con hábitos inadecuados (consumo de alcohol) pero sobretodo el incumplimiento de las normas de seguridad vial (respeto de límites de velocidad y uso de cinturón de seguridad o casco, entre otras). Desde el Estado se vienen promoviendo campañas de educación vial para reducir esta importante causa de enfermedad y muerte

c.- ¿Por qué consulta la gente?

Los trabajadores de la salud que reciben a personas que consultan a un servicio de Atención Médica estarán de acuerdo en que la cantidad de motivos que pueden llevar a una persona a consultar son innumerables. Se ha hecho mención a que la inmensa mayoría los problemas de salud de las personas son de gravedad menor, lo cual dificulta su registro. La percepción de los propios síntomas por una persona, la imaginación sobre su enfermedad, a veces inexistente, y múltiples factores psicológicos, se conjugan junto a la tan variable evolución de un proceso mórbido, para transformarlo en un hecho único, individual e irreplicable. Luego de realizar estudios y llegar a un diagnóstico las entidades se vuelven más homogéneas permitiendo una clasificación. Pero hasta ese momento, cuando la persona toma contacto con la Atención Médica, resulta muy dificultoso clasificar los motivos de consulta. Además muchas variables determinan las causas que llevan a la consulta. En invierno predominan las infecciones virales de la vía inferior y en verano las diarreas agudas. Los jóvenes consultan por diferentes cosas que los de mayor edad. Los pobres se enferman más y en forma diferente a los ricos. También se ha visto que en épocas de crisis sociales y económicas, como la reciente ocurrida en Argentina, las consultas por trastornos de ansiedad, aumentan.

Por estos factores, los motivos de consulta varían mucho según el lugar y el tiempo en que se analiza. En el cuadro 5.c se presentan los motivos de consultas más frecuentes en 4 fuentes diferentes: un Hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, un Hospital Universitario, un Hospital privado, ambos de la misma ciudad y una encuesta para médicos de familia en EEUU.

Motivos de consulta más frecuentes y cinco primeros en 4 fuentes. Porcentajes del total (1972, 1993, 2002)

Motivo de consulta	Hospital Público, CABA (2002)	Htal. Universitario, CABA (1992)	Médico de familia, EEUU (1978)	Htal. Privado, CABA (1993-96)
Infección de V. aérea sup.	17, 7 (1°)	6 (3°)	9, 3 (2°)	5, 6 (4°)
T. de Ansiedad.	15, 8 (2°)	11 (1°)	2, 3	9, 8 (3°)
Ex Periódico de Salud	12, 1 (3°)	5 (4°)	14, 5 (1°)	31 (1°)
HTA.	10, 1 (4°)	9 (2°)	6, 8 (3°)	15,5 (2°)
Dispepsia.	6, 7 (5°)	-	1, 2	3, 6
Lumbalgia-Dorsalgia	5, 3	5 (5°)	1	2, 8
Infección urinaria	4, 2	2, 3	1, 7	1, 3
Otros dolores muscul.	3, 4	2, 6	5, 4 (4°)	5, 5 (5°)
Asma / EPOC.	2, 5	1, 4	0, 7	0, 8
Diabetes	1, 7	-	2, 4	2, 2
Cefalea.	1, 7	2, 4	0, 7	1, 5
Diarrea aguda.	1, 7	1, 4	1, 7	0, 9
Neumonía.	1, 1	2,3	3, 1 (5°)	1, 4
Anemia.	1, 1	-	0, 7	1
Otros mot. de consulta	14, 7	51,6	48, 5	17,1

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Barragán, Santiago. Ansiedad y crisis. Presentado en AMA. SMIBA. 2003.

Cuadro 5.c

6.- Los Indicadores materno-infantiles expresan la salud de grupos vulnerables

Ya se ha resaltado la importancia de la edad al describir la Situación de Salud de una población. Se trata de la más importante variable de persona de la clásica Epidemiología, incluida entre los factores biológicos de la visión de Lalonde. Tan importante es esta variable que muchos de los indicadores más empleados se ajustan según la edad: un ejemplo de ello es la Mortalidad ajustada por edad. De igual manera muchos de los problemas de salud se analizan desagregados según grupos etarios. Los niños (individuos menores de 15 años) son un grupo paradigmático en cuanto a una forma particular de enfermar y de morir. Se trata de un grupo de muy frecuente consulta a los servicios médicos debido a una alta prevalencia de patologías en su inmensa mayoría de poca gravedad y una extendida cultura preventiva. Las mujeres embarazadas también representan un grupo especial de riesgo pero cuya situación no solo afecta a su propia salud sino que incide en la futura salud de su hijo. Son indicadores tan sensibles a las condiciones socioeconómicas de un país que sirven de Indicadores de Desarrollo [Cuadro 6.a].

Tasa de mortalidad infantil en varones y mujeres y razón de mortalidad materna. OMS. Comparativo de países seleccionados en iguales años

Países	TMI varones (2003)	TMI mujeres (2003)	RMM (2000)
Argentina	19	16	70
Brasil	39	32	260
Chile	10	9	30
Bolivia	68	64	420
México	31	25	83
Cuba	8	6	33
Estados Unidos	9	7	14
España	5	4	5
Federación Rusa	18	14	65
Noruega	4	4	10
Egipto	39	40	84
Rwanda	213	193	1400
China	32	43	56
India	85	90	540
Irán	42	36	76
Japón	4	4	10
Australia	6	5	6

(OMS. Informe sobre la Salud en el Mundo. 2005)

Cuadro 6.a

a.- Mortalidad en los niños

La muerte de un niño es una realidad terrible y en general se asocia con la falta de Justicia social. Desgraciadamente se trata de un evento frecuente en muchas provincias argentinas.

La gran mayoría de las muertes ocurridas durante la niñez se producen durante el primer año de vida; este hecho se expresa a través de un clásico indicador: la Tasa de mortalidad infantil (TMI = número de defunciones en menores de 1 año / nacidos vivos, por mil).

La TMI en Argentina era de 14,4 por mil en el año 2004 y 13,5 por mil en 2005. Esta tasa ha mostrado una constante disminución a lo largo de los años. La reducción de la MI es un fenómeno que ha afectado a casi todo el mundo incluidos los países de América Latina. Los progresos en este indicador han sido muy importantes en Argentina ya que se ha observado una reducción de casi un 75% en los últimos 50 años. Pueden verse progresos importantes en períodos relativamente cortos ya que este indicador era de 19,1 por mil en 1998, lo que representa una reducción de un 29% en solamente 8 años. Incluso la mejoría es muy notable si se consideran los datos publicados en 2003 ya que la TMI era de 16,5 por mil

Sin embargo los progresos no han sido iguales en todos los distritos y las diferencias son importantes entre las provincias [Cuadro 6.b]. Se ha visto que este fenómeno de heterogeneidad en los perfiles de salud entre las provincias argentinas, en general, se asocia a las condiciones económicas de cada una de ellas. Así, las provincias de Chaco y Formosa, dos de las provincias argentinas más pobres (4º cuartil de ingreso) tienen una TMI de 27,7 y 25 por mil, respectivamente, valores similares a la media de América Latina y el Caribe (27 por mil). En el otro extremo se encuentran los distritos de Ciudad Autónoma de Buenos Aires con 10,3 por mil y Tierra del Fuego con 8,4 por mil (1º cuartil de ingreso). La región del Centro, donde viven dos tercios de la población argentina, tiene una TMI de 15,2 por mil, un poco por debajo de la media nacional pero lejos de los países desarrollados.

Argentina. Tasas de Mortalidad infantil, neonatal, perinatal y entre 1 y 4 años. Por mil. 2004

Región	TMI	TMN	TMP	TM 1-4
Total País	16,5	10,5	16,2	0,7
Región Centro.	15,2	9,4	14,5	0,5
1. Ciudad de Bs.As.	10,3	6,5	9,0	0,5
2. Buenos Aires	16,3	9,8	14,8	0,5
3. Córdoba	14,3	9,4	15,4	0,6
4. Entre Ríos	17,2	11,8	18,6	0,5
5. Santa Fe	13,9	8,7	14,7	0,6
Región Cuyo	14,8	9,6	16,7	0,8
6. La Rioja	17,3	11,4	16,9	0,7
7. Mendoza	11,1	7,5	14,0	0,7
8. San Juan	19,6	12,0	22,6	1,0
9. San Luis	17,4	11,7	16,0	0,7
Región Noroeste	19,1	12,6	18,6	0,8
10. Catamarca	20,1	15,0	21,3	0,6
11. Jujuy	19,2	12,3	20,4	0,9
12. Salta	16,9	9,6	14,4	1,1
13. Santiago del Estero	14,2	8,2	10,5	0,8
14. Tucumán	23,0	16,5	24,4	0,6
Región Noreste	23,2	15,7	23,0	1,3
15. Corrientes	21,1	15,8	20,3	0,7
16. Chaco	27,7	18,3	26,6	1,7
17. Formosa	25,0	17,0	22,3	1,8
18. Misiones	20,2	12,6	22,6	1,1
Región Patagónica	13,7	9,3	14,0	0,5
19. Chubut	15,1	11,2	16,0	0,5
20. La Pampa	12,7	7,8	13,7	0,7
21. Neuquén	10,8	7,2	14,4	0,7
22. Río Negro	15,9	11,0	14,1	0,5
23. Santa Cruz	15,5	10,2	13,0	0,5
24. Tierra del Fuego	8,4	5,3	8,0	-

(Indicadores básicos, Argentina 2005. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación-OPS)

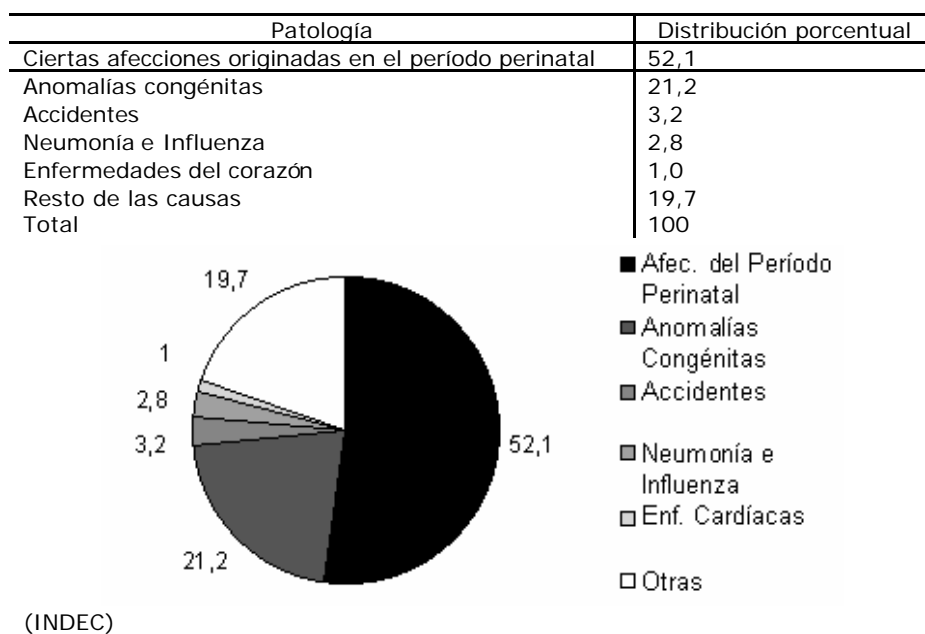
Cuadro 6.b

Según puede esperarse al observar las causas de muerte infantil, la mayoría de estas muertes se producen en los primeros meses de vida. Ciertamente en 2003, el 63% de ellas se produjeron durante el primer mes: Mortalidad Neonatal (TMN = Número de defunciones durante el primer mes / nacidos vivos, por mil). La gravedad de este hecho se debe a que, siendo el embarazo un proceso natural y de curso no complicado (en la mayoría de las ocasiones) una gran cantidad de estas muertes podrían evitarse con medidas de Atención Primaria de la Salud. El diagnóstico y tratamiento oportuno de los problemas durante el embarazo y el parto, lograrían reducir en más de un 50%, las muertes infantiles. Otro indicador sensible de esta etapa esencial del niño es la Tasa de Mortalidad Perinatal (TMP = N° nacidos muertos + N° defunciones en los primeros 7 días/Número de Nacimientos, por mil) que también expresa las consecuencias de embarazos y partos sin control adecuado [Cuadro 6.b].

La muerte ocurrida en niños de entre 1 y 4 años, también representa un indicador relacionado con las condiciones de vida de una población. Este evento se expresa a través de la Tasa de mortalidad de 1 a 4 años (TM 1-4 = Número de defunciones entre el 1º y 4º año / Población de niños entre 1 y 4 años por mil) fue de 0,7 por mil en Argentina en 2003 [Cuadro 6.b]. Las causas más frecuentes de muerte en este grupo etario son las externas (accidentes fundamentalmente); otras causas son las infecciosas, como las diarreas y las infecciones respiratorias que si bien se ha reducido su prevalencia y sobretodo la mortalidad específica, aún se mantienen altas (30% del total de muertes en este grupo en 1999).

Las causas de muerte infantil más importantes son una serie de procesos agrupados por la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) bajo el nombre de "Ciertas afecciones originadas en el período perinatal". Estas son: las complicaciones obstétricas que afectan al feto; retraso del crecimiento fetal, malnutrición e inmadurez; hipoxia, asfixia, otros problemas respiratorios; infección perinatal; y otras afecciones del período perinatal. Las otras causas de muerte antes del primer año de vida son las siguientes: las anomalías congénitas, los accidentes, las infecciones respiratorias, las enfermedades del corazón [Cuadro 6.c].

Argentina. Mortalidad Infantil. Causas. 2002



Cuadro 6.c

b.- Mortalidad Materna

La muerte de una mujer joven en plena etapa productiva (procreativa y económica), que muchas veces cumple importantes roles dentro de una familia, es otro hecho terrible y que, en Argentina, se asocia con la pobreza y la exclusión social.

El indicador que cuantifica la muerte asociada al embarazo es la Tasa de Mortalidad Materna (TMM = Número de defunciones maternas/Nacidos vivos, por diez mil). La defunción materna es la muerte de una mujer que se produce durante el embarazo, el parto-cesárea o el puerperio (período de 42 días posteriores al final del embarazo). "Durante el embarazo" implica causas relacionadas con el embarazo o agravadas por este pero excluye las causas accidentales o incidentales. Otra forma de medición de la mortalidad materna que actualmente se usa para comparación a nivel países, es la Razón de Mortalidad Materna que se expresa como las muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos [Cuadro 6.a].

A diferencia que los otros indicadores asociados a las condiciones socioeconómicas, la TMM ha mostrado un leve retroceso en los últimos años, ya que en 1998 era de 3,8 por cien mil, 4,1 por cien mil en 1999 y 4,4 por cien mil en 2003. Sin embargo este leve aumento de la TMM no estaría asociado a un aumento relativo del número de defunciones maternas, sino con el mejoramiento del registro de estas muertes ya que este evento está sujeto a un subregistro tan importante que, en algunos distritos, llegaría al 50%. En 2004 la TMM fue de 4,0 por cien mil.

La mortalidad materna se asocia a inequidad en el acceso a la Salud y eso puede observarse en las TMM de las diferentes provincias argentinas [Cuadro 6.d]. De forma similar a lo que ocurre en la TMI las provincias en desventaja económica muestran las tasas más altas.

Argentina. TMM por 10.000 nacidos vivos. 2003

Región	TMM
Total País	4,4
Región Centro	2,6
1. Ciudad de Bs.As	1,2
2. Buenos Aires	2,5
3. Córdoba	1,4
4. Entre Ríos	6,3
5. Santa Fe	3,5
Región Cuyo	6,2
6. La Rioja	16,9
7. Mendoza	3,8
8. San Juan	4,9
9. San Luis	8,2
Región Noroeste	7,6
10. Catamarca	2,5
11. Jujuy	15,5
12. Salta	6,9
13. Santiago del Estero	5,5
14. Tucumán	7,3
Región Noreste	8,2
15. Corrientes	7,5
16. Chaco	8,1
17. Formosa	13,5
18. Misiones	6,2
Región Patagónica	5,6
19. Chubut	8,6
20. La Pampa	5,2
21. Neuquén	5,1
22. Río Negro	1,9
23. Santa Cruz	11,1
24. Tierra del Fuego	4,4

(Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación-OPS. Indicadores básicos, Argentina, 2005)

Cuadro 6.d

Las dificultades en el registro de la mortalidad materna puede observarse en las TMM de las provincias argentinas donde puede apreciarse que distritos con similitudes geográficas y sociales, presentan TMM muy dispares. Sin embargo la tendencia a presentar TMM asociadas a las condiciones socioeconómicas se aprecia al comparar las provincias de mayor ingreso con las provincias más pobres: la razón entre la provincia de Formosa (13,5 por 10.000) y la CABA (1,2 por 10.000) es de 11,25.

Un dato adicional en cuanto a la salud materna es el embarazo adolescente. En Argentina el 15% de los embarazos terminados con el nacimiento durante el 2002, se producen en una madre adolescente (menor de 19 años) y cerca del 3% en niñas menores de 15 años. Este hecho se asocia al mayor grado de inequidad ya que estos embarazos de alto riesgo se producen en las condiciones socioeconómicas más desfavorables con los riesgos más altos de mortalidad infantil, perinatal y de mortalidad materna. Ante estos datos surge la necesidad urgente de instrumentar políticas y planes de educación reproductiva responsable, sin más discusiones retóricas. Desde el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación se ha implementado un programa específico que, sostenido, puede dar resultados efectivos y equitativos.

7.- Las Enfermedades Infecciosas fueron paradigmáticas en la epidemiología

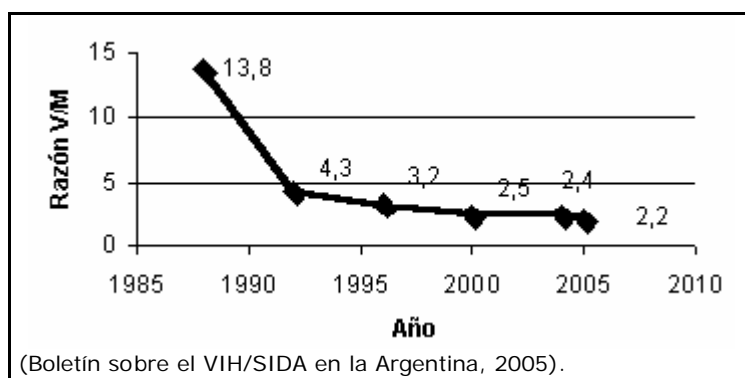
La epidemiología se fue conformando como disciplina independiente durante el siglo XX, pero nació como desprendimiento del estudio de las enfermedades infecciosas, en especial las transmisibles. A pesar de que las enfermedades infecciosas no son las más importantes causas de enfermedad y muerte en la actualidad, su análisis epidemiológico adquiere importancia por su historia, su endemidad o en algunos casos por su frecuencia.

a.- Infección VIH-SIDA

La infección por el VIH es actualmente una de las más importantes enfermedades infecciosas de distribución mundial. Sin duda es la más importante en Argentina, pero comparte el principal lugar con enfermedades infecciosas como la malaria en otros países menos desarrollados. Se expandió en forma catastrófica en sólo 25 años causando un gran número de muertes principalmente en población joven, siendo por ésto una importante causa de AVPP.

Desde el inicio de la epidemia de SIDA en Argentina en 1982 y hasta el año 2005 se notificaron casi 30.000 casos. Pero en el caso de esta enfermedad existe un importante retraso en la notificación por lo que se estima que los casos diagnosticados hasta mediados del 2005 son 32.000. Sin embargo una estimación conjunta a partir de unidades centinelas y de la prevalencia de la infección en mujeres embarazadas realizado en forma conjunta entre la ONUSIDA, la OMS y el Programa Nacional de lucha contra el VIH-SIDA y las ETS, calcula que había 127.000 personas infectadas por el VIH en Argentina en el 2005 y que la mayoría de ellas no conocía su condición de infectado.

Argentina. Razón de masculinidad de infección VHI-SIDA



Cuadro 7.a

Alrededor del 85% de los casos ocurren en las ciudades de la Región Centro (en el período 1987-2004) aunque en los últimos dos años tiende a reducirse el porcentaje de infectados en esta región por un avance de la epidemia en las regiones más pobres. La pandemia por HIV ha afectado desde su inicio a los varones en forma predominante, pero esta predilección se ha reducido en forma muy importante de manera que la relación varón-mujer ha descendido en forma sostenida desde el diagnóstico del primer caso en una mujer en 1987 hasta llegar al valor más cercano a uno en el 2005: 2,21 (Cuadro 7.a). Incluso la diferencia es muy pequeña si se analizan casos de infección de VIH notificados desagregados de los casos de SIDA (enfermedad sintomática: en 2004 la razón de varones-mujeres de infección VIH y de caso SIDA era de 1,35 y de 2,4, respectivamente). Estos datos expresan la expansión de la epidemia en la población heterosexual indicando una proporción similar de casos tempranos en ambos sexos. En cuanto a la edad promedio la enfermedad también muestra importantes diferencias según sexo ya que las mujeres se ven afectadas más tempranamente (34,5 años en la mujer y 37,5 en los varones).

La incidencia de Infección por VIH ha aumentado desde que se obtienen datos relativamente confiables de notificación en 2000 lo cual, si bien puede deberse a un real aumento de los casos, estaría asociado también a un mejoramiento en la notificación y al aumento de los hallazgos de la infección en fase asintomática [Cuadro 7.b].

Argentina. Incidencia de Infección por VIH

Año	Casos notificados	Incidencia por millón de personas
1983-1999 (17 años)	3.693	--
2000	1.341	37,3
2001	3.078	84,3
2002	2.485	67,2
2003	3.093	82,5
2004	3.491	91,9
2005	1.287	--
Sin año de diag.	12.305	--

(Boletín sobre el VIH/SIDA en la Argentina, 2005)

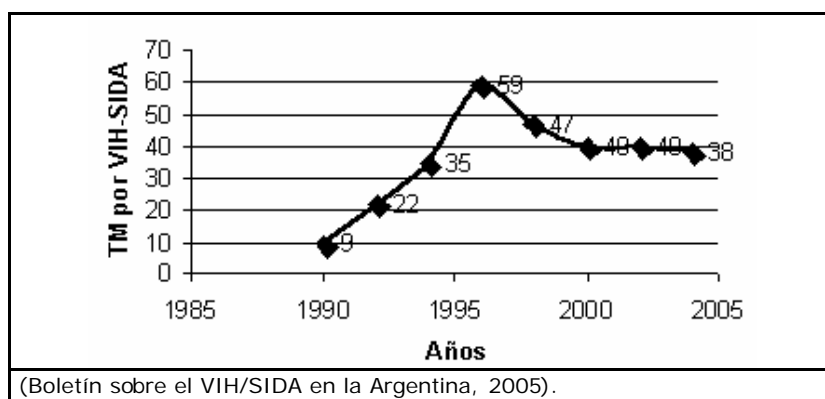
Cuadro 7.b

La forma de contagio también se fue modificando según las etapas de evolución de la enfermedad. La principal forma de contagio de los casos acumulados en Argentina es a través del uso de drogas endovenosas (32,9%), seguido de los contactos sexuales heterosexuales (31%) y homosexuales (22,3%). Sin embargo esta forma de transmisión no es la que ha predominado en los últimos años de manera que en 2004 los contactos heterosexuales causaron la mitad de las infecciones, mientras que los contactos homosexuales y el uso de drogas endovenosas causaron el 18% y el 16% de los nuevos casos.

El pronóstico de los infectados por el VIH mejoró mucho luego de la instauración de la Terapia Antirretroviral Altamente Activa (en inglés Highly Active Antiretroviral Therapy) a partir de 1998. Este tratamiento se aplica con una alta cobertura en Argentina, a través de los Programas del Estado en el 70 a 75% de los pacientes y de las obras sociales y sector privado en el resto. La Tasa de Mortalidad de la infección ha disminuido en forma progresiva desde la instauración de este tratamiento [Cuadro 7.c]. La infección por VIH-SIDA causa el 0,5% de la mortalidad en Argentina.

La edad media de muerte por VIH-SIDA es de 38 años con diferencias entre varones y mujeres: 38,5 y 35,5 respectivamente. El 76% de las muertes ocurre entre los 15 y los 44 años, representando una de las causas más importantes de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) ya que para el año 2003 fueron 54.866.

Mortalidad por VIH. Argentina



Cuadro 7.c.

b.- Tuberculosis

La tuberculosis (TBC) sigue siendo una de las principales enfermedades infecciosas en Argentina sobretodo desde la extensión de la epidemia de VIH-SIDA. Incluso tiene características de endemidad en las provincias del norte argentino.

Por las características de esta enfermedad (cronicidad y cuadros solapados) es muy difícil calcular el número total de casos, de manera que la verdadera tasa de prevalencia de TBC se desconoce.

Los casos notificados durante el 2004 fueron 11.962 lo que representa una tasa de incidencia de 31,5 por cien mil. Si bien el 53,5% de los casos se diagnostican en la provincia de Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, las tasas más altas se encuentran en región Noroeste (94 por cien mil en Jujuy y 87 por cien mil en Salta) [Cuadro 7.d].

Argentina. Tasa de Incidencia de TBC por cien mil. 2004

Regiones	Incidenia
Centro.	30,4
Cuyo.	11,4
Noroeste.	47,2
Noreste	38,8
Patagónica	24,5
Argentina	31,3
(Indicadores Básicos. Argentina, 2005).	

Cuadro 7.d

El uso del Tratamiento Directamente Observado (TDO), técnica promovida desde todas las instituciones de salud, ha mejorado en forma progresiva el cumplimiento de los esquemas completos de tratamiento para esta enfermedad. Según cifras del Ministerio de Salud de la Nación esta estrategia alcanzaría niveles cercanos al 50% sobre todo en las grandes ciudades de la Región Centro, logrando tasas de tratamientos completos de 75%. La mortalidad por TBC se ha reducido en gran medida presentando en 2004 una Tasa de 1,8 por cien mil (con una letalidad de 5,9%) comparada con tasas anteriores, incluso recientes: 2,8 por cien mil en 1999.

c.- Enfermedades prevenibles con vacunas

Las vacunas contra las enfermedades inmunoprevenibles han sido uno de los más grandes progresos en Salud Pública durante el Siglo XX. El uso extendido de las vacunas ha tenido gran impacto principalmente en la Salud infantil y contribuyó en gran medida al descenso de la mortalidad infantil y el mejoramiento de la calidad de vida.

En la Argentina el Plan de Vacunación Obligatorio da cobertura para las siguientes enfermedades transmisibles: hepatitis B, tétanos, tos ferina, difteria, poliomielitis, sarampión, parotiditis y rubéola. En los recién nacidos también se administra una dosis de BCG para prevenir las complicaciones graves de la tuberculosis.

La poliomielitis ha sido erradicada de la Argentina constatándose el último caso en 1984. La región de las Américas fue declarada libre de polio en el año 1994, tres años después de registrarse el último caso en el continente (Perú, 1991). El manejo sistematizado de las parálisis flácidas agudas ha permitido que, a partir del año 2000, más del 90% de los casos fueran estudiados dentro de las 48 horas del comienzo del cuadro, cumpliendo con las normas internacionales. La tasa de incidencia de parálisis flácidas agudas en 2003 fue de 1 caso por 100.000 menores de 15 años. La cobertura con tres dosis de la Vacuna Sabin supera al 90% desde mediados de la década del 1990, llegando al 98,3 en el 2003.

Hasta el año 1997 se aplicaba en Argentina la vacuna triple bacteriana con cobertura para tétanos, pertusis y difteria; luego de ese año se incorporó al esquema la vacuna contra *Haemophilus influenzae*, la principal causa de meningoencefalitis en menores de 2 años, en forma de vacuna cuádruple. La cobertura con esta vacuna es similar a la de la Sabin (98,2 en 2002).

El tétanos ha descendido continuamente desde la década de 1980 hasta estabilizarse en el año 2000. En cuanto al tétanos neonatal se registró el último caso en 1999 [Cuadro 7.e].

Argentina. Tétanos y tétanos neonatal. Casos notificados.

Tipo	1980	1993	1996	1999	2003
Tétanos	220	32	37	19	19
Tétanos neonatal	Sin datos	5	4	2	0

Cuadro 7.e

La difteria ha disminuido en forma muy importante durante los últimos veinte años notificándose menos de diez casos por año a diferencia de la década de 1970 época de epidemias por difteria. En 1993 y 1994 se registraron tres casos cada año, en 1995 cinco casos y en 1996 el último caso en la Argentina.

En cuanto a la tos convulsa se presenta un panorama diferente por la existencia de gran número de cuadros leves y subdiagnosticados. Además, si bien el grupo más vulnerable son los niños menores de 1 año, se ha observado un importante aumento de los casos en niños mayores que sirven de reservorio y se constituyen en agentes transmisores. La mayoría de los casos ocurren en las provincias del norte Argentino. En 1998 se registraron 807; 665 casos en 1999, 576 en 2000; 478 en 2001 y 191 en 2002. Pero a partir del 2003 se registró un aumento de la notificación de casi el 50% probablemente asociado a una mejoría en el registro. La mortalidad por esta enfermedad en 2003 fue de 16 casos.

Desde la introducción de la vacuna para *Haemophilus influenzae* se ha reducido en forma notable la incidencia de los cuadros invasivos por esta bacteria y de sus complicaciones. En la era prevaccinal, con importantes diferencias entre las provincias, la incidencia de esta infección era de 30-120 por 100.000 menores de cinco años. Con la introducción de la vacuna se redujo a 0,3 por cien mil.

La cobertura con la Vacuna antisarampionosa en menores de 1 año fue de 100% en 2003. La última epidemia se registró en 1999 con casi 250 casos y los últimos se registraron en el año 2000 (6 casos). Desde ese año, no se han notificado más casos de sarampión confirmados.

d.- Enfermedades transmitidas por vectores

Enfermedad de Chagas

Se trata de la más importante enfermedad endémica en Argentina. En 2004 existían aproximadamente 2 millones y medio de infectados por el T. Cruzi, en este país. Desde el 1991 se instauró en América del Sur un Plan (INCOSUR-Chagas) para interrumpir la transmisión de la enfermedad de Chagas que sumado a los Planes Nacionales, han logrado metas importantes en el control de esta enfermedad. La seroprevalencia calculada a partir de datos de Bancos de Sangre cayó en gran medida ya que de valores cercanos al 10% de las muestras, tomadas durante la década de 1980, se llegó a valores del 4,5% en 2001. Ese año se certificó la interrupción de la transmisión de Chagas vectorial en las jurisdicciones de Jujuy, La Pampa, Neuquén, y Río Negro. Las provincias de Salta, Catamarca, Tucumán, Entre Ríos y Santa Fe son provincias donde se ha interrumpido la transmisión vectorial del Chagas pero que esperan aún la confirmación de la autoridad sanitaria para la certificación. Las provincias de Santiago del Estero, Córdoba, La Rioja, San Juan, Chaco y Formosa son las que muestran la peor situación en cuanto al Chagas ya que no han logrado cortar la transmisión vectorial e incluso ha presentado casos de Chagas agudo en el 2004 (el 50% ocurrió en Santiago del Estero).

Paludismo

Algunas provincias de la región del Noroeste continúa siendo una zona endémica para la malaria: Salta y Jujuy, aunque la mayoría de los casos son provenientes de Bolivia. En la región del Noreste ocurren casos esporádicos. El 100% de los casos son por Plasmodium vivax. En 1993 en Argentina se registraron 757 casos, 1.065 en 1995 y 2020 casos en 1996, año en el que se registró la última situación epidémica. Desde ese año la notificación se redujo en forma sostenida con algunos picos anuales: 346 en 1998, 462 en 2000, 142 en 2002 y 126 en 2003.

Dengue

No se registraban casos de dengue en Argentina, hasta su reemergencia en la región del Noroeste en 1998, en la provincia de Salta. Luego se produjeron cuatro brotes más: Misiones en 2000, Formosa en 2000, y Salta en 2002 y 2003. En el resto de las provincias, principalmente en Buenos Aires, se notificaron solamente unos pocos casos importados. Sin embargo la presencia del vector, el Aedes aegypti, en 17 de los 24 estados argentinos pone en evidencia el riesgo en el que se encuentra el país.

En el brote de 1998 se notificaron 838 casos. En los años subsiguientes se registraron 46 casos en 1999, 571 en 2000 y 11 casos en 2001. En 2002 y 2003 se produjeron los últimos brotes (234 con 214 en Salta y 89 con 79 en Jujuy).

e.- Otras enfermedades infecciosas

Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA)

Se trata de una enfermedad de características endémicas que se afecta solamente a cuatro provincias argentinas pero tres de ellas son de las más pobladas (Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y La Pampa). Desde 1958 y hasta 1992 la situación en cuanto a la FHA se mantuvo estable con una incidencia promedio de 9,8 casos por cien mil. Cuando se instauró la vacuna contra el Virus Junín en la población de riesgo, en 2001, se dió un gran paso para el control de esta enfermedad lográndose reducir la incidencia en la era posvacunación a 2,6 por cien mil. También representó un gran avance la disminución de la letalidad de la FHA que se redujo de 50% a menos del 10% con el plasma inmune específico. Se trata de una enfermedad ocupacional relacionada con tareas rurales.

Hantavirus

Los primeros cuadros de Hantavirus se produjeron a mediados de la década de 1990 en la región del Noroeste, y luego se extendió a las otras zonas afectadas actualmente: Patagonia y Centro. Pero a partir del año 2002 se produjo un cambio en el perfil de esta enfermedad ya que la mayoría de los casos (dos tercios) se produjeron en la región del Centro en particular en la provincia de Buenos Aires. Hasta el 2000 se notificaron 282 casos: 147 en el Noroeste, 104 en el Centro y 31 en Patagonia. Se registraron 68 casos en el año 2000, 92 en 2001, 89 en 2002, 56 en 2004 y 65 casos en 2005. La letalidad del cuadro pulmonar por Hantavirus se redujo de 50% en 1995 a 15% por un mejoramiento en la capacitación y en las habilidades del personal médico.

Síndrome Urémico Hemolítico (SUH)

Se trata de una enfermedad de gran impacto social ya que es la primera causa de Insuficiencia renal aguda en los niños y una causa importante de fallo renal crónico. Además es una de las primeras causas de trasplante de riñón en los niños. Es una enfermedad endémica en Argentina, presentando la tasa de incidencia más alta del mundo por esta enfermedad (10 casos por cien mil menores de 5 años) con entre 300 y 350 casos por año. La mayoría de los casos se presentan en la provincia de Buenos Aires.

Cólera

En esta sección es necesario mencionar al cólera. Después de su introducción en 1991 en Perú, la 7ª pandemia pasó al resto de los países latinoamericanos. En Argentina ingresó en 1992 causando 4.834 casos en total hasta su desaparición en 1999, cuando se registró el último caso en la provincia de Santa Fe. Desde el 2000 no se registraron más casos de cólera en Argentina y la vigilancia epidemiológica contra esta enfermedad se mantiene en todo el país.

Hidatosis o equinococosis

Afecta a la región patagónica y sectores de la región pampeana y litoral. En estudios realizados en el sur de la provincia de Córdoba se ha encontrado infestación en alrededor del 10% de los canes, que son huéspedes definitivos del Equinococo. Teniendo en cuenta la localización y el tamaño de los quistes en el huésped accidental –el hombre– la latencia y la presentación clínica es muy variable con la consecuente subdetección de casos. Sin embargo, la endemia animal hace de esta antropozoonosis un problema permanente que debe ser afrontado con un programa completo de desparasitación en perros, detección y eliminación de vísceras con quistes en huéspedes animales, ovinos y bovinos, aislamiento de mataderos e instrucción de la población expuesta (González Peralta, J., 1998). La equinococosis tiene una distribución geográfica relacionada con la cría del ganado ovino y bovino. Hay países con alta prevalencia tales como Australia, Nueva Zelanda, Islandia, Etiopía, Sudáfrica, Grecia, algunas regiones del centro de Europa y Asia, parte de Arabia y de la península de Indochina. Uruguay y Argentina comparten esa situación¹.

Leptospirosis

Se presenta en pequeños brotes en especial en las provincias de Santa Fe y Buenos Aires así como en Entre Ríos y Córdoba. Se trata de una zoonosis en la que el hombre se infecta por contacto con animales, aguas dulces, barro o suelos contaminados por orina infectada de animales, principalmente roedores. Las condiciones para que el microorganismo sobreviva en el medio son la humedad, el pH neutro o algo alcalino y temperaturas entre 20 y 30°C. La vía de entrada de las leptospiras son las mucosas, la piel herida o macerada. Es una enfermedad profesional en trabajadores

¹ Los especialistas y cirujanos argentinos, así como los uruguayos, han hecho grandes aportes a la prevención y tratamiento de la enfermedad desde M. Herrera Vegas y D. J. Cramwell, E. Finochietto, J. Arce, M. R. Castex y D. Greeway, A. Ferro, O. Ivanisevich y C. I. Rivas (Niño F., 1965).

de campo, matarifes, veterinarios, operarios de las cloacas, de hornos de ladrillos y se presenta en ciertos deportes acuáticos. Las inundaciones y huracanes favorecen los brotes² (Mandell y Bennett, 2002). En marzo-abril de 1998 se produjo un brote que afectó a 12 personas, con serología confirmada, en un barrio de la zona oeste de la ciudad de Santa Fe (uno de los afectados requirió diálisis por sufrir una insuficiencia renal aguda). El barrio se ubica en una zona baja donde desembocan desagües pluviales del centro de la ciudad que drenan por zanjones y se bombean al río Salado, pero la alta pluviosidad los desborda. En el barrio hay pequeños basurales abiertos, aguas estancadas y gran número de perros callejeros y roedores, así como un criadero de cerdos al lado de un zanjón de drenaje. Las viviendas tienen paredes de ladrillo pero pisos de tierra y peridomicilios anegados. Durante diez días de marzo quedaron inundados, los estudios de agua dieron resultados de pH 7,5, 25°C de temperatura y alta concentración de espiroquetas que no se pudieron especificar. Los casos se presentaron a partir del 9º día del paso de la inundación y se concentraron en el radio de tres manzanas consideradas de cota más baja. Se estima que la enfermedad es subnotificada por las variaciones de su presentación clínica (Vanasco, 2000).

Triquinosis

Se presenta en pequeños brotes, especialmente en partidos del norte, oeste y centrosur de la provincia de Buenos Aires. En 2002 el Colegio de Veterinarios bonaerense informó 64 focos porcinos y 14 brotes humanos y calculó un 15% de prevalencia de infección en piaras. Los brotes humanos se produjeron a partir de faenas familiares (33%) o por compra de chancinados (62%). Estos últimos en su mayoría por venta en comercios, a partir de las fábricas (Rev. Coleg. Vet., 2003:10) o adquisición en provincias limítrofes (Córdoba y Santa Fe) y sólo uno por compra en venta ambulante. En agosto de 2006 se produjo un brote que afectó a más de 200 personas en el partido de Chacabuco (Prov. de Bs. As.) constatándose *T. spiralis* en chorizos secos.

La introducción del diagnóstico con el método de Digestión Artificial, los sistemas de información y las campañas de prevención han reducido la incidencia de la enfermedad en humanos. Sin embargo, se hace necesario fortalecer la vigilancia epidemiológica y la fiscalización por parte de la policía sanitaria combinada de las diversas jurisdicciones (Programa de Control de Triquinosis, 2003:66).

8.- Determinadas enfermedades son de notificación obligatoria

Vigilancia Epidemiológica

Ante el proceso de salud-enfermedad como un proceso dinámico y cambiante en forma permanente, los sistemas de Salud se vieron ante la necesidad de desarrollar mecanismos sistemáticos de recolección de información. Surge el concepto de Vigilancia Epidemiológica, aunque más recientemente en algunos ámbitos se la ha denominado Vigilancia en Salud Pública con el objeto de separarla de la esfera de la Epidemiología para darle un estatus independiente. La **Vigilancia** se refiere a la observación y recolección sistemática y permanente de datos de la ocurrencia y distribución de los sucesos de salud-enfermedad para su oportuno análisis en cuanto a determinantes, tendencias y otras informaciones útiles para su aplicación práctica en el campo de la Salud Pública. No es solamente la recolección de datos que surgen espontáneamente del campo, sino un sistematizado servicio de observación y comparación que activamente busca información sobre el dinámico campo de la Salud. Se trata de información sobre enfermedades transmisibles y no transmisibles pero también sobre determinantes de la enfermedad y sistemas de salud. Provee información y conocimientos para la detección oportuna de amenazas a la salud poblacional que surge de la identificación de: cambios en la ocurrencia de las enfermedades (fundamentalmente con situaciones de epidemias), conformación de conglomerados (grupos de riesgo aun sin situación epidémica) y cambios en las características del proceso (presentación, gravedad, etc). Se describen

2 Vg. en el período del huracán Mitch (octubre-noviembre, 1998) se notificaron 540 casos de leptospirosis y 7 óbitos en Nicaragua, Guatemala, Honduras, El Salvador y Belice (OPS, 1998:3).

siete clásicos atributos para la Vigilancia Epidemiológica: simplicidad, sensibilidad, valor predictivo, oportunidad, flexibilidad, aceptabilidad y representatividad.

Los Estados debieron hacerse cargo de la Vigilancia epidemiológica

El registro de casos de enfermedades se establecía en circunstancias de epidemias tal como surge de documentos históricos y literarios de diferentes tiempos y lugares.

El intento de un registro sistemático es propio de la definición de políticas de Salud Pública según puede apreciarse en la doctrina de **Johann Peter Frank** en el imperio austro-húngaro a fines del siglo XVIII, aplicada en la política sanitaria colonial por el **Protomédico Miguel Gorman**, bajo el virreinato de Vértiz.

El procesamiento de las tablas de mortalidad en Inglaterra, en el siglo XIX, movió el avance hacia el registro de morbilidad iniciado por **William Farr**.

Las fuentes de donde obtener la morbilidad de una población son numerosas toda vez que buena parte de los fenómenos que afectan la salud se registran en documentos y certificados médicos. La obra clásica de Swaroop (ya en 1964) enumera liminarmente catorce fuentes posibles (Swaroop, 1969). Sin embargo no han sido utilizadas y mucho menos coordinadas. La coordinación de tales fuentes daría un panorama más preciso de la morbilidad.

Una de esas fuentes es la notificación de enfermedades establecidas por leyes, las que inicialmente se fundaron en el riesgo de las enfermedades infectocontagiosas para el conjunto de la comunidad, la "incumbencia nacional" de Farr.

La nómina de enfermedades de notificación obligatoria fue ampliándose hacia las enfermedades no transmisibles.

El ordenamiento de las notificaciones se fundó así en normas internacionales, como por ejemplo el **Código Sanitario Panamericano** (La Habana, 1924, aprobado por la Ley 12.206 en Argentina).

La ley vigente en Argentina es de 1960

La ley argentina 12.317 (1936) mandó la notificación obligatoria de casos comprobados o sospechosos de enfermedades contagiosas o transmisibles. La nómina fue ampliada por normas complementarias hasta que en 1960 se promulgó la actualmente vigente ley 15.465 (ver anexo nº 1), reglamentada por sucesivos decretos y normas. La normativa de 1994 (Res. MSAS 394/94) actualizó los procedimientos e instancias de notificación que se ordenan en el Sistema nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), el cual dio un nuevo impulso a la Vigilancia Epidemiológica reordenando y actualizando las enfermedades a notificar dentro del marco de la ley 15.465 (anexo nº 2).

La introducción del concepto de "riesgo" dio pie a mecanismos descentralizados de procesamiento de la notificación de enfermedades facilitados por la computación. Tal el caso de los Sistemas de Información Geográfica en Epidemiología sobre los que se hace especial difusión.

Los sistemas de notificación se fundan en el diagnóstico médico, al igual que la definición de muerte, y allí reside su primera limitación: la oportunidad y precisión del diagnóstico (a).

La notificación no tiene la misma fuerza que la definición de la causa de la muerte, requerida en los certificados de defunción. Ésta es su segunda limitación: el número de casos notificados siempre es menor al de los realmente incidentes y aún diagnosticados, con variación según el "estigma" de la enfermedad y su "gravedad". Así es frecuente que se notifiquen menos casos que los incidentes de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) como la sífilis y la blenorragia, por un "estigma" social, en vez que se notifiquen más de SIDA, por su gravedad. No obstante esta limitación, atendiendo a la inercia del hábito profesional en este aspecto, las comparaciones en el tiempo y en el espacio son posibles.

Debe tenerse en cuenta, sin embargo, cualquier circunstancia que haga "más notificable" una enfermedad en un momento dado (b).

Dada una masa de notificaciones el tercer factor limitante es su procesamiento no sólo correcto sino oportuno, su disponibilidad y publicidad (c).

Por último, el mayor riesgo del diagnóstico epidemiológico, es que no se utilice para tomar decisiones (d).

Hoy se insiste en la información para tomar decisiones fundadas en todos los campos no escapa de este principio la notificación de enfermedades. El diagnóstico epidemiológico tiene por objetivo la intervención y el ajuste del sistema de Atención Médica en vistas a cubrir las necesidades reales y variantes de una población en materia de salud.

El SINAVE surgió para reforzar la Vigilancia Epidemiológica

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) es un programa nacional dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, desarrollado para realizar las tareas de Vigilancia Epidemiológica a nivel nacional. Este programa es el responsable de la Vigilancia Epidemiológica y ha realizado su tarea con irregular efectividad. El Proyecto VIGI + A, auspiciado por Ministerio de Salud de la Nación, el Banco Mundial, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo y la Organización Panamericana de la Salud, se ha implementado para fortalecer las acciones del SINAVE.

Este Sistema de vigilancia está orientado entonces a la detección de las modificaciones que se produzcan en el campo de la Salud, abarcando datos sobre ocurrencia y gravedad de las enfermedades pero también sobre factores ambientales, sistemas de salud y otros factores que influyen en la manifestación poblacional del fenómeno de Enfermedad.

El SINAVE recibe información de todo el país y la organiza según dos categorías. Un *Subsistema General* resume los datos globales y brutos de todas las enfermedades de notificación obligatoria en forma semanal. El *Subsistema Específico* corresponde al registro de cierto número de entidades particulares que se informan a través de un formulario específico según la enfermedad que se trate. Esta notificación diferencial se fundamenta en la potencial gravedad y difusión de las entidades. Además algunas de ellas no están contempladas en la Ley 15.465, escrita en 1960 ya que o no se conocían o no eran un problema de salud de relevancia. Las entidades de notificación específica son: "parálisis flácida aguda, sarampión, meningitis, hantaviriosis, cólera, dengue, tétanos neonatal, rabia, hepatitis, paludismo, brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos, infecciones hospitalarias, enfermedades respiratorias a través de unidades centinelas, diarreas virales y centros de referencia para enfermedades diarreicas". También se reciben los datos sobre Fiebre Hemorrágica Argentina, Enfermedad de Chagas, Tuberculosis, Lepra, e Infección por VIH-SIDA. La forma de notificación de estas entidades específicas varía según el caso.

Las actividades de la vigilancia epidemiológica son: recolección y notificación de casos; consolidación, procesamiento y análisis de los datos; formulación de recomendaciones; difusión de la información; y supervisión y evaluación del sistema. Estas actividades se desarrollan en forma diferente según el nivel jurisdiccional. Las jurisdicciones del SINAVE se organiza según tres niveles de acción: el nivel Local; el nivel Provincial y el nivel Nacional.

Nivel Local

Se refiere a todo profesional de la salud que se encuentre en directo contacto con la población. Son los sujetos generadores del dato pero que además realizan la descripción epidemiológica inicial y una primera evaluación analítica. Son los encargados de detectar oportunamente cualquier eventual daño para la salud de alcance poblacional y de iniciar las primeras acciones de control para el caso específico. Estas acciones se efectúan sobre el caso y los contactos. Informan a través del formulario denominado "Informe epidemiológico semanal", conocido como la planilla C2 y fichas específicas al nivel inmediato superior (Nivel provincial).

Nivel Provincial

En general las provincias constituyen una Dirección provincial de Epidemiología dependiente del Ministerio de salud provincial. Dentro de la órbita de esta dirección se consolida el nivel de acción provincial en cuanto a Vigilancia Epidemiológica. Sus acciones son a nivel individual y poblacional, coordinando las actividades de vigilancia, capacitando al recurso humano, realizando las investigaciones epidemiológicas que correspondan y procesando y analizando la información llegada del nivel local. En el análisis se integran todos los datos del caso: datos clínicos, de laboratorio

y del brote. Este nivel debe dar la alerta y participar en la planificación para el control en casos de problemas con riesgo elevado ya sea por posibilidad de diseminación o por gravedad del proceso. Este nivel informa al jurisdicción siguiente: el nivel Nacional.

Nivel Nacional

Se constituye en la Dirección Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación. Sus acciones no se desarrollan sobre los individuos sino sobre la población. Sus principales actividades son de normatización; asesoramiento y cooperación científico-técnica y consolidación de la información. El análisis de la información se realiza para el país como síntesis Pública semanalmente el “Boletín Epidemiológico Nacional” para proveer información a las provincias como también informa a los organismos internacionales. Sus intervenciones son a nivel político-institucional a través de legislación sanitaria.

ANEXO N° 1

Ley 15.465

BUENOS AIRES, 29 DE SETIEMBRE DE 1960
BOLETIN OFICIAL, 28 DE OCTUBRE DE 1960

REGLAMENTACION

Reglamentado por: Decreto Nacional 3.640/64

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina, reunidos en Congreso, etc.

SANCIONAN CON FUERZA DE LEY

OBSERVACIONES GENERALES

CANTIDAD DE ARTICULOS QUE COMPONEN LA NORMA 20, OBSERVACION POR ARTICULO 2 DEL DECRETO 2771/79, SE FACULTA AL MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL, SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD PUBLICA PARA ACTUALIZAR LAS NORMAS DE PROCEDIMIENTO (B.O. 7-11-79)

TEMA: ENFERMEDADES-ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA: ALCANCES; REGIMEN JURÍDICO

Artículo 1

Es obligatoria, en todo el territorio de la Nación, la notificación de los casos de enfermedades incluidas en la presente ley, conforme con lo determinado en la misma. Es igualmente obligatoria la notificación de los portadores de gérmenes de las enfermedades transmisibles a que se refiere el artículo 2, grupos A y B, cuando se hubieren identificado como tales.

Artículo 2

Deben ser objeto de notificación las siguientes enfermedades:

■ Grupo A (De notificación inmediata, por la vía rápida). Enfermedades objeto del Reglamento Sanitario Internacional.

A.1. Cólera.

A.2. Fiebre amarilla. A.2.1. Fiebre amarilla urbana. A.2.2. Fiebre amarilla rural o selvática.

A.3. Peste. A.3.1. Peste humana. A.3.2. Peste en roedores.

A.4. Viruela. A.4.1. Viruela mayor. A.4.2. Viruela menor (Alastrim).

Otras enfermedades del Grupo A: A.5. Tifus exantemático transmitido por piojos. A.6. Fiebre recurrente transmitida por piojos.

■ Grupo B (Notificación caso por caso). Enfermedades de registro:

B.10. Botulismo.

B.12. Enfermedad de Chagas-Mazza. B.12.1. Chagas forma aguda. B.12.2. Chagas forma crónica asintomática. B.12.3. Chagas forma crónica sintomática (excluye B.12.4.). B.12.4. Chagas forma crónica con cardiopatía.

B.13. Fiebre tifoidea y paratifoidea.

B.14. Hidatidosis.

B.15. Lepra. B.15.1. Lepra lepromatosa. B.15.2. Lepra tuberculoide. B.15.3. Lepra incarciferística.

B.15.4. Lepra dimorfe o Bordeline.

B.16. Paludismo. B.16.1 Paludismo autóctono. B.16.2. Paludismo importado.

B.17. Poliomiелitis.

B.18. Rabia. B.18.1. Rabia humana. B.18.2. Persona mordida o expuesta a contacto con animal sospechoso o rabioso.

B.19. Sífilis. B.19.1. Sífilis primaria. B.19.2. Sífilis secundaria. B.19.3. Sífilis latente. B.19.4. Sífilis tardía. B.19.5. Sífilis congénita..

B.20. Tuberculosis. B.20. Tuberculosis pulmonar con baciloscopía positiva. B.20.2. Tuberculosis pulmonar negativa o sin baciloscopía. B.20.3. Tuberculosis extrapulmonar. B.20.4. Tuberculosis meníngea.

B.21. Tétanos. B.21.1. Tétanos del recién nacido. B.21.2. Tétanos quirúrgico. B.21.3. Tétanos otras formas.

B.22. Triquinosis.

B.23. Fiebre hemorrágica argentina.

B.24. Esquistosomiasis.

B.35. Difteria.

B.41. Leishmaniasis.

B.43. Meningitis meningococcíca.

B.49. Psitacosis.

B.50. Tifus endémico murino transmitido por pulgas.

■ **Grupo C** (notificación por número de casos; con o sin discriminación de edad, sexo, condición de vacunado, etc):

C.11. Encefalitis.

C.30. Micosis (especificar).

C.31. Brucelosis humana.

C.32. Carbunco humano.

C.34. Coqueluche.

C.36. Disenterías. C.36.1. Diarreas en menores de 2 años de edad. C.36.2. Todas las demás.

C.37. Estreptococias. C.37.1. Escarlatina. C.37.2. Fiebre reumática aguda.

C.38. Hepatitis viral aguda. C.38.1. Hepatitis A. C.38.2. Hepatitis B.

C.39. Influenza.

C.40. Infecciones o intoxicaciones alimentarias. C.40.1. A estafilococos. C.40.2. A salmonelas.

C.42. Leptospirosis.

C.43. Infección meningocócica. C.43.1. A líquido turbio o purulento. C.43.2. A líquido claro.

C.44. Necatoriasis.

C.45. Neumonía. C.45.1. Neumonías atípicas primarias. C.45.2. Neumonías típicas a neumococos.

C.46. Envenenamiento por animal ponzoñoso. C.46.1. Ofidismo. C.46.2. Aracnoidismo.

C.47. Parotiditis.

C.48. Polirradiculoneuritis (Guillain-Barré y otros)

C.50. Rabia animal.

C.51. Rubéola.

C.52. Sarampión.

C.53. Tracoma.

C.55. Varicela.

C.56. Blenorragia (gonococcia).

C.57. Chancro blando.

C.58. Granuloma inguinal (Donovaniasis).

C.59. Mononucleosis infecciosa.

■ **Grupo D.** Incluye enfermedades exóticas o desconocidas y aquellas conocidas no incluidas en los grupos anteriores cuando se presentan en extensión inusitada o con caracteres de particular gravedad.

■ **Grupo E.** Enfermedades no transmisibles(notificación por número de casos con o sin discriminación de edad, sexo, etc.):

E.70. Accidentes de tránsito vial.

E.75. Cáncer.

E.80. Enfermedades cardiovasculares. E.80. 1. Hipertensión arterial.

E.85. Diabetes.

E.90. Intoxicación con pesticidas. E.90.1. Pesticidas clorados. E.90.2. Pesticidas fosforados. E.90.3. Otros tóxicos.

Artículo 3

La notificación debe efectuarse en los casos comprobados o sospechosos de enfermedades incluidas en el grupo A; en los casos comprobados de enfermedades comprendidas en los grupos B y C, y en los eventos contemplados en el grupo D.

Artículo 4

Están obligados a la notificación: a) El médico que asista o haya asistido al enfermo o portador o hubiere practicado su reconocimiento o el de su cadáver; b) El médico veterinario, cuando se trate, en los mismos supuestos, de animales; c) El laboratorista y el anatómico patólogo que haya realizado exámenes que comprueben o permitan sospechar la enfermedad.

Artículo 5

Están obligados a comunicar la existencia de casos sospechosos de enfermedad comprendida en el artículo 2, en la persona humana y en los animales, el odontólogo, la obstétrica y el kinesiólogo y, los que ejercen alguna de las ramas auxiliares de las ciencias médicas.

Artículo 6

La notificación y comunicación de las enfermedades comprendidas en el articulado de esta ley, serán dirigidas a la autoridad sanitaria más próxima.

Artículo 7

La notificación prescrita en los artículos 3 y 4 debe hacerse por las personas comprendidas en el artículo 4, siempre por escrito, y en las oportunidades siguientes: a) Para las enfermedades comprendidas en el grupo A del artículo 2, inmediatamente de la sospecha o de establecido el diagnóstico de presunción o de certeza; b) Para las enfermedades comprendidas en los grupos B y D, dentro de las veinticuatro horas de su comprobación; c) Para las enfermedades comprendidas en el grupo C, dentro de los siete días de su comprobación. Las personas obligadas por el artículo 5 deben comunicar la sospecha de enfermedad dentro de las veinticuatro horas. Sin perjuicio de la notificación o comunicación escrita, deberá anticiparse los datos respectivos por la vía más rápida en los casos del grupo A, y tratándose de enfermedades comprendidas en los otros grupos, cuando presentaren características de rápida propagación o alta letalidad.

Artículo 8

Las notificaciones y comunicaciones serán de carácter reservado, a cuyo efecto el Poder Ejecutivo establecerá un sistema de clave. La notificación debe contener los datos que permitan la localización e individualización de la persona o animal enfermo y de la fuente de infección; la fecha de iniciación probable; origen supuesto o comprobado; forma clínica de la enfermedad y todo otro dato que resulte de interés sanitario, así como también la individualización de la persona que hace la notificación. Cuando se trate de reconocimiento de cadáveres, deben incluir, además, la fecha probable en que se produjo el deceso. La comunicación debe contener los datos que permitan la localización e individualización de la persona o animal enfermo, y reunir la mayor cantidad de información vinculada a la enfermedad, así como también la individualización del informante.

Artículo 9

El médico está igualmente obligado a notificar por escrito a la autoridad sanitaria provincial o municipal más próxima, todo brote de enfermedades transmisibles no incluidas en el artículo 2, dentro de las veinticuatro horas.

Artículo 10

Toda persona está obligada a comunicar por escrito a la autoridad sanitaria provincial o municipal más próxima la pululación de vinchucas, mosquitos, piojos y pulgas conforme lo determine la reglamentación. La información de la existencia o mortalidad insólita de ratas, queda regida por las Leyes 11.843 y 14.156 o las que se sancionen en su reemplazo.

Artículo 11

La autoridad sanitaria nacional es la única facultada para efectuar notificaciones y comunicaciones o declaraciones internacionales sobre ocurrencia de las enfermedades transmisibles de los grupos A, B y D del artículo 2 y de todas aquellas que sean de notificación internacional obligatoria.

Artículo 12

Los responsables de los servicios públicos nacionales, provinciales o municipales deben transmitir al Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública las notificaciones o comunicaciones que hubieren recibido de inmediato, cuando se trate de enfermedades comprendidas en los grupos A, B y D del artículo 2 y semanalmente las del grupo C del mismo artículo y los supuestos contemplados en los artículos 9 y 10.

Artículo 13

Las notificaciones y comunicaciones por vía postal o telegráfica, serán libres de cargo y los servicios respectivos le darán prioridad y carácter de urgente.

Artículo 14

Recibida la notificación o comunicación, la autoridad sanitaria proveerá los medios para efectuar las comprobaciones clínicas y de laboratorio y a la adopción de las medidas de asistencia del enfermo y las sanitarias de resguardo de la salud pública, comprendiendo las de aislamiento, prevención y otras conducentes a la preservación de la salud.

Artículo 15

Corresponde al Poder Ejecutivo nacional y a los gobiernos provinciales reglamentar la presente ley dentro de sus respectivas competencias y celebrarán acuerdos a fin de lograr el inmediato cumplimiento de sus finalidades.

Artículo 16

Las personas enumeradas en el artículo 4 que infrinjan las obligaciones que les impone esta ley, sufrirán una multa de quinientos pesos moneda nacional (\$ 500) a diez mil pesos moneda nacional (\$ 10.000). Accesoriamente se harán pasibles de amonestaciones y en caso de reiterado incumplimiento de suspensión temporal en el ejercicio profesional de uno (1) a tres (3) meses.

Artículo 17

Las personas enumeradas en el artículo 5 que infrinjan las obligaciones que les impone esta ley, sufrirán una multa de doscientos pesos moneda nacional (\$ 200) a cinco mil pesos moneda nacional (\$ 5.000).

Artículo 18

Las sanciones serán impuestas por el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, o por las autoridades sanitarias provinciales, según corresponda. En el primer caso serán apelables para ante la justicia federal y las sanciones se harán efectivas por los jueces de sección correspondientes.

Artículo 19

Derógase la Ley 12.317.

Artículo 20

Comuníquese al Poder Ejecutivo.

FIRMANTES

Dada en la Sala de Sesiones del Congreso Argentino, en Buenos aires, a 29 de septiembre de 1960. GUIDO - Barraza - Monjardin - Oliver.

ANEXO nº 2. LISTADO ALFABETICO DE ENFERMEDADES NOTIFICABLES (SINAVE)

Botulismo CIE 10: A05.1.
Brotos de ETA (Toxi-infección alimentaria).
Brucelosis CIE 10: A23.
Carbunco CIE 10: A22.
Cólera CIE 10: A001.
Coqueluche, Tos convulsa CIE 10: A37.
Dengue CIE 10: A90.
Diarreas agudas CIE 10: A00-A09.
Difteria CIE 10: A36.
Fiebre Amarilla CIE 10: A95.
Fiebre Hemorrágica Argentina CIE 10: A96.0.
Fiebre Tifoidea CIE 10: A01.1 Paratifoidea CIE 10: A01.
Hantavirus, síndrome pulmonar CIE 10: J12.8.
Hepatitis Vírica A CIE 10: B15.
Hepatitis Vírica B CIE 10: B16.
Hepatitis Vírica C CIE 10: B17.1.
Hepatitis Delta CIE 10: B17.0.
Infección Hospitalaria.
Influenza CIE 10: J10-J11.
Lepra CIE 10: A30.
Leptospirosis CIE 10: A27.
Leishmaniasis CIE 10: B25.
Marea Roja (Intoxicación Paralítica por Crustáceo) CIE 10: T61.2.
Meningitis no Piógena CIE 10 A87; CIE 10 G03.0.
Meningitis Meningocócica CIE 10 A39.0.
Meningitis por haemophilus CIE 10 G00.0.
Meningitis Neumocócica CIE 10 G00.1.
Neumonías CIE 10: J13, J15.
Paludismo CIE 10: B50 – 54.
Parotiditis Infecciosa CIE 10: B26.
Parálisis Fláccidas Aguda CIE 10: B26.
Peste CIE 10: A20.
Psitacosis CIE 10: A70.
Rabia CIE 10: A82.
Rubéola Congénita CIE 10: P35.0.
Sarampión CIE 10: B05.
SIDA CIE 10: B20-B24.
Sífilis de adulto y Congénita (LUES) CIE 10: A50-A52.
Síndrome Urémico Hemolítico CIE 10: A04.3.
Tétanos Otras edades CIE 10: A35.
Tétanos Neonatal CIE 10: A33. P
Triquinosis CIE 10: B75.
Tuberculosis CIE 10: A15-A19.

Bibliografía consultada

- Alan Dever, G.E., *Epidemiología y Administración de Salud*. OPS. OMS, 1991.
- Armijo Rojas, Rolando, *Epidemiología básica en la Atención primaria de la Salud*. Madrid, Díaz de Santos, 1994.
- Barragán, Santiago, *Ansiedad y crisis. Presentado en la Asociación Médica Argentina*. Buenos Aires, Sociedad de Medicina Interna, 2003.
- Cingolani, H.E., Gende, O., Ennis, I., *Prevalencia de Hipertensión arterial en 3154 jóvenes estudiantes*. Buenos Aires, Medicina, 1998, volumen 58, p. 483-491.
- Echeverría, R.F., Camacho, R.O., Carvajal, H.A. y otros, *Prevalencia de la hipertensión arterial en La Plata*. Buenos Aires, Medicina, 1988, volumen 48, p. 22-28.
- Echeverría, R.F., Carvajal, H.A. y otros. *Prevalencia de presión sanguínea normal alta y progresión a hipertensión arterial en una muestra poblacional de La Plata*. Buenos Aires, Medicina, 1992, volumen 52, p. 145-149.
- Frenk, Julio y otros, "La transición epidemiológica en América Latina". *Bol of Sanit Panamamerican*, tomo 6, volumen 111, 1991.
- Gagliardino, J. J., Olivera, E.M., Barragán, H., Hernandez, R.E, *Diabetes Mellitus e Hipertension Arterial. Aspectos clínicos y epidemiológicos en la ciudad de La Plata*. Buenos Aires, Medicina, 1995, volumen 55, p. 421-430.
- González García, G. y Tobar, F., *Salud para los argentinos. ¿De qué nos estamos enfermando y muriendo los argentinos?* Buenos Aires, Ediciones Isalud, 2004.
- Guerrero, R., González, C., Medina, E., *Epidemiología*. Wilmington, Addison -Wesley- Iberoamericana, 1986.
- Hipócrates. Sobre los aires, agua y lugares.
- Lalonde, Marc, *A new Perspectiv on the Health of the Canadians. A working document*. Ottawa, Minister of Supply and Services. Government of Canada, 1981.
- Ministerio de Salud y Acción Social - Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Argentina: Descripción de su situación de Salud. Buenos Aires, 1985.
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos. Argentina, 2004.
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud, Situación de Salud en Argentina, 2003.
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. *Boletín sobre el VIH/SIDA en la Argentina*. Buenos Aires, Setiembre, 2005.
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Estadísticas Vitales. Información básica, Buenos Aires, 2004 , Diciembre de 2005.
- Ministerio de Salud, Dirección de Epidemiología, Boletín Epidemiológico Nacional, Buenos Aires, 2000-2001.
- Morris, J. N., *Aplicaciones de la epidemiología*, Barcelona, Salvat, 1985.
- Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales, Ginebra, 2005.
- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. "La salud de las Américas". Argentina, Volumen II. 27 – 44, 2002.
- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud, *Situación de Salud en las Américas*. Indicadores Básicos, Washington, 2005.

Páginas en Internet:

- Rubinstein, Adolfo, *Medicina familiar y práctica ambulatoria. Bases y fundamentos de la práctica de la Medicina Familiar*. Buenos Aires, Editorial Panamericana, 2001.

Dirección de Epidemiología y Estadísticas: www.deis.gov.ar

González Peralta J. y otros Equinococosis canina en un sector del departamento de Río Cuarto, provincia de Córdoba, Argentina Arch. Méd. En: Veter. 30 (2), 1998.

- INDEC: www.indec.gov.ar.

- Mandell, Bennett y Doli. Enfermedades infecciosas. Principios y práctica. Panamericana, Madrid, 5º ed., 2002.

- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires: www.ms.gba.gov.ar
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos. Argentina, 2005.
 - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación: www.msal.gov.ar.
- OPS. Boletín Epidemiológico. OPS, 19 (4), 1998.
 - Organización Mundial de la Salud: www.who.int/es
 - Organización Panamericana de la Salud: www.paho.org
- Programa de Control de la Triquinosis. Informe año 2002 (provincia de Buenos Aires) Rev. del Colegio de veterinarios. Prov. de Bs. As. 8 (27), 2003.
- Swaroop S. Estadística Sanitaria. La Habana, Instituto Cubano del Libro, 1969.
- Vanasco N. B. et. al. (Inst. Nac. Enf. Resp. "Emilio Coni"). Descripción de un brote de leptospirosis en la ciudad de Santa Fe, Argentina, marzo-abril de 1998. Rev Panam. Sal. Pública 7 (1), 2000:35-40. Hipócrates, Juramento Hipocrático. Tratados médicos. Barcelona, Planeta-D'Agostini, 1995, p. 133-134.

LA POBREZA

Horacio Luis Barragán

“La miseria del pueblo,
madre de las enfermedades”.
(Frank, J. P., 1790)

1.- Reducir la pobreza es el primer objetivo del desarrollo humano

1.1.- La pobreza se distribuye en forma desigual según regiones

La pobreza es la expresión más drástica de la desigualdad y el desarrollo humano tiene por objetivo primordial reducirla.

Difícil de medir, el fenómeno es de suyo relativo a la historia y la cultura. Hay conceptualizaciones diversas, asumiremos la siguiente [cuadro 1.1.a].

Pobreza es:

- Una condición de déficit de recursos necesarios
- para alcanzar o mantener el nivel de vida
- que se considera decente, civilizado, tolerable,
- a largo plazo sin grandes sacrificios,
- por un individuo, una familia, una comunidad...

(Gallino, 1995)

Cuadro 1.1.a

La pobreza se inscribe en la estratificación como el escalón menos favorecido de las clases sociales.

Es un fenómeno de todos los tiempos y lugares, aunque su magnitud y extensión varían.

La exclusión en el acceso al poder, a los bienes económicos y culturales, aproxima la marginalidad a la pobreza. La convivencia, en un mismo país, de población integrada y marginal tiene larga tradición histórica. El premier británico conservador, Benjamín Disraeli lo expresó para Inglaterra en una novela, “Sybil, or the two nations” (1845). En nuestra historia el tema de las dos Argentinas es fundacional: la confrontación de la ciudad-puerto, la pampa húmeda y las provincias del interior. El “federalismo constitucional y unitarismo real” generó esa dicotomía que conllevó las dificultades del desarrollo regional (Musalem, 1995). Se trata de un unitarismo sin unidad que hizo decir a Carlos Pellegrini que nuestra sociedad es “un país mal unido, con dificultades externas para consensuar formas de cooperación que garanticen la integración y la equidad” (La Nación, 2003).

Los recursos necesarios para un nivel de vida aceptable pueden estimarse en términos de costo para los siguientes logros:

1. máxima expectativa de vida;
2. mejores condiciones de salud física y mental;
3. buena alimentación;
4. dignidad y salubridad de la vivienda y del medio;
5. posibilidades de instrucción y de trabajo productivo;
6. disfrute de bienes culturales y recreativos;
7. disponibilidad de tiempo libre;
8. acceso a AM de calidad en todos los niveles.

Las comparaciones son difíciles por los distintos regímenes políticos, condiciones sociales y económicas.

La renta per cápita (PBI p/c) es una aproximación global toda vez que ella no dice nada de la distribución de la riqueza.

La evolución de la expectativa de vida al nacer es un marco de referencia aceptable si se confrontan sectores sociales o regiones de un mismo país. Tiende a hacerse la comparación respecto de la clase media de un mismo país.

Así la línea de pobreza estaría en el límite inferior del nivel considerado normal, en un ámbito y tiempo, para la clase media. Esta línea se desplaza hacia arriba y abajo según el desarrollo humano de cada país.

La tendencia de un grupo social desde niveles superiores hacia abajo de la línea de pobreza es llamada pauperización.

La superación de la pobreza se fundó, en las sociedades capitalistas, en la renta personal. Sin embargo en ellas la asistencia social fue siendo reemplazada por la previsión y la seguridad social; mecanismos solidarios de redistribución de la riqueza, que permitieron a sectores carecientes superar la pobreza.

La pobreza puede categorizarse en absoluta o de subsistencia y relativa. La primera compromete la salud del individuo y del grupo y suele medirse con el indicador de subsistencia con menos de U\$A 1 por persona por día [Cuadro 1.1.b].

Número de personas que viven con menos de U\$A 1 diarios (en millones redondeados). Por regiones del mundo y períodos. Año 1990 y 1998

Región	1990	1998
Asia oriental y el Pacífico	452	278
Ib. excluyendo China	92	65
Europa y Asia Central	7	24
América Latina y Caribe	74	78
Medio Oriente y África septentrional	6	5
Asia meridional	495	522
África Subsahariana	242	291
TOTAL	1.276	1.151
Total excluyendo a China (Banco Mundial, 2001: 23).	916	936

Cuadro 1.1.b

A principios del siglo XX, Rowntree (1901), en York (UK), categorizó la pobreza de acuerdo a los ingresos. Sin embargo admitió que la tasa de mortalidad mide mejor las diferencias del bienestar físico. Calculó que la tasa era más del doble entre pobres respecto a ricos y que la mortalidad infantil era del 250‰ entre los primeros.

Las diferencias interregionales se repiten entre países y en sus jurisdicciones internas, sus localidades y barrios. Dentro de los países de altos ingresos de gran tamaño poblacional y con segregación racial, las diferencias son mayores. Así lo calcula Amartya Sen (2000) comparando los porcentajes de sobrevivida a los 75 años (hombres y mujeres) entre blancos y negros en EEUU con los mismos en China y en Kerala (India) [Cuadro 1.1.c].

Diferencias de Tasas de Supervivencia de hombres y mujeres. Países y sectores seleccionados

Regiones	Año	% sobrevivida a los 75 años (aprox.)		Ingresos per cápita (U\$A 1999)
		Hombres	Mujeres	
EEUU (blancos)	1991-3	83	90	30.600*
China	1992	74	76	780
Kerala (India Occ.)	1991	71	79	450**
EEUU (negros)	1991-3	67	78	s/d

(Sen, 2000; Banco Mundial 2001).
* todos los grupos raciales, ** India.

Cuadro 1.1.c

Es así como los afroamericanos aún con mayor renta que los chinos y los indios de Kerala tienen menor sobrevivencia a largo plazo, problemas relativos a la integración social y cobertura sanitaria.

En Argentina a partir del estudio del INDEC en 1985 y las sucesivas Encuestas Permanentes de Hogares (EPH) se hizo para el año 2000 el siguiente cálculo [cuadro 1.1.d]:

Argentina: Categorías de población por ingreso (en porcentaje). Año 2000

Categoría	Ingreso \$/persona/mes	% población
Pobres indigentes	25	7.6
Pobres no indigentes	89	22.3
Ing. Medios bajos	160	18.9
Ing. Medios vulnerables	252	18.5
Ing. Medios plenos	417	17.2
Ing. Medios altos	677	8.0
Ingresos altos	1435	6.7

(Feijoo, 2001)

Cuadro 1.1.d

2.- La pobreza se expresa cuanti y cualitativamente

El estudio del INDEC definió a los hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) según los siguientes indicadores (INDEC, 1995):

1. Hacinamiento: hogares que tuvieran más de 3 personas por cuarto.
2. Vivienda: hogares que habitan en una vivienda de tipo inconveniente: pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo
3. Condiciones sanitarias: hogares que no tuvieran ningún tipo de retrete.
4. Asistencia escolar: hogares que tuvieran algún niño en edad escolar que no asistiera a la escuela.
5. Capacidad de subsistencia: hogares que tuvieran 4 ó más personas por miembro ocupado y, además, cuyo jefe tuviera baja educación.

En 1991 el 16,5% de los hogares censados reunían las cinco condiciones con un rango de 5% para Capital Federal a 34,5% para Formosa (INDEC, 1995).

Oscar Lewis, antropólogo estadounidense, estudiando casos de familias marginales mexicanas y portorriqueñas en la década de 1960, acuñó el concepto de **“cultura de la pobreza”** como formas de pensar, sentir y obrar colectivas de los sectores más pobres de la sociedad, estilos y patrones de

vida que los diferencian. En Europa, como en Argentina, hubo tendencias a atribuir indolencia y falta de virtudes a tales sectores que conformarían tal cultura marginal y las hundirían aún más en su estado.

Tal interpretación endógena (casi culposa) de la razón y estado de pobreza ha sido suplida por otra exógena que gira en torno a la discriminación institucional y marginación espacial de los más pobres en una economía monetaria con alta desocupación y bajos salarios.

Lewis describe los riegos de esta cultura, alrededor de 1970, como fuertes agresores de la salud tales como infancia protegida corta, abandono escolar, relaciones sexuales precoces, embarazo adolescente, abandono familiar ya sea de cónyuges o hijos, hacinamiento, falta de privacidad y violencia familiar habitual.

Lewis destaca los rasgos del “madrismo y el individualismo y su relación con la privación materna” (Gallino, 1995:254-259)¹.

Efecto de este complejo cultural es, para Lewis, la tendencia a la autoconservación por transmisión de generación a generación y a la marginación institucional. La transmisión aludida llegará a configurar una valla endógena a las oportunidades de movilidad social.

En Argentina la pobreza fue estudiada conceptualmente desde fines del siglo XIX. En 1973 José Luis de Imaz publicó un estudio de campo, con el título “Los Hundidos” que presentaba un 10,8% de la población de 1970 con “índice de marginalidad” para el conjunto del país con rango de 4,3% (Capital Federal) a 33,5% (Santiago del Estero) (Imaz, 1974:122).

La **marginalidad** es una medida de posición respecto de un sistema social: conectada pero periférica del mismo. No se identifica necesariamente con la pobreza: así el gueto judío en culturas antisemitas o los barrios de inmigrantes de países subdesarrollados en las ciudades de los desarrollados, tienden a ser marginados ya sea por políticas persecutorias, como en el primer caso, o actitudes espontáneas condicionadas, como en el segundo.

La **ancianidad** y la **discapacidad** severa tienden a marginar institucionalmente a quienes la padecen independientemente de las clases sociales aunque con diferencias entre ellas.

El sector social más bajo de la pobreza ha sido llamado **lumpen proletariado** y está formado por el conjunto de individuos y familias que tienen ocupación irregular, precaria, de la mínima complejidad laboral y cuyos ingresos son, consecuentemente, muy bajos e inciertos. Incluye los mendigos y vagabundos cuyo número, siempre existente, fluctúa con las circunstancias.

En la Revolución Francesa de 1848 los obreros se insurreccionaron, el gobierno reclutó guardias de entre quienes estaban socialmente aún por debajo de ellos. A esos reclutados llamó Marx, lumpenproletariat (término alemán que significa “obrerros harapientos”) (Gallino, 1995:566). Los diferenció del proletariado industrial y les atribuyó extrema peligrosidad aún para la revolución que predicaba.

Las características actuales del lumpen proletariado son: su indefinición como grupo y el desarraigo, a diferencia de la clase obrera, la tendencia a movimientos masivos y cortos de violencia social, el alto grado de desorganización individual y familiar y la casi imposible movilidad ascendente (Gallino, 1995:567) Se concentra en la periferia de las grandes ciudades ya sea por migración o por desplazamiento del sistema de trabajo y social urbano. En su seno se genera también violencia individual y delincuencia. El mismo desarrollo económico, en sus primeras etapas, genera el lumpenproletariado por la migración y la desocupación que produce. La ruptura de las solidaridades comunitarias contribuye al aislamiento de grupos e individuos (Gallino, 1995:568).

¹ Se ha criticado a Lewis incluir variables de organización social y personalidad como culturales.

3.- La pobreza. Conceptualización y alcances metodológicos

Marcelo Javier Bourgeois

3.1.- La idea de pobreza varía con el tiempo

El concepto de pobreza ha variado a lo largo del tiempo y difiere entre las culturas. En nuestros tiempos cuenta con una larga tradición en el pensamiento social pero ha sido elusiva de una conceptualización en el marco de los cuerpos teóricos dominantes. Más allá de las dificultades de su desarrollo teórico, esta temática ha asumido relevancia no despreciable en el análisis de la realidad social de países desarrollados y no desarrollados. La pobreza resulta un concepto utilizado no sólo para la descripción social sino también como argumento de acción estatal.

Desde la Antigüedad y hasta fines del siglo XV, la pobreza tuvo dos vertientes. Por un lado, la de aquellos que en forma voluntaria se despojaban de todo bien terrenal y por otro, la de aquellos impedidos de trabajar, ancianos y viudas de numerosos hijos, entre otros. Durante el Medioevo no sólo se toleraba la mendicidad sino que se le daba un espacio social y preponderante en las llamadas órdenes mendicantes. Los mendigos seculares daban al rico la posibilidad de realizar buenas obras por medio de la limosna. Ser pobre era al mismo tiempo condición de gracia divina, a través de la connotación religiosa de “los pobres de Cristo”.

A la diversidad de la pobreza también pertenece la visión “picaresca romántica” que describía al pobre como alguien dotado de una fuerte cultura de subsistencia asentada en recursos, estratagemas y sabidurías más o menos ilegales. El Lazarillo de Tormes proporciona una aproximación medular de esta visión (Castel, 1998).

El aumento de la pobreza y la movilidad geográfica producto de las guerras y los apremios económicos durante los siglos XIV y XV, originaron el temor al extranjero desconocido, cambiando así el recibimiento hospitalario al peregrino. Se transforma el acto caritativo, pasa de una relación directa y personal entre donante y receptor, a una indirecta e institucional que ya no es monopolizada por la Iglesia, que cuenta con una creciente participación de las autoridades civiles.

A fines del siglo XVI se crean instituciones como centros de coerción y producción para recluir a los pobres. Para comienzos de la Edad Moderna el concepto de pobreza se redujo al punto de vista económico y religioso relacionado con el mercado de trabajo y con la crisis del catolicismo y el fortalecimiento del calvinismo. Es en estos momentos cuando surgen los fundamentos que, hasta nuestros días, han contribuido a la definición de la pobreza centralizada en lo metodológico por sobre lo conceptual. Así, para el siglo XVIII la pobreza se ligaba a la carencia de posesión de tierra o de capital, como lo señala el utilitarista inglés Jeremy Bentham:

“La pobreza es el estado de cualquiera que, para subsistir, se ve obligado a trabajar. La indigencia es el estado de aquel que siendo desposeído de la propiedad... está al mismo tiempo incapacitado para trabajar, o es incapaz, de procurarse los medios de subsistencia” (Minujin en Di Tella, 2002: 555).

Durante el siglo XIX, en coincidencia con la ampliación de las acciones del Estado y la Revolución Industrial, se define un cambio radical que proporcionará las bases para el asistencialismo y el Estado de Bienestar de posguerra. En 1834 se dicta en Inglaterra la Ley de Pobres, que regula las instituciones y fija los principios de elegibilidad y a fines de la centuria se inicia la producción de información estadística, como es el estudio paradigmático sobre la pobreza del biólogo inglés Rowntree. Éste clasifica “pobres” a aquellas familias que no tienen acceso a una canasta básica de alimentos que garanticen su eficiencia física. Ello responde a una definición absoluta de la pobreza ubicada por debajo del nivel mínimo de vida y en estado de privación absoluta de los elementos para una vida digna (ibídem).

Bajo el Estado Benefactor y las posturas de Beveridge y T. Marshall, la pobreza queda subsumida en las temáticas de empleo, distribución, redistribución y políticas sectoriales. A partir de aquí, la problemática ha estado ligada a la medición, elegibilidad y programas orientados a la reducción de la pobreza. Amartya Sen, distingue tres enfoques principales: el biológico, el de la desigualdad y el de privación relativa.

El **enfoque biológico**, introducido por Rowntree ha recibido ciertas críticas. Por un lado, existen variaciones en los requerimientos nutricionales de una persona según sus características físicas, sus hábitos de trabajo y las condiciones climáticas de su residencia. Por otro lado, la definición del grupo de alimentos que satisfaga estas necesidades es una labor delicada que debe considerar las preferencias, los hábitos y la cultura.

Finalmente, la nutrición constituye sólo una de las múltiples necesidades del individuo.

El **enfoque de la desigualdad** responde a una revisión relativa de la pobreza. La relación entre ambos se vislumbra al examinar la situación actual de los países de América Latina, en donde coexisten altos niveles de pobreza con estructuras distributivas inequitativas, y conlleva una transferencia de ingresos desde los más ricos a los más pobres, sobre el incremento de la pobreza en cada país. La pobreza se estima así, al comparar la situación de cada hogar según ingreso o acceso a una canasta de bienes y servicios, con el hogar promedio. El pobre es quien se halla en desventaja frente al conjunto de la sociedad.

El **enfoque de privación relativa**, reconoce que la pobreza es un estado de carencia, de privación relacionada con las costumbres, actividades y hábitos alimentarios de las sociedades específicas. Este estudio aborda tanto las condiciones de privación como los sentimientos de privación, éstos últimos relacionados con las expectativas personales y la visión individual de lo que es justo y quién tiene el derecho a disfrutar de qué.

Pobreza y distribución

“Se es pobre con respecto a algún atributo que algunos tienen. No hay pobreza sin su contrapartida, que es la riqueza; esto es: parte de la explicación de por qué hay tantos pobres es porque hay tantos ricos y, por lo tanto, proponer superar la pobreza tiene mucho que ver con cómo superar la extrema concentración de la riqueza. (...) La pobreza significa carencia de empleo y/o de ingresos adecuados, entonces hay que crecer pero creando empleos, incluyendo y no excluyendo a la gente” (Minujin, 1993:122).

Cuadro 3.1.a

El concepto relativo de pobreza crea una relación dialéctica entre pobreza y riqueza: existen los pobres porque existen los ricos. Introduce el concepto de exclusión social para explicar la concentración de riqueza.

Si bien el estudio de la pobreza bajo este enfoque aporta información valiosa, es necesario complementarlo con el **enfoque absoluto**, ya que según Sen:

“...hay un núcleo irreducible de privación absoluta en esta idea que traduce manifestaciones de muerte, por hambre, indigencia, desnutrición y penuria visible en un diagnóstico de pobreza sin tener que indagar primero la escena relativa. Por tanto, el enfoque de privación relativa complementa y no suplanta el análisis de pobreza en términos de privación absoluta” (Sen, 1992: 122).

Así la definición de pobreza depende de la aproximación metodológica que se utilice. Solo recientemente la pobreza se relacionó con la exclusión e inclusión social, y con los derechos sociales. Sin embargo, el escaso desarrollo conceptual, ha dificultado los intentos de definición del término. Empero, la idea básica común es la imposibilidad de acceder a la satisfacción de las necesidades que la sociedad considera esenciales. A partir de esta visión hay divergencias según las dimensiones involucradas. Una de estas dimensiones se relaciona con el espectro de necesidades esenciales y la importancia relativa de cada una de ellas.

En particular, la idea de pobreza está en su mayoría asociada con la imposibilidad de satisfacer simultáneamente varias necesidades. ¿Cómo considerar, entonces, a quienes solo muestran carencias en algunas? Según el investigador de la CEPAL, Oscar Altimir, la pobreza es:

“...un síndrome situacional en el que se asocian el infraconsumo, la desnutrición, las precarias condiciones de vivienda, los bajos niveles educacionales, las malas condiciones sanitarias, una inser-

ción inestable en el aparato productivo o dentro de los estratos primitivos del mismo, actitudes de desaliento y anomia, poca participación en los mecanismos de integración social y, quizá, la adscripción a una escala particular de valores, diferenciada en alguna medida de la del resto de la sociedad” (Altimir, 1979:18).

Otra fuente de discusión ha sido la determinación del umbral que define la carencia de las necesidades básicas. Así, la idea de pobreza implica una comparación entre la situación concreta que enfrenta un individuo o un hogar, y lo que sería necesario para vivir.

“La noción de pobreza se basa, en última instancia, en un juicio de valor sobre cuáles son los niveles mínimos de bienestar, cuáles son las necesidades básicas cuya satisfacción es indispensable, y qué grado de privación resulta intolerable. Tales juicios implican, por consiguiente, la referencia a alguna norma sobre las necesidades básicas y su satisfacción, que permita discriminar entre quienes son considerados pobres y quienes no” (Altimir, 1979: 11) .

“Es posible visualizar al fenómeno como uno de los rasgos que caracterizan a la estructura distributiva. El tamaño e intensidad del fenómeno estarían, por tanto, en relación directa al empleo, al ingreso medio y a la desigualdad de la distribución... a mediados de los años 70 se registró una concentración de la distribución del ingreso de los hogares y una fuerte caída del ingreso medio; ambos hechos ocasionaron que el fenómeno de la pobreza, entendido como la insuficiencia de ingresos, adquiriese una importante significación” (Minujin, 1993:143).

Beccaria parte de considerar las necesidades básicas insatisfechas, según la misma sociedad las considere como tales. Establece una relación entre los tres indicadores siguientes: ingreso medio, empleo y distribución.

Sostiene que el descenso de cualquiera de los dos primeros genera o aumenta el nivel de pobreza. Pero la interacción de los dos desmejora al tercero, es decir influye en la “distribución” acentuando la desigualdad social. Incorpora la variable del tiempo, considerando que la alteración de la pobreza no es siempre producto de la simultaneidad de esas variables. Descarta toda relación lineal, e incluso causal, entre “caída de ingreso medio” y “pobreza”; considera un umbral mínimo a partir del cual la caída del empleo repercute en el aumento de la pobreza.

Además sostiene que la implementación de determinadas acciones –gestionadas por y desde el gobierno– podrían retardar o anular los efectos y condiciones de pobreza por la variación de aquellos indicadores. Flie centra el análisis en las necesidades básicas que se encuentran insatisfechas, divergiendo en las variables definitorias y sus umbrales de satisfacción. La autora parte de necesidades insatisfechas desde dos perspectivas: de la “pobreza estructural” y “pobreza pauperizada” (Minujin, 1993: 142).

Muchas de las críticas realizadas al concepto, se basan en enfoques que consideran a la pobreza como resultado del tipo de organización del aparato productivo y de los mecanismos distributivos de la riqueza social.

La Organización de las Naciones Unidas considera la pobreza de manera integral como la carencia de capacidades para desenvolverse en la vida y participar de las oportunidades. Las trabas personales que genera la pobreza (autoestima, descreimiento, confianza, iniciativa), generan una relación circular: pobreza-marginación-pobreza.

Esta concepción hace referencia a las propias capacidades de las personas para concretar las realizaciones personales en la vida. Se basa en cuestiones más subjetivas y no toma en cuenta umbrales mínimos a superar. Los obstáculos que contribuyen a generar condiciones de pobreza se refieren a la autoestima y al crecimiento. Realiza un análisis psicológico de la pobreza. La autoestima y el crecimiento pueden ser pensadas como corolarios de “pertenecer” o “estar” en condiciones de pobreza.

Desde el enfoque de sustentabilidad territorial, Roberto Guimaraes dice:

“...en situación de extrema pobreza, el ser humano empobrecido o excluido de la sociedad y de la economía nacional no posee ningún compromiso para evitar la degradación ambiental, si es que la sociedad no logra impedir su propio deterioro como persona” (Guimaraes, 2002)

Para Guimaraes, las premisas de sustentabilidad social y territorial conforman las siguientes variables:

- a.- Dimensión social (capital humano)
 - **Educación:** nivel de alfabetización.; nivel de instrucción; deserción escolar; superación educativa intergeneracional; grado.
 - **Salud:** acceso a los diferentes niveles de AM; tasa de fertilidad; esperanza de vida; mortalidad infantil; de mortalidad por diferentes enfermedades; natalidad, morbilidad; nacidos vivos según instrucción de la madre.
 - **Vivienda:** tipo de vivienda; hacinamiento; servicios básicos; vivienda con NBI insatisfecho.
 - **Seguridad:** tasa de delincuencia; tipo de delito; cercanía de comisaría.
- b.- Dimensión económica
 - **Empleo:** tasa de desocupación; subocupación; por rama de actividad PEA.
 - **Ingresos:** NBI; línea de pobreza.
 - **Acceso al suelo urbano:** tipo de ocupación; años de ocupación; tamaño de lote.
 - **Acceso a servicios:** red de agua, energía, transporte; grado de acceso a centros de salud y educación; cobertura médica.
- c.- Dimensión política
 - participación; entidades barriales (ONGs; clubes; sociedades de fomento).
- d.- Dimensión Ambiental
 - **Medio físico:** superficie construida en área inundable; concurrencia de problemas ambientales.
 - **Contaminación:** basurales; industrias contaminantes; aguas servidas y/o contaminadas; espacios verdes (ha por 1000/ ha).
- e.- Dimensión percibida
 - **Espacio construido:** forma, ordenamiento, calidad.
 - **Relaciones:** intrabarriales; extrabarriales; con el entorno.

Este concepto de pobreza resulta normativo, y varía con la norma sobre necesidades básicas en la que se apoya. Así la discusión sobre la pobreza está plagada de diferencias de criterio y diferentes valoraciones morales y políticas acerca del orden social y de la organización de la sociedad.

3.2.- El Desarrollo Humano implica la progresiva reducción de la pobreza

¿Puede estudiarse el concepto de pobreza humana? ¿Puede medirse la pobreza para informar y formular políticas?

El Informe sobre Desarrollo Humano (PNUD, 1996) introduce el **Índice de Pobreza Humana (IPH)** para aunar en un índice compuesto las características diferentes de privación de calidad de vida y juzgar el grado de pobreza de una comunidad. El Informe dio una versión del “índice de pobreza de capacidad”. El IPH sigue el mismo criterio, conjugando mayor número de variables, en relación coherente con el **Índice de Desarrollo Humano (IDH)**. Sin embargo, la pobreza humana es más amplia que una medida particular, incluido el IPH, ya que involucra aspectos que no se miden. Por ejemplo la falta de libertad política, la incapacidad para participar en la adopción de decisiones, la falta de seguridad personal, la incapacidad para intervenir en la vida de una comunidad y las amenazas a la sostenibilidad y la equidad intergeneracional.

La selección de indicadores del IPH debe ser sensible al contexto social de un país. Por ejemplo, un índice que se concentre en el analfabetismo y la mortalidad prematura puede discriminar entre Sri Lanka y el Pakistán más de lo que puede hacerlo, por ejemplo, entre Alemania y Francia. Las cuestiones relacionadas con la pobreza en los países en desarrollo incluyen el hambre, el analfabetismo, las epidemias y la falta de servicios de salud o de agua potable, los que pueden no tener importancia en los países desarrollados, en que el hambre es de rara ocurrencia, la alfabetización es casi universal, la mayoría de las epidemias están controladas, los servicios de salud son por lo general universales y es fácil hallar agua potable. Los estudios relativos a la pobreza en los países

más opulentos se concentran en variables como la “exclusión social”. Puede tratarse de privaciones forzadas y difíciles de eliminar en cualquier país. Pero asumen una prominencia mayor en los países opulentos.

No hay posibilidad real de lograr un índice de la pobreza que sea igualmente pertinente a los diferentes tipos de países.

Dado lo generalizado de la pobreza en los países pobres, el IPH está se orienta a ese contexto y las variables escogidas lo reflejan.

El carácter de la pobreza en los países ricos merece un estudio especializado que se concentre en las privaciones pertinentes a esos países.

Ya en 1948 el Banco Mundial (BM) definía como pobres a los países con una renta por habitante menor de 100 U\$S, durante las décadas de los años 1950 y 1960 se consideraba que el crecimiento era el principal instrumento de reducción de la pobreza. Habrá que esperar a 1973 cuando el mismo BM, de su presidente, Robert McNamara, lance el concepto de pobreza absoluta:

“Unas condiciones de vida tan degradadas por la enfermedad, el analfabetismo, la desnutrición y la miseria que niegan a sus víctimas las necesidades humanas fundamentales... unas condiciones de vida tan limitadas que impiden la realización del potencial de los genes con los que se nace; unas condiciones de vida tan degradantes que insultan a la dignidad humana; y aún así, unas condiciones de vida tan habituales que constituyen el destino de cerca del 40% de los pueblos de los países en vías de desarrollo” (Tomas, 1997).

Desde entonces la lucha contra la pobreza ha presidido la política de “cooperación al desarrollo”. El Informe del Banco Mundial de 1990 ofrece un panorama de la situación hasta aquel momento y define y mide la pobreza. La apropiación de la pobreza por la economía le ha conferido una respetabilidad científica y la ha hecho entidad mensurable.

Sin embargo, las dificultades con los indicadores cuantitativos de pobreza han elevado a adoptar otra estrategia. En la misma línea de su IDH el PNUD inventó el IPC (Índice de Pobreza de Capacidad) en 1996, Año Internacional para la Erradicación de la Pobreza:

“El concepto de pobreza se equipara habitualmente al de falta de ingreso, porque se presume que es el ingreso el que determina el nivel de bienestar material. De esta manera, si se adopta como límite de pobreza 1 dólar diario, es pobre un 33% de la población del mundo en desarrollo, es decir, 1.300 millones de personas. Pero la “pobreza de ingreso” es sólo parte del panorama. El Informe de ese año introduce de esta manera una nueva medición multidimensional de la pobreza humana, el Índice de Pobreza de Capacidad (IPC) substituido más tarde por otro, el Índice de Pobreza Humana (IPH), que refleja el porcentaje de gente que carece de capacidad humana básica o mínimamente esencial” (Op. Cit 1997).

El discurso de la pobreza humana, como el del desarrollo humano, pretende universalizar las categorías propias de la cultura occidental. Como sabemos, el discurso oficial del PNUD, acentúa lo no económico, en este caso la multidimensionalidad de la pobreza, en contraste con el economicismo del Banco Mundial y sus umbrales de pobreza absoluta. El carácter eminentemente occidental de esta visión humanista se puede ver en dicha conceptualización. El IPH muestra la misma raíz metodológica con la medición del ya clásico Índice de Desarrollo Humano. Hay que señalar aquí que el IPH no utiliza ningún componente económico lo que le permite evitar las críticas a los índices cuantitativos y se presenta como el mejor instrumento de medida y de clasificación. Se elabora primero un cuadro sobre la clasificación de los países en desarrollo según el IPH para mejor comparación internacional entre países.

Una posible línea de reflexión podría articularse en torno a la transformación de la noción de pobreza en Occidente, al hilo de trabajos como el de Polanyi y Geremek al reciente de Rahnema (Castel, 1998), quién pone de relieve la relatividad cultural que envuelve a la noción de cultura. Aportaciones en esta óptica y, desde otras culturas, ayudarían a situar el papel de la noción occidental moderna de pobreza como noción legitimadora de la occidentalización del mundo.

En su artículo pionero, Amartya Sen (1992) propone dos problemas para evaluar la pobreza, a saber, el problema de identificación del conjunto de individuos en situación de pobreza, y el de agregación de las características de estos individuos. Sin embargo, la identificación de los indivi-

duos en condición de pobreza requiere, una aproximación conceptual a la condición de vida pobre. Al entender el desarrollo como un proceso de expansión de las libertades reales que disfrutaban los individuos, **Amartya Sen** ha introducido una visión ética del concepto que cuestiona las teorías clásicas del desarrollo. Éstas pretendían desnudarse de toda presunción ética al concentrarse en variables económicas exógenas al individuo para definir y evaluar el proceso de desarrollo: el crecimiento del PBI, el grado de industrialización, el avance tecnológico, entre otras. En contraste, la ruptura conceptual propuesta por Sen pone el acento en el tipo de vida que las personas valoran y desean seguir, enfatizando los fines que hacen al desarrollo importante para los individuos antes que los medios que colaboran en su consecución. De esta manera se humaniza el concepto de desarrollo y se amplía su más allá de la esfera económica.

Desde esta perspectiva la pobreza es vista como una privación inaceptable de libertades sustantivas de los individuos, una condición que limita sus capacidades para vivir la clase de vida que tienen razones para valorar. El individuo en situación de pobreza es aquél obligado a vivir una vida que no valora, obligado a sobrevivir, a subsistir. En el Informe sobre Desarrollo Humano de 1997, la pobreza se define como la privación de las cosas valiosas que una persona puede hacer o ser. El término pobreza humana, persigue distinguir esa privación más amplia de la más estrecha pobreza de ingreso o consumo.

En los **Informes sobre Desarrollo Humano** se considera que la pobreza es más amplia que la falta de ingresos. Para comparar, llegar a acuerdos y promover políticas que aseguren una vida plena para todos, proponer un esquema mínimo de libertades fundamentales un programa de avance consensual en Derechos Humanos y Desarrollo Humano. Así, se ha propuesto la atención de siete libertades fundamentales (Informe del Desarrollo Humano, 2000):

- Libertad de la discriminación por motivos de género, raza, origen étnico, origen nacional o religión;
- Libertad del temor, las amenazas a la seguridad personal, la tortura, detención arbitraria y otros actos violentos;
- Libertad de pensamiento y de expresión, de participar en la adopción de decisiones y de establecer asociaciones;
- Libertad de la miseria, para disfrutar un nivel de vida decoroso;
- Libertad para desarrollar y materializar plenamente el potencial humano personal;
- Libertad de la injusticia y las violaciones del estado de derecho, y
- Libertad de tener un trabajo decoroso, sin explotación.

La pobreza es una condición inaceptable de vida, una restricción dramática de las libertades y capacidades de los individuos. No se trata de un bajo nivel de desarrollo humano. Sino de un nivel inaceptable de desarrollo humano. La visión, avanza en la caracterización de esta libertad fundamental. Nussbaum y Sen (1996) argumentan a favor de la identificación de combinaciones mínimas de capacidades básicas para plantear el problema del diagnóstico y medición de la pobreza, y critican el uso aislado del ingreso como herramienta para identificar pobres (Nussbaum y Sen, 1996).

Estos autores proponen considerar para una vida humana decorosa, libre de la miseria al menos cinco capacidades básicas:

- para vivir libre del hambre;
- para vivir una vida libre de enfermedades previsibles y mortalidad prematura;
- para vivir libre del analfabetismo literal y numérico;
- para acceder a servicios sanitarios básicos (agua potable, eliminación de excretas, electricidad, aseo urbano) y
- para obtener empleo.

La privación de una o varias de estas libertades básicas debe ser considerada como un indicador de pobreza humana. Así definida, la pobreza humana es conceptualmente multidimensional.

3.3.- Es necesario un análisis empírico de la pobreza con parámetros de medición

Para identificar a la población en situación de pobreza necesitamos identificar los individuos privados de una o varias de las capacidades arriba listadas. Un procedimiento es realizar encuestas nacionales, y utilizar las características censadas como variables apoderadas de la privación de estas capacidades. Los ingresos, tasas de desempleo, índices de acceso a servicios básicos, gastos de hogares o familias, tasa de morbilidad, son ejemplos de tales características. Una vez escogidas estas características será necesario decidir umbrales cuyo cruce decida la condición de los individuos con respecto a la privación de las capacidades representadas.

La crítica de Sen al uso de las líneas de pobreza radica en que los umbrales no varían con las características personales y sociales de las que dependen las capacidades, ni entre comunidades. Al utilizar líneas de pobreza referidas al hogar se persigue identificar la falta de capacidad para lograr ciertos funcionamientos mínimos identificando el costo asociado a dichos funcionamientos. Que el primer umbral a identificar sea el de subsistencia nutricional es razonable, y bastante estable regionalmente. Sin embargo, el segundo umbral, aquel que pretende identificar hogares cuyos recursos para satisfacer las necesidades básicas que van más allá de la nutrición adecuada son insuficientes, es demasiado general. Existen funcionamientos y capacidades básicas que difícilmente mejorarían fortaleciendo, por ejemplo, el ingreso. La condición de una analfabeta de 40 años difícilmente va a cambiar sólo porque incremente sus ingresos.

El **Índice de Pobreza Humana (IPH)** utilizado en los Informes Globales de Desarrollo Humano es una medición multidimensional de la pobreza que resume en un índice compuesto la privación en cuatro dimensiones básicas de la vida humana: una vida larga y saludable, conocimientos, aprovisionamiento económico e inclusión social. Esas dimensiones de la privación son las mismas para los países en desarrollo y los países industrializados, pero difieren en los indicadores utilizados para reflejar las diferencias entre esos países y por la limitación de datos en varios países en desarrollo.

Para los **países en desarrollo se utiliza el IPH-1** como medida de la pobreza humana. La privación de una vida larga y saludable se mide por el porcentaje de los habitantes, nacidos hoy, que no se espera que sobreviva hasta los 40 años, la privación en cuanto a conocimientos, por la tasa de analfabetismo adulto, y la privación en cuanto al aprovisionamiento económico, por el porcentaje de la población que carece de acceso a servicios de salud y a agua potable y el porcentaje de niños menores de cinco años que tienen peso insuficiente, moderado o severo.

Para los **países desarrollados se utiliza el IPH-2**, que mide la privación en cuanto a una vida larga y saludable por el porcentaje de habitantes nacidos hoy que no se espera que sobreviva hasta los 60 años, la privación en cuanto a conocimientos por la tasa de analfabetismo funcional adulto, la privación en aprovisionamiento económico, por la pobreza de ingreso, y la privación en inclusión social, por el desempleo de largo plazo.

En ambos casos, la identificación de pobreza de la población está definida implícitamente. Se ha optado por resumir la calidad de vida de la población en cuatro dimensiones de gran relevancia para el concepto de Desarrollo Humano utilizando agregados nacionales, y se utiliza este resumen como medida global de pobreza humana. Estos índices además han sido desagregados cuando ha sido posible de acuerdo con el género, regiones y grupos étnicos. Su desagregación a niveles más elementales es deseable aunque difícil.

Una **unidad mínima lo constituye el hogar**. La pobreza humana tiene múltiples aristas, y no todos los hogares caen en una condición de vida pobre o perviven en esa condición por las mismas causas. La identificación de las particulares capacidades y libertades cuya privación los ha llevado a la condición de pobreza es vital para el logro de políticas eficientes de superación. No existe un solo camino para superar la pobreza porque no existe una sola forma de pobreza.

Si el Desarrollo Humano es el proceso de expansión de las libertades reales que disfrutan los individuos, y si es la participación de estos individuos en la agencia de sus funcionamientos y capacidades el camino fundamental para conseguir este desarrollo, ¿no se debería intentar medir este grado de desarrollo a ese nivel y en su entorno inmediato?

Una discusión usual en las investigaciones se refiere a si ese umbral debe tener carácter relativo o absoluto. Expresado de manera diferente, si es posible definir valores mínimos que resulten válidos para cualquier sociedad o los límites dependen exclusivamente de aquello que resulta

“normal” en una sociedad determinada. Algunos autores distinguen entre necesidades y satisfactores. Aquéllas tendrían un carácter más absoluto mientras que la forma de satisfacción depende de usos y costumbres, del tiempo y el espacio. Un ejemplo es la alimentación: el mínimo de calorías y proteínas que debe consumir una persona es prácticamente universal y no tiene porque variar históricamente. Siguiendo este razonamiento Alan Durning del Instituto WorldWatch define pobreza absoluta como: “...la falta de suficientes ingresos en dinero o especie para satisfacer las necesidades biológicas más elementales de alimentación, vestido y abrigo (el ingreso insuficiente es el menor a un dólar por día)” (Durning, 1992).

Basados en esta definición, hoy 1.300 millones de personas viven en la pobreza absoluta. Casi todos viven en áreas rurales, son analfabetas, gastan la mitad o más de sus recursos en comida y pertenecen a etnias, tribus o religiones que sufren discriminación. Millones de personas están atrapadas en el ciclo de pobreza que lleva a la degradación de los recursos, la perpetúa, y la empeora por las tasas elevadas de fertilidad. (Nebel y Wrigth, 1999).

Más allá de cada contexto sociocultural, es la noción de dignidad humana y la universalidad de los derechos humanos básicos la que marca la norma que sirve para definir el estado de pobreza absoluta. Sin embargo, los alimentos que satisfacen ese mínimo de calorías y proteínas difiere por caso entre la Argentina y un país centroamericano, lo mismo ocurre en cuanto a necesidades como la cultura o la participación política.

Estas son algunas de las dificultades enfrentadas para identificar empíricamente a los pobres y conocer cuántos y quiénes son. Ya sea para su análisis o para desarrollar acciones gubernamentales concretas.

Entre las decisiones cruciales que deben tomarse están la identificación de las “**necesidades básicas**” y la importancia relativa de cada una de ellas. Se distinguen dos enfoques básicos en los ejercicios empíricos del análisis de la pobreza. Uno de ellos define a una persona (u hogar) como pobre observando directamente los grados de satisfacción de las necesidades esenciales. Dentro de este enfoque existen discrepancias respecto de cuáles necesidades considerar y como ponderar la importancia de cada necesidad. Varios trabajos en Latinoamérica –que se inspiraron en los realizados por el INDEC en Argentina– estiman que la no satisfacción de una de ellas es suficiente para determinar que un hogar o persona deba clasificarse como pobre. Otros autores, por lo contrario, utilizan un sistema de ponderaciones inversamente proporcional al grado de satisfacción de tal necesidad. Hay asimismo investigadores que recurren a la opinión de la población sobre la relevancia de las distintas necesidades, según ésta se expresa en indagaciones ad-hoc.

Las necesidades básicas que sirven para definir la pobreza, son relativas al entorno –específicas de cada país– y dinámicas, pero también incorporan aquellas necesidades cuya satisfacción responde a la noción de dignidad humana. Según la definición ofrecida por el INDEC en el documento “La Pobreza en la Argentina” (1984), las necesidades básicas son:

“...un núcleo central de necesidades consideradas básicas para el desarrollo de la vida en sociedad, que incluye: alimentación adecuada; vestimenta funcional y decorosa; alojamiento y equipamiento doméstico mínimamente adecuado para el funcionamiento del hogar y el equilibrio psicofísico de sus miembros; disponibilidad de agua potable y de sistema de eliminación de excretas que garanticen estándares sanitarios mínimos; condiciones ambientales sanas y que posibiliten la realización de actividades esenciales para el desarrollo individual y la integración social; acceso a servicios adecuados de salud, educación y cultura, así como los recursos mínimos para los gastos complementarios que permiten el aprovechamiento efectivo de esos servicios. El acceso a empleo libremente elegido se inserta, asimismo, entre las necesidades básicas, como medio y como fin, ya que no sólo proporciona un ingreso para adquirir los satisfactores necesarios, sino también es esencial para la autoestima y la dignidad social del individuo”.

Si bien el concepto de necesidades básicas puede servir para definir la pobreza, se limita a las dimensiones materiales de la privación. En su acepción más amplia, incluye tanto necesidades psicológicas y políticas como materiales. La medición de necesidades básicas insatisfechas (NBI) en la Argentina se inicia en 1984, a partir de un conjunto de indicadores elaborados sobre la base del Censo Nacional de Población y Vivienda de 1980 (INDEC, 1984).

“Sobre un núcleo central de necesidades consideradas básicas para un desarrollo de la vida en sociedad, la información censal sólo permitió construir indicadores de insatisfacción habitacional, educacional y ocupacional, pero no así sobre nutrición o salud ni tampoco sobre ingresos o equipamiento de los hogares. Se consideró hogares NBI a aquellos que reunieran al menos una de las siguientes condiciones:

- Tuvieran mas de tres personas por cuarto (hacinamiento);
- Habitar en una vivienda de tipo inconveniente pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo, lo que excluye casa, departamento y rancho (vivienda);
- No tuviera ningún tipo de retrete (condiciones sanitarias);
- Tuviera algún niño en edad escolar (6 a 12 años) que no asistiera a la escuela (asistencia escolar);
- Tuviera cuatro o más personas por miembro ocupado y además, cuyo jefe poseyera baja educación (capacidades de subsistencia).”

El Censo nacional de 1991 realizado por el INDEC, estimó un 14,3% de los hogares urbanos y un 32,3% de los rurales. En el índice de NBI tienen mucho peso las condiciones de la vivienda y las viviendas rurales frecuentemente presentan más carencias que las urbanas. Las situaciones de hogares con NBI más críticas se presentan en las provincias de Formosa (34,3%), Salta (33,9%), Jujuy y Santiago del Estero (ambas con 33,6%), Chaco (33,2%) y Misiones (32,8%), en las que por lo menos 1 de cada 3 habitantes registra NBI (INDEC, 2001).

El método NBI enfatiza el acceso de las personas a los servicios sociales necesarios para tener una vida decente, pero no se plantea las razones por las cuales las necesidades que aborda son importantes. Se trata de una lista empírica de necesidades y en ese sentido difiere profundamente de la visión impulsada por el Desarrollo Humano. Sin embargo, la metodología puede ser reinterpretada en términos de capacidades y libertades fundamentales, y complementada. Por ejemplo, el indicador obvia la pobreza extrema o más acentuada, relativa a la privación de la capacidad alimentaria.

Las distintas metodologías comentadas para la identificación de hogares o personas en situación de pobreza no son medidas alternativas de un mismo fenómeno, sino más bien visiones distintas (y complementarias) de un fenómeno complejo. La identificación de las “necesidades básicas” depende de las disponibilidades de información. Estas investigaciones suponen una correlación elevada entre la insatisfacción simultánea de las diversas necesidades básicas, es decir, que si un individuo u hogar no está satisfaciendo una de ellas, es probable que tampoco satisfaga las demás. Sin embargo se indicó que esta situación no es tan frecuente. Muchas de las investigaciones empíricas emplean fuentes estadísticas que no han sido diseñadas para medir la pobreza. Así, por ejemplo, en una serie de estudios en América Latina se recurrió a los datos de los censos de población y vivienda. En ellos, se identifica como pobres aquellos hogares que no cumplían con estándares mínimos de vivienda y educación.

El segundo enfoque es el denominado “de los ingresos o línea de pobreza” (LP), utilizado por el Banco Mundial y computa el monto de dinero que se requiere para adquirir el conjunto de bienes y servicios que satisfacen los umbrales mínimos de todas las necesidades básicas. Aquellas personas (u hogares) que tienen ingresos inferiores a ese valor –o “línea de la pobreza”– son clasificados como pobres. Para su construcción se siguen los siguientes pasos:

- Definición de las necesidades;
- Definición de una canasta normativa de satisfactores para cada hogar;
- Cálculo de su costo (que constituye la línea de pobreza);
- Comparación del ingreso de cada hogar con el valor de dicha línea;
- Clasificación de los hogares como pobres o no pobres según sus ingresos.

Además de calcular la LP a partir de los ingresos monetarios, existen otras técnicas para su determinación. En América Latina y los Estados Unidos, usualmente se emplea la fórmula de la canasta alimentaria. Se estima un ingreso monetario mínimo per capita para cubrir (comprar) una **Canasta Básica de Alimentos**. De este modo se valora el gasto para un mínimo de nutrición indivi-

dual. Este monto delimita la denominada Línea de Indigencia (LI). Los hogares, con entradas per capita inferiores a la línea son clasificados como indigentes o pobres extremos. El costo de otras necesidades no alimentarias se calcula multiplicando el valor de la LI por un factor que en Latinoamérica oscila entre 2.0 y 2.5, es decir, se trata de aproximadamente el doble del presupuesto necesario para adquirir de la dieta alimentaria mínima. Esta cantidad es la LP. Las subestimaciones propias de la Línea de Pobreza y otros métodos llevan a rotular como “vulnerables” a ciertas franjas de población (por encima, aunque próximas a dicha Línea) que, con instrumentos más precisos serían referidos como pobres (Escurra, 1998).

La observación de la insatisfacción de cada una de las necesidades -el primer enfoque- parece una estrategia más directa que la de recurrir a la línea de pobreza. Sin embargo, la mencionada falta de simultaneidad obliga a definir una manera de considerar las situaciones donde los hogares (o personas) registran una situación adecuada respecto de unas pero no de otras. Las soluciones a las que se llega no dejan de ser arbitrarias. Es en este sentido que el enfoque de los ingresos es atractivo ya que plantea una forma a primera vista razonable de “promediar” la importancia de las diferentes necesidades. Esta última perspectiva es, por otra parte, la que cuenta con mayor tradición en la investigación empírica, lo que no significa que se encuentre libre de problemas. Conviene señalar, por caso, que no todas las necesidades se satisfacen adquiriendo mercancías en el mercado. Muchas de ellas son ofrecidas gratis (o a menor precio) por el Estado (educación, salud). Por lo tanto, se hace necesario incluir, como parte del ingreso del hogar (o de la persona), componentes monetarios.

Estos enfoques no implican sendas maneras diferentes de llegar a un mismo resultado, ambos métodos captan diferentes manifestaciones del fenómeno de la pobreza. Este fenómeno resulta heterogéneo; los métodos regularmente empleados captan, por tanto, sólo algunas de sus expresiones. Existen sugerencias para integrar ambos enfoques, pero los elevados requerimientos de información hacen que aun estén en etapa exploratoria. El fenómeno de la heterogeneidad de la pobreza y el hecho de que los métodos reflejen solo algunas de sus manifestaciones, resulta un aspecto que debería tenerse en cuenta al diseñarse políticas destinadas a la superación de la pobreza. El mismo plantea la cuestión de los objetivos –a qué tipos de pobres o “qué pobreza” es la que prioritariamente se desea asistir– como la de los instrumentos –medidas destinadas a aquellos que son “pobres” según un criterio, no necesariamente son las más adecuadas para los otros–.

Ambos enfoques, y también aquellos que plantean una visión más integral, enfrentan problemas conceptuales o restricciones que impone la información disponible. Esta situación ha dado lugar a la ya mencionada discusión del tema de la heterogeneidad de la pobreza que puede ser analizado a partir del uso simultáneo de ambos enfoques.

Además de los métodos de LP y NBI, se ha desarrollado un tercer método, basado en la superposición de los dos primeros y conocido como la Metodología de Medición Integrada de la Pobreza (MIP). El uso simultáneo de ambos criterios permite observar la evolución y composición de la pobreza y logra conciliar la información captada por cada uno de los enfoques. Esta tercera opción permite distinguir a los pobres estructurales, es decir, aquellos que provienen de una pobreza histórica, de los grupos pauperizados recientemente, que incluyen a los nuevos pobres (Minujin, 1998) [cuadro 3.3.a].

Medición integrada de la pobreza

Criterios		Criterio de ingreso	
		Pobre	No Pobre
Criterio de NBI	Pobre	1. Pobre estructural y por ingreso	2. Pobre estructural e ingreso adecuado
	No Pobre	3. Nuevos pobres	4. No pobres

(Minujin, 1993).

Cuadro 3.3.a

El método NBI obedece al enfoque absoluto de la pobreza, ya que se basa en la verificación directa de un conjunto de indicadores que tienen un nivel mínimo de satisfacción por debajo del cual los individuos se encuentran en un estado de privación absoluta, careciendo de los elementos mínimos para llevar una vida digna. Los métodos de LP y MIP contienen elementos tanto de privación absoluta como relativa, ya que para calcular la canasta básica de consumo de alimentos y los patrones de consumo de los hogares, examinan al conjunto de hogares que se encuentran en un segmento determinado de la estructura distributiva.

Los métodos de medición expuestos, si bien son herramientas valiosas para la identificación y cuantificación de los hogares pobres, han demostrado tener limitaciones conceptuales y metodológicas lo que ha llevado a analizar el fenómeno de la pobreza de manera parcial y segmentada. El cuestionamiento es, entonces, a un enfoque que puede llegar a generar mediciones que fluctúen ampliamente de un fenómeno para muchos considerado típicamente estructural. Historias de hambre infantil, de muertes por enfermedades derivadas de la pobreza extrema, de hombres y mujeres sin trabajo, de chicos pasando horas y días deambulando por la calle, de hospitales sin recursos para cubrir las necesidades mínimas de quienes lo necesitan, forman penosamente (y con cierto dejo de naturalidad y acostumbamiento, lo que es aún peor) de la realidad cotidiana de nuestras vidas.

“El problema de la pobreza tiene implicaciones éticas, económicas y políticas de primer orden. Atenta contra los derechos humanos mantener sectores amplios de la población en situaciones de desempleo, desnutrición y marginalidad”. (Klinsberg; 1994)

Para fines de la década de los noventa, la Confederación Regional de los países de América Latina sobre la Pobreza, estimaba que el 62% de la población latinoamericana (215.000.000) padecía situaciones de indigencia, es decir, esta década ha presenciado un crecimiento alarmante de la pobreza en la región. Afecta a uno de cada dos latinoamericanos, siendo un problema que no está en retroceso, ni que constituye un islote dentro de los avances de la modernidad, sino que desgraciadamente se ha agudizado.

“La calidad de la pobreza se ha degradado. Entre los pobres el sector que más ha crecido es el de los ‘pobres extremos’, las familias que aunque destinaran todos sus ingresos exclusivamente a comprar alimentos (hipótesis irreal dada la imprescindibilidad de gastar en vivienda, transporte, vestimenta, etc.), igual no alcanzan a comprar el mínimo de proteínas y calorías necesarias para vivir. Los pobres extremos o indigentes son ahora la mitad de todos los pobres” (Ibid) [Cuadro 3.3.b].

La pobreza mata

“La pobreza mata. No se trata de un comentario político o social sino de un hecho científico. Ello puede corroborarse en América Latina. La pobreza se ha constituido en la principal causa de muerte atribuyéndole 1.500.000 de defunciones anuales. Los más afectados son en primer lugar los más débiles, los niños, 2.000 de ellos perecen al día por pobreza. Por otra parte se observa una clara tendencia a la reducción del peso de los niños al nacer. También ataca particularmente a las mujeres, un 40% de los hogares tiene hoy a la cabeza una mujer en diversos países de la zona”.

P. Toronsed (Ibid)

Cuadro 3.3.b

Por lo tanto, podría indicarse que el tratamiento del fenómeno de la pobreza ha pasado de una centralidad localizada en la caridad a otra en el asistencialismo, y de allí al logro final de los llamados derechos de tercera generación: **los derechos sociales**. Este último paso, debería marcar el desarrollo futuro de la pobreza, su concepción, su método y sus alcances.

4.- La pobreza: medición antes que definición. El problema de la focalización

Luis María Sisto

4.1.- Acerca de la pobreza

Sabemos que la pobreza es un problema directo para una parte de la sociedad e indirecto para otra. En este artículo se parte de la tesis de que el problema ontológico de la pobreza, es decir: ¿qué es la pobreza? no ha sido resuelto y, como no se puede atacar lo que no se conoce, eso que llamamos pobreza sigue presente. Este problema no pone en tela de juicio a la pobreza en sí, si no, en todo caso, a las acciones que se llevan a cabo para terminar con ella.

Se podría argumentar que dicha afirmación incurre en una tautología: dado que para afirmar que la pobreza sigue existiendo o, aún peor, es necesario saber de qué se está hablando. He aquí que el problema se agrava: no se trata de que no se sepa qué es, sino que no se la define, en términos lógicos, por la comprensión y extensión del término, sino por la forma de medirla.

Al no existir una definición, las políticas contra la pobreza pueden saber si las mediciones mejoran o no, lo que no quiere decir que el estado de la pobreza cambie. Es por esto que las políticas contra la pobreza suelen ser políticas pobres (Lo Vuolo, 2004).

Finalmente, caracterizan a esta situación problemática los siguientes factores:

- llama la atención este modo tajante de denominar “pobre” o “no pobre” a una persona.
- generalmente al pobre se lo denota como alguien donde la cultura hizo agua, y por lo tanto, alguien –el poder, los no pobres– tienen el deber de reparar. De esta idea es de donde nacen afirmaciones tales como “no les gusta trabajar, etc.”. Existe una colección que se podría sistematizar de hechos, discursos y notas de políticas donde se deja entretener claramente esta idea de que hay una falla que arreglar. Está cercano también a comentarios del tipo “es un problema cultural” o “no hay más valores”, y otras.

Como se mencionó, para solucionar el o los problemas de “la pobreza” se parte de definiciones que están en función de los modos de medirla. En la conceptualización del término, la pobreza se vuelve cada vez más un concepto abstracto. Por otra parte, su uso, suele caer en ambigüedades: pobreza y hambre, pobreza y falta de vivienda, pobreza y exclusión, pobreza y marginación, desigualdad, marginalidad social, precariedad laboral. Por otra parte, cuando se trata de abarcarla ontológicamente, las definiciones suelen ser relativas.

El siguiente es un ejemplo de concepción relativa de la pobreza: “Se considera pobre a quien no obtiene o no puede procurarse recursos suficientes para llevar una vida mínimamente decorosa, de acuerdo a los estándares implícitos en el estilo de vida predominante en la sociedad a la que pertenece” (Fernández y Almada Taravella, 2002).

En otro documento del INDEC se menciona:

“se puede considerar a la pobreza como una forma de exclusión de las condiciones de vida imperantes en una sociedad históricamente determinada” (IDEC. Indicador de Capacidad Económica de los hogares, 2001:5).

La pobreza es definida como la falta de factores que permitan a la persona vivir en condiciones dignas. Esta última sería la definición del BM (1997): “la falta de acceso o dominio de los requisitos básicos para mantener un nivel de vida aceptable; con lo que un pobre sería aquel que carece de comida, o no tiene acceso a una combinación de servicios básicos tales como educación, salud, agua potable, cloacas, etc.” y agrega “la pobreza no es solo una condición económica, esto es, la carencia de bienes y servicios necesarios para vivir, como son los alimentos adecuados, el agua, la vivienda o el vestuario; sino también la falta de capacidades para cambiar estas condiciones”. El PNUD dice (1997) que “la pobreza se refiere a la incapacidad de las personas de vivir una vida tolerable” (INDEC. Indicador de Capacidad Económica de los Hogares, 2002). Pero ya tenemos la relatividad de la palabra “digna” y la relatividad de las condiciones dignas, y de la “vida tolerable”. Con las condiciones dignas de un africano que vive en Sierra Leona (el lugar más agresivo desde el

aspecto de la naturaleza y no menos peligroso en lo social) son condiciones que le permiten vivir a él allí pero seguramente cualquiera de nosotros –con iguales condiciones– moriría en el intento.

En la Unión Europea esta relatividad es bien clara: es considerado pobre aquel cuyo ingreso es menor al 50% del ingreso del promedio de ingresos de la Unión (Capacidad Económica de los Hogares, 2002).

En contra de la relatividad se expuso el principio del “núcleo irreductible” es decir:

“conjunto de necesidades absolutas que trascienden las comparaciones entre países o personas y que remiten a la dignidad e igualdad esenciales del individuo considerado como ser humano dotado de capacidades de ser y funcionar integrado a una sociedad” (INDEC. Indicador de Capacidad Económica, 2001:5).

A continuación, se detallan y critican tres métodos de definición de la pobreza utilizados a fin de identificar población pobre para la aplicación de políticas focalizadas.

4.2.- La focalización de la pobreza intenta superarla

Focalizar consiste en:

“concentrar los recursos disponibles en una población de beneficiarios potenciales, claramente identificada, y luego diseñar el programa o proyecto con que se pretende atender un determinado problema o necesidad insatisfecha, teniendo en cuenta las características de esa población, a fin de elevar el impacto o beneficio **potencial** per cápita” (CEPAL, 1995:13).

“La focalización implica el análisis y la protección preferencial de ciertos grupos humanos específicos, en el marco de una mayor racionalización en el uso de los recursos públicos” (CEPAL, 1995:201).

Como menciona Percy Rodríguez Noboa, la práctica de la selectividad o focalización:

“se ha convertido en uno de los elementos centrales de los nuevos esfuerzos de la región por corregir en plazos cortos las consecuencias adversas más agudas de la crisis y de los ajustes económicos” (Rodríguez Noboa, 1991:55).

A continuación se presenta una lectura crítica de tres modos de medir la pobreza, dos clásicos y uno reciente.

Antes que nada es importante dejar en claro que estas notas son una primera aproximación para pensar y reflexionar sobre los fundamentos de la metodología para diferenciar pobres de no pobres.

Hay que tener en cuenta que:

“De acuerdo con los criterios de focalización más difundidos, la prestación selectiva de servicios o bienes sociales exige distinguir entre población pobre y no pobre, pues sólo el primer grupo ha de tener acceso a los beneficios. Esto suscita un importante problema técnico y metodológico relacionado con la medición de la pobreza y la estratificación de la misma (uso opcional de métodos, por ejemplo, de líneas de pobreza o de necesidades básicas). El modo de certificar el grado de pobreza y el derecho a recibir determinados satisfactores es muy variado y no siempre es fácil de elegir. Puede acudir, alternativamente, a los clásicos estudios de casos de los trabajadores sociales, al sistema de uso de flujos de información o indicadores arrojados por los sistemas sectoriales de política social, a las encuestas sociales segmentarias y permanentes, al criterio de unidad territorial, modalidades todas que pueden procesarse mediante sistemas computarizados de detección de necesidades (Fernández y Almada Taravella, 2002: 206).

Sin embargo:

“Asimismo, cuando el gobierno estima que debe atenderse cierto problema, que no es visualizado como tal por la población con capacidad de pago, es probable que tenga que optarse por una prestación universal, por cuanto la mayoría no estará dispuesta a pagar por necesidades no sentidas” (CEPAL, 1995:19).

4.3.- La Línea de Pobreza (LP) mide carencia nutricional

Se parte de la tesis de que el método para estimar la “Línea de Pobreza” no mide ingresos sino carencia nutricional. Se entiende que esto no tendría que ser una novedad, y que la forma correcta de expresarlo sería decir que la Encuesta Permanente de Hogares es la que –en todo caso– mide ingresos.

El concepto de Línea de Pobreza sufre de una “recaída en la inmediatez” es decir, perdió su génesis, se ha olvidado el modo de construirlo y así se instaló como método útil.

¿Cómo se construye la Línea de Pobreza?

Esta línea resulta en un número expresado en pesos argentinos². Se deduce un número –línea– por persona y se la llama línea debido a que si la persona en cuestión tiene un ingreso que se encuentra por debajo de ella (de ese número), es considerada pobre en Argentina. Esto es importante destacarlo: se puede calcular la línea de pobreza para cada persona en particular³. Una vez explicado el cálculo, se explicará el modo de extenderlo a los hogares (un hogar es un conjunto de personas -parientes o no- que viven bajo el mismo techo y comparten los gastos de alimentación y/ u otros gastos esenciales para vivir). La estimación por hogar facilita el inconveniente de que para los cálculos posteriores no tenemos ingreso para menores de edad, con lo cual todos los menores serían pobres (si bien es un planteo irónico, no deja de ser una estimación de la estimación).

Para llegar a obtener este número clave se parte de identificar cuál es la necesidad nutricional de una persona. Para facilitar la medición que sigue a la identificación de la necesidad nutricional, se establece una medida de partida en base a lo que se llama “adulto equivalente”. Un “adulto equivalente” es un varón de entre 30 y 59 años con actividad moderada. Según tablas nutricionales de la OMS y corregidas para Argentina, un “adulto equivalente” tiene una necesidad nutricional de 2700 Kcal diarias. Al “adulto equivalente” se le da el valor 1. Se puede conocer los distintos valores en relación al adulto equivalente en el cuadro 4.3.a.

² Seguramente cuando Orshansky pensaba el método, lo hacía teniendo en cuenta una economía estable, de todos modos, entre 1900 y 1965 se desarrollaron más de 40 líneas de pobreza y canastas básicas en los Estados Unidos.

³ www.indec.gov.ar

Necesidades energéticas y unidades consumidoras según edad y sexo

Edad	Sexo	Necesidades energéticas (kcal)	Unidades consumidoras por adulto equivalente
Menor de un año		880	0,33
1 año		1.170	0,43
2 años	Ambos	1.360	0,50
3 años		1.500	0,56
4 a 6 años		1.710	0,63
7 a 9 años		1.950	0,72
10 a 12 años		2.230	0,83
13 a 15 años	Varones	2.580	0,96
16 a 17 años		2.840	1,05
10 a 12 años		1.980	0,73
13 a 15 años	Mujeres	2.140	0,79
16 a 17 años		2.140	0,79
18 a 29 años		2.860	1,06
30 a 59 años	Varones	2.700	1,00
60 y más años		2.210	0,82
18 a 29 años		2.000	0,74
30 a 59 años	Mujeres	2.000	0,74
60 y más años		1.730	0,64

INDEC, Encuesta Permanente de Hogares.
 Extracto de la tabla de MORALES Elena (1988), Canasta Básica de Alimentos - Gran Buenos Aires, Documento de trabajo N° 3, INDEC/IPA
 La metodología se puede consultar en el informe de prensa "Valorización mensual de la Canasta Básica Alimentaria y de la Canasta Básica Total"

Cuadro 4.3.a

El paso siguiente consiste en establecer cuánto dinero necesita este adulto equivalente para poder consumir las calorías nutricionales necesarias para subsistir un mes. Para este cálculo, en Argentina se ve la modalidad de consumo de las personas con ingresos entre los percentiles 21 y 40 (segundo quintil), para hacer una estimación cultural (de clase y de disponibilidad, alimentos típicos de los países) sobre el tipo de consumo. Una vez establecidos los productos que se encuentran dentro de la estimación cultural se hace un estudio de costos para una canasta básica alimentaria que proporcione las necesidades calóricas (incluidas determinadas cantidades de vg. hierro, vitaminas) para la correcta alimentación del adulto equivalente. Dicho estudio de costos se hace tomando como referencia el Índice de Precios al Consumidor.

Es conveniente mencionar que si bien el método es similar en los distintos países de Latinoamérica, los parámetros que se utilizan son diversos [Cuadro 4.3.b]

Parámetros de la Línea de Pobreza. Países Latinoamericanos seleccionados

	Kcal por adulto equivalente	Percentil de la Población de referencia	Inversa coeficiente de Engel
Argentina	2700	21 a 40	2.07
Uruguay	3097	21 a 30	2.99
Chile	2808	41 a 60	2.00
México	2220	25 a 50	2.50
Perú	-	11 a 40	1.93
Paraguay	2832	27 a 36	2.13

(Construido en base al documento de la Dirección Nacional de Encuesta de Hogares del INDEC)

Cuadro 4.3.b

A partir de este punto se puede ejemplificar el método si se establece que para la subsistencia nutricional de un adulto equivalente son necesarios \$100 mensuales (Canasta Básica Alimentaria). Dado que según tablas estipuladas, una mujer de 30 años equivale 0.70 de adulto equivalente, su ingreso necesario tendría que ser de \$70. Si esta mujer tiene un ingreso menor, es considerada indigente. Su Línea de Indigencia es \$70. La Línea de Indigencia está dada por la Canasta Básica Alimentaria. Como se ve todavía no se habla de pobre, sino de indigente.

Para llegar al pobre es necesario hacer otros cálculos. Primero, partiendo de la hipótesis de que un pobre consume todo su ingreso, es decir, no ahorra, se estipula un número llamado “la inversa del coeficiente de Engel”⁴. Este coeficiente divide el total del ingreso de una persona por el porcentaje del ingreso que gasta en alimentos (este porcentaje varía con el ingreso y para Argentina se calcula en 48,31%. Al dividir la totalidad del ingreso por 100 se obtiene el coeficiente de 2.07). Este coeficiente se multiplica por la Canasta Básica Alimentaria y se obtiene una nueva línea para el anterior “adulto equivalente” de \$ 207⁵. Esta línea que se denomina Línea de Pobreza determina la Canasta Básica Total. Dicho ordenadamente: la Canasta Básica Total establece la Línea de Pobreza. Si el ingreso del adulto equivalente está por debajo de ese número es pobre. Si se quiere saber la Línea de Pobreza para un hogar compuesto por un hombre de 45 años (1 adulto equivalente) y una mujer de 30 (0,70 adulto equivalente) sumamos su equivalencia y la multiplicamos por la Canasta Básica Total y como consecuencia se obtiene la Línea de Pobreza para ese hogar. Sin embargo, no es casual que la FAO⁶ haga el siguiente tipo de análisis:

“la reducción del hambre no sólo tiene una razón humanitaria sino también un fundamento económico. En un estudio de la FAO que vincula el crecimiento económico y el bienestar nutricional, examinando 110 países entre 1960-1990 pone de manifiesto que si todos los países con un Suministro de Energía Alimentaria (SEA) medio por debajo de las necesidades mínimas en 1960 hubieran eliminado el hambre elevando el SEA medio per cápita a 2.770 kilocalorías al día, la tasa de crecimiento de su PBI hubiera sido considerablemente mayor. Este crecimiento puede ser bastante grande. Por ejemplo, el PBI en el África Subshariana podría haber alcanzado niveles de 1.000 a 3500 dólares” (FAO).

Por otra parte, la FAO divide a los países en cinco grupos en función de la privación de alimentos. Estos grupos se basan en un cálculo que combina la prevalencia del hambre (proporción de la población que está subnutrida) con la magnitud del hambre (número medio de kilocalorías que faltan en la alimentación de las personas subnutridas).

Finalmente, cuál es el punto de partida del método: ¿la necesidad nutricional de la persona o el ingreso que tiene? La Línea de Indigencia indica si la persona puede cubrir su necesidad nutricional con el ingreso que percibe de modo tal que a través del ingreso nos enteramos que la persona no resuelve su necesidad alimentaria básica. De aquí, de su valor nutricional, se parte para analizar las otras necesidades y obtener así la Línea de Pobreza. Dicho crudamente: lo que se mide en definitiva es si la persona está comiendo o no, o mejor: si se está alimentando o no.

Al ser así el método, cualquier política alimentaria naturalmente está supliendo las necesidades calóricas de un determinado grupo de personas y haciendo bajar por lo tanto su Línea de Indigencia y, necesariamente, también la de pobreza. Mientras que las políticas de transferencia de ingresos no necesariamente influirían en la condición de pobre o no (en tanto que podrían destinar los ingresos a otras necesidades).

Por último, se señala que la Línea de Pobreza puede servir para identificar un grupo de beneficiarios, pero no puede servir como indicador, dado que como la EPH mide ingresos y los ingresos son muy fluctuantes y se miden constantemente (4 veces por año) el número de pobres fluctuaría

4 Ernst Engel (1821-1896) estadístico alemán fue director de la oficina de estadística de Sajonia y Prusia. El principio de Engel señala lo siguiente: “Cuanto más pobre la familia, mayor la proporción del presupuesto (gasto total familiar) que debe ser utilizado en alimentos... La proporción del presupuesto utilizada para alimentos, *ceteris paribus*, es la mejor medida del estándar material de vida de una población.”

5 “...el gasto no alimentario de la población de referencia incluye preponderantemente (alta ponderación) gastos de vivienda, medicamentos, indumentaria y transporte público, y en mucho menor grado (baja participación relativa en el gasto no alimentario) turismo y mantenimiento de vehículos particulares”.

6 Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación.

ante cada cambio mínimo en el Índice de Precios al Consumidor⁷ en razón de ello, no obstante exista una población cubierta de alimentos⁸.

Por ejemplo: un adulto equivalente⁹ que necesita 100 para su sustento alimentario (2.700 kcal por día = 81.000 en el mes) y consume 1000 kcal. por la asistencia a un comedor (al que asiste 22 días en el mes) su necesidad diaria pasa a ser 1966,66 en lugar de 2.700, es decir en lugar de ser adulto equivalente pasa a tener los requerimiento de una mujer de 30 años = 0.7 adulto equivalente y por lo tanto su Canasta Básica Alimentaria es \$70 Es decir este adulto que asiste al comedor tendría una Línea de Indigencia de \$70 y no de \$100 ó para ponerlo de otro modo, ganaría o tendría \$30 de más (si tiene ingresos efectivos) para destinar a otros gastos de modo tal que su Línea de Pobreza también baja.

A modo de ejemplo, se podría considerar lo siguiente: en el caso de las prestaciones alimentarias para las necesidades nutricionales de la infancia, dependientes del Ministerio de Desarrollo Humano de la Provincia de Buenos Aires, se observa un importante crecimiento en el valor unitario de las raciones, en función del fuerte impacto inflacionario en los alimentos entre la pre y la poscrisis. Los módulos del Programa Más Vida, el principal programa nutricional familiar e infantil por fuera de comedores escolares, que en el 2005 atendía a 1.000.000 de personas, evolucionaron de un costo unitario mensual de \$11,3 en el año 2000, a \$25,3 en el año 2004, con un incremento del 123,5%

En forma complementaria, se produjo una significativa expansión de cobertura en las prestaciones alimentarias para la infancia: las raciones provistas a través de los comedores escolares se incrementaron en un 23.2% entre los años 2000 y 2004, aumentando simultáneamente en un 50% promedio, los valores unitarios de las raciones. El Programa Servicio Alimentario Familiar, se creó para atender a más de 100.000 niños y madres que viven en los municipios de la Provincia de Buenos Aires donde no se implementa el Plan Más Vida.

En total, la cobertura de prestaciones alimentarias para los niños entre 0 y 14 años y las madres embarazadas, se incrementó en un 17.1% entre 2000 y 2004, pasando de 2.349.000 a 2.750.000 beneficiarios. Cabe señalar que la población total en ese tramo de edad, más el total de madres gestantes por año, ascendía a casi 4.000.000 de personas para el año 2001.

4.4.- Los métodos censales permiten generar indicadores como NBI e IPMH

A la hora de implementar políticas sociales que priorizan su intervención en los grupos más vulnerables de la sociedad, el Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda es una herramienta muy ventajosa para la focalización social y espacial. De todos modos, dado que el censo es un relevamiento multipropósito y no está diseñado exclusivamente para investigar pobreza, sufre algunas limitaciones. Una de las limitaciones de todos los métodos es que así como los métodos censales no relevan ingresos, cuando sí lo hacen los muestrales, se obtienen solamente de estimaciones. Los distintos métodos, buscan hacer cálculos que reporten de algún modo la actividad económica de las personas para obtener una aproximación a sus ingresos.

El hecho de que sean censales permite una desagregación geográfica que llega a los hogares.

a.- Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)

La Línea de Pobreza es anterior al NBI y se aplicaba solamente en el conglomerado del Gran Buenos Aires. El NBI lo propuso la CEPAL¹⁰ para los la década de 1970. En Argentina se utilizó por primera vez en 1984 con datos del censo de 1980.

7 Por cada punto de inflación (que cambia el Índice del Precio al Consumidor) aparecen 160 mil pobres siguiendo el concepto anterior. Es decir, si en Argentina de enero de 2005 a mayo del mismo año, hubo una inflación de 2,5%, según la modalidad de cálculo de la Línea de Pobreza el número de pobres ascendió a 400 mil pobres más.

8 De hecho "si se pretende transferir ingresos a los pobres, en dinero o en especie, no puede juzgarse el éxito del programa sólo mediante un índice de recuento de los pobres" (Banco Mundial, 1990:7).

9 No es común que los adultos asistan a comedores, es solamente para ejemplificar.

10 Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

En este caso nos ofrece la posibilidad de proporcionar información de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas a distintos niveles de agregación geográficos (provincias, municipios, localidades, entidades, fracción y radio).

El método de “Necesidades Básicas Insatisfechas” o NBI es un método “directo” para determinar si un hogar es pobre o no. Este método consiste en verificar si los hogares han satisfecho una serie de necesidades previamente establecidas y considera pobre a aquellos que no hayan logrado satisfacer al menos una.

Como se ve, tres de los indicadores hacen referencia a carencias habitacionales. Los cinco indicadores son ponderados de igual modo. La pobreza pasa a ser un fenómeno homogéneo y una variable dicotómica: se es o no pobre.

Así, mientras que la Línea de Pobreza es fluctuante en el tiempo, la incidencia por NBI tiende sistemáticamente a disminuir [Cuadro 4.4.a].

Hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI)

Total del País, Provincia, 24 Partidos del Conurbano e Interior de la Provincia de Buenos Aires. En porcentaje sobre el total de los hogares. Años 1980, 1991 y 2001.						
Área Geográfica	Porcentaje de Hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas					
	1980		1991		2001	
	Total	%	Total	%	Total	%
Total del País	7.103.853	22.3	8.562.875	16.5	10.075.814	14.3
Total Provincial	2.865.982	19.9	3.409.089	14.7	3.921.455	13.0
24 Partidos del Conurbano	1.755.277	21.7	2.088.005	16.5	2.384.948	14.5
Interios de la Provincia	1.110.705	16.9	1.321.084	11.7	1.536.507	10.5

Censos Nacionales de Población.
Dirección Provincial de Estadística.

Cuadro 4.4.a

b.- Índice de Privación Material de los Hogares (IPMH)

Este instrumento intenta dar cuenta de las privaciones de tipo patrimonial y por otra, la privación de recursos corrientes. Vamos a ver que este método, a diferencia del NBI, permite identificar a los llamados “nuevos pobres” (una cuestión de definición que se agrega a la antigua dicotomía pobre-no pobre).

La privación patrimonial está asociada a la imposibilidad de ahorro e inversión sostenidos en el tiempo. Este tipo de privación se transmite intergeneracionalmente y pone en evidencia una pobreza que se mantiene en el tiempo.

Los recursos corrientes son aquellos que cuando están disponibles permiten atender necesidades de consumo inmediatas. Podríamos decir, todas aquellas medidas en la Canasta Básica Total. Los recursos corrientes a diferencia de los patrimoniales, son fluctuantes en el tiempo, están asociados directamente a las oscilaciones de los ciclos económicos.

Según el INDEC, el Índice de Privación Material de los Hogares:

“es una metodología de identificación y agregación de las diferentes situaciones de pobreza, según el tipo y la intensidad de las privaciones que afectan a los hogares. De esta forma, se ofrece una aproximación a la privación no sólo a través de la incidencia, sino que además se distinguen grados y situaciones cualitativas que dan cuenta de la heterogeneidad de la misma” (Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas).

La clasificación podría expresarse relacionando las variables para la medición del IPMH [Cuadro 5.4.b]

Matriz de componentes del IPMH

		Componente Recursos Corrientes	
		Insuficiente	Suficiente
Componente Patrimonial	Insuficiente	Privación Convergente	Privación Patrimonial
	Suficiente	Privación de Recursos Corrientes	Sin Privación

Cuadro 4.4.b

Para el componente patrimonial se tiene en cuenta un indicador de las condiciones habitacionales de los hogares que se divide en dos dimensiones: una primera que hace referencia a la protección del medio natural y de sus condiciones adversas; una segunda dimensión hace referencia al equipamiento sanitario mínimo para el desarrollo de ciertas funciones biológicas. Estas categorías surgen de la relación entre calidad de construcción y condiciones sanitarias de la vivienda [Cuadro 4.4.c].

Categorías para la medición de IPMH. Componente Patrimonial

Calidad de los materiales constructivos de la vivienda	Condiciones Sanitarias de la Vivienda	
	Suficiente	Insuficiente
Suficiente	suficiente	insuficiente
Parcialmente Insuficiente	p. insuficiente	insuficiente
Insuficiente	insuficiente	insuficiente

Cuadro 4.4.c

Para el componente de recursos corrientes se utiliza una estimación que se denomina CAPECO (Capacidad Económica de los Hogares) que sirve como aproximación a los recursos corrientes del hogar. Su condición de estimación se debe a que el Censo no releva ingresos por lo cual, este indicador se construye en base a una fórmula que utiliza datos del censo (total de integrantes del hogar) y de distintos supuestos: condición de percepción (valores que varían según la condición de actividad, la edad, el sexo y el lugar de residencia), valor de los años de escolaridad (sólo de aquellos que perciben algún ingreso) y el valor en unidades de adulto equivalente de cada integrante del hogar (concepto visto bajo el subtítulo 3: "La Línea de Pobreza mide carencia nutricional"). Los años de escolaridad de los perceptores de ingresos son ponderados según las condiciones de percepción. Por su parte, el valor de los años de escolaridad, otorga mayor ponderación a la formación terciaria y universitaria. De este modo, los hogares que posean privación de recursos corrientes, serán aquellos que se encuentren por debajo del umbral que se establece de acuerdo al valor de la Línea de Pobreza correspondiente a la onda octubre del 2001 de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH). Este umbral establece que los hogares no cuentan con los recursos necesarios para adquirir los bienes y servicios considerados básicos para su subsistencia.

Como se ha visto hasta aquí, existen fórmulas que toman ciertos indicadores y, en algunos casos sobre muestras, en otras sobre censos, se estima la pobreza. Por el método de Línea de Pobreza, muchas personas se sorprenderían enterándose que pertenecen al mundo de la pobreza aunque este descubrimiento conceptual no cambiaría en nada su vida. En todo caso podría volverse un oportunista que aproveche para reclamar aquellas políticas para las que aplica sin haber sido personalmente identificado por quien las brinda.

Citas bibliográficas

- Altimir, O.; La dimensión de la pobreza en América Latina, Cuadernos de la CEPAL, Chile, 1979.
- Banco Mundial. Informe sobre Desarrollo Mundial, 1990: la pobreza. Washington, DC, 1990.
- Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo mundial 2000/2001. Lucha contra la pobreza. BM, Mundi-prensa, Madrid, 2001.
- Beccaria, L.; "Enfoques sobre la medición de la pobreza" documento de trabajo, CIDES, Bs. As., 1994.
- Castel, R.; Las metamorfosis de la cuestión social. Una cronología del salario, Paidós, México, 1998.
- CEPAL. Focalización y Pobreza. Cuadernos de la CEPAL N° 71. Publicación de las Naciones Unidas. LC/G.1829-P. Santiago de Chile, 1995.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Di Lino, F. Oferta y demanda de petróleo. Bol. Inf. Techint 1999, 298.
- Durning, A.; "Hambre, desnutrición y hambrunas" en Wright B. Y Nebel B.; *Ciencias Ambientales*, Pearson, México, 1999, Pág. 202.
- Ecurra, A.; ¿Qué es el neoliberalismo? Evolución y límite de un modelo excluyente, Lugar Ed., Bs. As., 1998.
- FAO. El Estado de la Inseguridad Alimentaria en el Mundo.
- Feijoo, M. C. Nuevo país, nueva pobreza. FCE (colect. popular), Bs As, 2001.
- Fernández, L. y Almada Taravella, S. Pobreza e inflación. Universidad Nacional de Córdoba.
- Fisher, G. M. Poverty Measurement Working Papers. The Development of the Orshansky Poverty Thresholds and Their Subsequent History as the Official U. S. Poverty Measure. Internet, mayo 1992.
- Gallino, I. diccionario de Sociología. Siglo XXI, Madrid, 1995.
- Guimaraes, R, "Sustentabilidad Territorial", GADU, Mar del Plata, 2000.
- Imaz, J. L. de. *Los hundidos. Evaluación de la población marginal*. La Bastilla, Bs As, 1974.
- INDEC. Anuario estadístico de la R. Argentina 1995. INDEC, Bs As, 1995.
- INDEC. Anuario Estadístico de la Republica Argentina 2001, INDEC, Bs. As., Argentina, 2001, Págs. 59 a 61.
- INDEC. *La pobreza en la Argentina*, INDEC, Buenos Aires, 1984, Pág. 9.
- INDEC. Acerca del método utilizado para la medición de la pobreza en Argentina. Documento preparado por la Dirección Nacional de Encuesta de Hogares. 2001.
- INDEC. Capacidad Económica de los Hogares. Ajuste de los Años de Educación y de la Condición de Percepción Utilizando un Modelo Integrado. Desarrollo de Nuevas Metodologías para el Estudio de la Pobreza con Datos Censales. Silvia Mario con la coordinación de Alicia Gómez. Serie Pobreza - DT. N° 58 INDEC, Dirección Nacional de Estadísticas Sociales y de Población, Dirección de Estadísticas Poblacionales, Área de Información Derivada. Diciembre 2002.
- INDEC. El estudio de la pobreza según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2001. El Índice de Privación Material de los Hogares (IPMH). Serie Pobreza - DT. N° 61 (versión preliminar sujeta a revisión). Elaborado por Gustavo Álvarez, Alicia Gómez, Ariel Lucarini, Silvia Mario y Fernanda Olmos integrantes del equipo de Desarrollo de Nuevas Metodologías para la Medición de Pobreza con Datos Censales bajo la dirección de Gladys Massé y Alejandro Giusti. INDEC, Dirección Nacional de Estadísticas Sociales y de Población, Dirección de Estadísticas Poblacionales, Área de Información Derivada. Diciembre 2002.
- INDEC. Indicador de Capacidad Económica de los hogares. El Estudio de la Pobreza según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2001. El Índice de Privación Material de los Hogares (IPMH). Desarrollo de Nuevas Metodologías para el Estudio de la Pobreza con Datos Censales. Gustavo Álvarez, Alicia Gómez, Ariel Lucarini, Silvia Mario y Fernanda Olmos integrantes del Equipo de Desarrollo de Nuevas Metodologías para la Medición de Pobreza con Datos Censales bajo la dirección de Gladys Massé y Alejandro Giusti. Serie Pobreza - DT N° 61 INDEC, Dirección Nacional de Estadísticas Sociales y de Población, Dirección de Estadísticas Poblacionales, Área de Información Derivada. Versión preliminar sujeta a revisión.
- Kliksberg, B., *Pobreza. Un tema impostergable*, CEPAL, México, 1998, Pág. 7, 8, 17.
- La Nación, 26-01-03, editorial.
- Lo Vuolo, R., Barbeito, A.; Pautassi, L.; Rodríguez, C., *La Pobreza... de la Política contra la Pobreza*. CIEPP Miño y Dávila, Buenos Aires, 2004.
- Minujin, A., "Pobreza" en Di Tella y otros; *Diccionario de Ciencias Sociales y Políticas*, Emece, Buenos Aires, 2002, Pág. 555.
- Minujin, A. y otros, *Cuesta abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad argentina*, Buenos Aires, UNICEF-Losada, 1993.
- Musalem, A. Dilema de las dos Argentinas. *Ambito Financiero*, 13-09-95:18 y 15-09-95:20.

- Nebel, B. y Wright, B., *Ciencias Ambientales*, México, Pearson, 1999.
- Nussbaum, M. y Sen, A. (comp.), *La calidad de vida*, Fondo de Cultura Económica, México, 1996.
- Rodríguez Noboa, P., "La selectividad como eje de las políticas sociales". *Revista de la CEPAL* N° 44. Santiago de Chile. Agosto 1991.
- Sen, A. *Desarrollo y libertad*. Buenos Aires, Planeta, 2000.
- Sen, A., "Sobre conceptos y medidas de pobreza" en *Comercio exterior*, Vol. 42, N° 4, México, abril 1992.
- Tomas, R., *Concepto y medición de la pobreza*, documento de trabajo, 1997, prefacio.

DESNUTRICIÓN

María Gabriela Bisceglia

1.- Introducción

En un mundo con capacidad para proporcionar una dieta de 2.700 calorías diarias a 12.000 millones de personas, cada día mueren 24.000 personas por efectos directos o indirectos del hambre. De ellas, tres cuartas partes son niños menores de cinco años.

Paradójicamente, sólo en el norte industrializado del planeta, millones de toneladas de comida se desperdician, y los expertos confirman la existencia de aproximadamente unos 300 millones de obesos en todo el mundo.

La relación entre hambre, pobreza y enfermedad es bien conocida por todos. El hambre debilita a las personas, las expone a enfermedades, las transforma en vulnerables, reduce su capacidad de trabajo e impide el desarrollo de potencialidades. Este ciclo devastador se repite generación tras generación.

La dieta carenciada de gran parte del mundo se basa casi exclusivamente en los cereales. Una consecuencia directa de esta alimentación insuficiente es el nacimiento anual de 30 millones de niños con un peso demasiado bajo y que podrán sufrir retraso mental y de crecimiento.

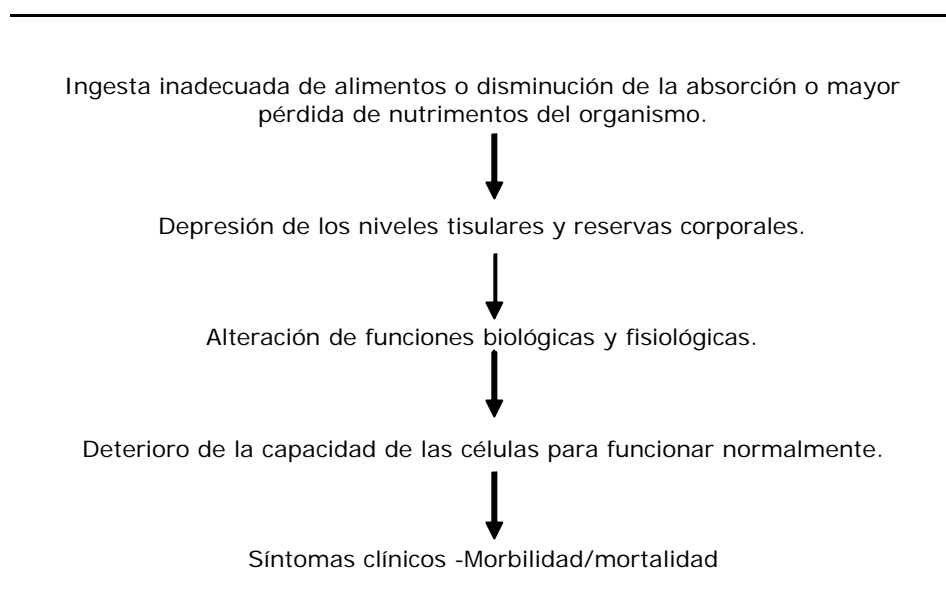
Hoy, 150 millones de pequeños en todo el mundo sufren desnutrición y otros 200 millones tienen un desarrollo inferior a la media. Según el informe de la ONU de 2002, las regiones más afectadas son: Asia Meridional, el norte y el sur de África, Oriente Medio y América del Sur.

El estado nutricional denota el grado con que se satisfacen las necesidades fisiológicas de nutrimentos. El equilibrio (o balance) entre el ingreso y las necesidades de ellos es influido por muchos factores:

- Enfermedades.
- Comportamiento alimentario.
- Aspectos económicos.
- Entorno emocional.
- Patrones culturales.
- Etapa del crecimiento o desarrollo.
- Otros.

Las deficiencias y los excesos nutricionales son fenómenos progresivos. Dentro de límites saludables de ingesta, los mecanismos homeostáticos del organismo al parecer utilizan con igual eficacia los nutrimentos, sin una ventaja detectable con un nivel particular de ingestión de alimentos. Conforme surgen las deficiencias o las sobrecargas nutricionales se hacen adaptaciones para alcanzar un nuevo estado de equilibrio, sin pérdida notable o considerable de la función fisiológica [Cuadro 1.a].

Proceso de ingesta inadecuada. Morbilidad-mortalidad



Cuadro 1.a

La Encuesta Nacional de Nutrición llevada a cabo en el año 1996 refería que, por ese entonces, la desnutrición en Argentina ascendía al 13%. A partir de ese momento, y en ausencia de datos estadísticos directos, debemos orientarnos por un indicador oficial indirecto como es la cantidad de personas que se encuentran en situación de “indigencia” y que por lo tanto no pueden acceder a la canasta básica de alimentos. En el año 2003, el 27.5% de la población argentina (aproximadamente 10 millones de personas) era “indigente”, lo cual predice que potencialmente estaba desnutrida o en riesgo de desnutrición. La situación era y es peor aún en los menores de 18 años, en los cuales la indigencia promedio llegaba en el año mencionado al 38.7%, siendo el Noroeste y el Noreste los responsables de más del 50% de dicha cifra.

Antes de avanzar en el tema, es importante definir algunos conceptos:

- **Malnutrición:** estado patológico debido a la deficiencia, el exceso o la mala asimilación de los alimentos. El sobrepeso y la obesidad constituyen el segundo problema nutricional en términos de frecuencia a nivel mundial luego de la desnutrición, y en general hasta hace poco tiempo no se analizaban carencias nutricionales en estas poblaciones. Sin embargo, no existen dudas de que un individuo obeso es un malnutrido y puede, incluso, ser un desnutrido proteico.
- **Carencia:** si bien es un vocablo que suele emplearse en forma inespecífica, define al déficit de uno o más micronutrientes.
- **Desnutrición:** estado patológico resultante de una dieta deficiente en uno o varios nutrientes esenciales o de una mala asimilación de los alimentos.

2.- Clasificación

2.1- De acuerdo al tiempo de instalación

- **Aguda:** resulta de una pérdida de peso asociada con períodos recientes de alimentación insuficiente o con enfermedades que se desarrollan muy rápidamente; es limitada en el tiempo y se caracteriza en términos antropométricos por deficiencia de peso para la altura.
- **Crónica:** asociada normalmente a situaciones de pobreza y a períodos prolongados de hambruna; se caracteriza por déficit de altura para la edad.

Los programas asistenciales, de salud, alimentarios, han logrado disminuir las tasas de mortalidad infantil y los casos de desnutrición aguda. Sin embargo, el problema nutricional prevalente a nivel mundial es la desnutrición crónica manifestada como déficit de talla. La disminución de la talla es un marcador socioeconómico desfavorable que implica cierta permanencia. Las alteraciones del crecimiento en talla son reversibles durante los primeros 2 a 3 años de vida, luego, la talla alcanzada puede representar una situación secular difícilmente recuperable.

2.2.- De acuerdo a su etiología

- **Primaria:** no asociada a otra patología.
- **Secundaria:** en relación con otro proceso patológico.

Se estima que la desnutrición en pacientes hospitalizados oscila entre un 30 y un 50%, lo cual tiene relación directa con el tiempo de curación y de hospitalización, las complicaciones, la morbilidad y los costos para el sistema de salud.

2.3.- De acuerdo a su severidad

- **Leve:** el enfermo tiene entre el 85 y el 89% del índice peso/ talla normal.
- **Moderada:** entre el 75 y el 84%.
- **Severa:** menos del 75%.

2.4.- De acuerdo al déficit nutricional predominante

- **Kwashiorkor:** se presenta generalmente en el lactante mayor o en el preescolar. Los niños que lo padecen suelen tener hipotensión arterial, bradicardia e hipotermia. El peso corporal suele ser bajo, pero puede registrarse normal por edema y anasarca. Suelen mostrarse apáticos, letárgicos e indiferentes. Su movimiento es mínimo o nulo. Su piel muestra dermatitis con signo de “escarapela”, con lesiones secas hiperpigmentadas en cara, extremidades y periné. Típicamente el cabello es ralo, escaso, seco y frágil, y puede ser rojizo o amarillento. El abdomen está distendido por hepatomegalia y ascitis. Las extremidades suelen estar emaciadas y edematosas. También puede haber signos clínicos de carencia concurrente de micronutrientes. La albúmina sérica está característicamente disminuida, y también el recuento de linfocitos.
- **Marasmo:** los niños con marasmo tienen menos manifestaciones características. Se desarrolla en el primer o segundo año de vida en chicos que no son amamantados o que sufren diarrea crónica. Se distingue por la gran delgadez del niño. Aunque el pulso, la presión arterial y la temperatura corporal pueden ser bajas, los pacientes tienden a ser menos apáticos y letárgicos y muestran buen apetito. El crecimiento está retrasado y el peso es bajo. Se aprecia pérdida de masa muscular y de grasa corporal; el enfermo se ve emaciado, pero no hay edema. La piel luce seca y floja, con disminución de la turgencia. No suele presentarse la dermatitis del kwashiorkor. El cabello se observa delgado, seco y opaco. El abdomen no está abultado, ni muestra signos de hepatomegalia o edema. A menudo, la albúmina y otras proteínas séricas registran valores normales.
- **Kwashiorkor marasmático:** la mayor parte de los pacientes son oncológicos o con enfermedad pulmonar obstructiva crónica que experimentan un proceso gradual de desgaste que se inicia con pérdida de peso, y pasa por las etapas de caquexia leve, moderada y grave. En ellos al producirse una intercurencia (por ejemplo un proceso infeccioso) se desarrolla un cuadro mixto [Cuadro 2].

Tipos de desnutrición

Tipo	Características	Déficit nutricional
Kwashiorkor	<ul style="list-style-type: none"> • Curso rápido. • Asociado a estrés catabólico. • Peso y antropometría conservados o no. • Depleción de los niveles de proteínas viscerales. • Deterioro de la respuesta de la inmunidad celular. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proteínas
Marasmo	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso crónica. • Ingesta dietética inadecuada de larga duración. • Agotamiento tejidos adiposo y muscular. • Niveles de proteínas viscerales conservados. • Respuesta de la inmunidad celular relativamente intacta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Calorías • Proteínas
Kwashiorkor marasmático	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuentemente por estrés catabólico superpuesto al marasmo preexistente. • Pérdida de tejido adiposo y muscular. • Disminución de los niveles de proteínas viscerales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proteínas • Calorías

Cuadro 2

La desnutrición es una “emergencia silenciosa”. Es un fenómeno relacionado con más de la mitad de los casos de mortalidad infantil que ocurren en el mundo, una cifra que no tiene precedentes en la historia de las enfermedades infecciosas desde la época de la peste negra. Y no es una enfermedad infecciosa. Su poder se hace sentir en los millones de sobrevivientes que padecen discapacidades, sufren una mayor propensión a contraer enfermedades durante el resto de sus vidas o quedan mermados intelectualmente.

Los niños que nacen de la pobreza y en la pobreza, suelen ser hijos de madres adolescentes o añosas con numerosos hijos, productos de embarazos no deseados, con inadecuado control prenatal, con grandes posibilidades de nacer con bajo peso, con elevada morbimortalidad perinatal, con posibilidades de una corta lactancia y con una inadecuada alimentación luego del destete. Tendrán muchas posibilidades de padecer deficiencias de nutrientes específicos como hierro, zinc, vitaminas A y D.

Esta sucesión de hechos garantiza el fracaso al ingreso escolar, donde de “repetidores” pasarán a ser “desertores” y posteriormente engrosarán las filas de los “marginales” en la mayoría de los casos.

El bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos) le puede quitar a un niño de 6 a 8 puntos de su coeficiente intelectual; padecer anemia, otros 6; y una alimentación deficiente de zinc puede restar otros 3 puntos.

En todo el mundo, de los casi 11 millones de niños menores de cinco años que mueren anualmente, la mitad lo hacen a causa de la desnutrición.

En nuestro país el déficit nutricional es un problema de larga data, resultado de una combinación de múltiples factores, donde la falta de disponibilidad de alimentos no es el único responsable sino que esta realidad se vincula con la insalubridad y con las malas condiciones de vida en general, siendo más vulnerables los niños menores de cinco años y los gerontes.

3.- Factores indirectos relacionados con la desnutrición

Los principales factores indirectos que contribuyen a la desnutrición son:

- Escasa escolaridad de los padres.
- Situación ocupacional de la familia.
- Vivienda sin acceso a red pública de agua, sin cloacas.
- Falta de luz y métodos de refrigeración.
- Abandono precoz de la lactancia materna y uso inadecuado de sucedáneos de leche materna.

La desnutrición en América Latina descendió de un 21% en 1970 a un 7.2% en 1997, mientras que la tasa de pobreza, calculada según el nivel de ingresos, fluctuó sólo ligeramente durante los

últimos tres decenios, descendiendo de un 45% en 1970 a un 44% en 1997. Estas tendencias revelan que la disminución de la desnutrición no depende solamente de un aumento en los ingresos. En América Latina, los progresos en la reducción de la desnutrición se atribuyen, en el nivel de las causas indirectas, a unas buenas prácticas de atención y al acceso a los servicios de salud, incluida la planificación de la familia y los servicios de agua y saneamiento; y en el nivel básico a la participación de las mujeres en la toma de decisiones sobre su propia educación y los recursos en efectivo que controlan.

- La desnutrición es la mayor fuente de enfermedades y muerte prematura en los países en vías de desarrollo.
- En América Latina, el 40% de las familias vive en la extrema pobreza y 78 millones de niños pertenecen a esas familias.
- En la actualidad más del 50% de los niños menores de 6 años presentan algún grado de desnutrición y el 41% de estos niños sufren retardo de crecimiento.

La mortalidad materna e infantil, más allá de registrar un descenso significativo en la última década, sitúan a la Argentina desfavorablemente en comparación con países como Chile, Uruguay y Costa Rica, que destinan menores recursos en salud que nosotros.

4.- Seguridad alimentaria y ayuda alimentaria

“Seguridad Alimentaria, a nivel de individuo, hogar, nación y global, se consigue cuando todas las personas en todo momento tienen acceso físico y económico a suficiente alimento, seguro y nutritivo, para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias, con el objeto de llevar una vida activa y sana” (FAO).

La ayuda alimentaria se considera como una transferencia de recursos en forma de alimentos y en condiciones favorables para la población beneficiaria. El manejo de la misma debe plantearse de manera muy cuidadosa para evitar generar dependencia en las poblaciones, distorsionar los precios en los mercados, o desincentivar las políticas de medio y largo plazo para mejorar de manera sostenible la seguridad alimentaria en los países receptores. Normalmente, está relacionada con la asistencia de las poblaciones más vulnerables a través de diferentes vías, como la alimentación escolar, los suplementos nutricionales a grupos de riesgo, la alimentación por trabajo, los comedores populares, los bancos de alimentos.

Es importante resaltar que disponer de alimento a través de donación no implica estar en condiciones de seguridad alimentaria, pues existe la dependencia del apoyo externo. En este sentido, el término seguridad alimentaria implica alcanzar condiciones de emancipación socioeconómica, ya sea a través de la producción propia, el acceso al empleo, los ingresos o la justa distribución de la renta.

“Desde un punto de vista moral, el simple hecho de señalar que un niño está muriendo cada cinco segundos debido al hambre y la malnutrición debería bastar para probar que no podemos permitir que continúe el flagelo del hambre”.

(Jacques Diouf, FAO, 2004)

Cuadro 4

Nutrición enteral y parenteral: "La otra cara de la desnutrición". ¿Es correcta la distribución de los recursos?

Antes de la existencia de los líquidos endovenosos, los pacientes que enfermaban y estaban impedidos para comer o ingerir líquidos durante un tiempo, morían por deshidratación. Con el advenimiento de la hidratación parenteral y el mejor control del medio interno se hizo posible mantener con vida a los pacientes mientras se instrumentaban los tratamientos específicos clínicos o quirúrgicos. Sin embargo, hasta la actualidad, la desnutrición tiene una presencia frecuente en el entorno hospitalario. A pesar de su detección en ocasiones oportuna, su caracterización y tratamiento subsiguiente no forman parte de las acciones de salud sobre la mayoría de estos enfermos.

Cuando el tracto gastrointestinal no puede ser utilizado para una alimentación adecuada, aparece la desnutrición progresiva asociada a una serie de complicaciones.

Cuando un individuo enferma, se produce un deterioro de las proteínas constitutivas y un aumento de las proteínas de fase aguda, producidas por el hígado en respuesta a la agresión. Así surge una alteración de la función muscular, con pérdida de fuerza para movilizarse, para toser, y con compromiso de la función respiratoria, además de otros parénquimas como el riñón, corazón y tubo digestivo.

Alimentación enteral

Es un tipo especial de alimentación en el cual los nutrientes llegan a un determinado sector del aparato digestivo (estómago-duodeno-yeyuno) a través de una sonda. Sólo pueden utilizarse en este tipo de alimentación dietas de consistencia líquida.

No se cumplen las etapas de ingestión, masticación, insalivación y deglución que ocurren cuando el paciente se alimenta por boca; por lo que representa una vía de excepción para la incorporación de nutrientes.

Para que este tipo de alimentación pueda realizarse es necesario que el intestino delgado mantenga su capacidad digestiva y fundamentalmente absorbiva.

Vías de administración

- Intubación no quirúrgica: nasogástrica, nasoduodenal, nasoyeyunal
- Intubación quirúrgica: faringostomía, esofagostomía, gastrostomía, yeyunostomía

Ventajas de la alimentación enteral por sobre la alimentación parenteral

- Respeta las funciones digestivas.
- Tiene menos riesgo de complicaciones.
- Favorece el trofismo de la mucosa.
- Estimula mecanismos neuroendócrinos (intra y extraluminales).
- No necesita de técnicas de esterilidad complejas.
- Puede contribuir al mantenimiento de la respuesta inmune.
- Disminuye la posibilidad de traslocación bacteriana.
- Puede ser utilizada en centros de menor complejidad.
- Es menos costosa.
- Más fácil de realizar domiciliariamente.

Nutrición parenteral

Es el término genérico que se le da a la alimentación provista por vía diferente del tracto gastrointestinal, usando en su reemplazo el sistema circulatorio.

Indicaciones de nutrición parenteral

Cuando el paciente no pueda usar la vía enteral por:

- vómitos persistentes;
- obstrucciones del tubo digestivo;
- parálisis funcional;
- malformaciones congénitas del tubo digestivo.

Cuando el paciente no deba usar la vía enteral por:

- fistulas intestinales de alto débito (> 500 ml/24 hs);
- pancreatitis aguda;

- enfermedad de Crohn;
- colitis ulcerosa en actividad;
- postoperatorios inmediatos de cirugías digestivas.

Cuando el paciente no quiera usar la vía enteral o no resulte suficiente lo que pueda ser administrado por ella:

- anorexia;
- desnutrición;
- sepsis;
- grandes quemados;
- hiperemesis gravídica;
- neoplasias.

Generalmente se usa una vena superficial o profunda para la incorporación de nutrientes [cfr. Cuadro].

Componentes	Vena periférica	Vena central
Sol. Dextrosa	5- 10 %	20- 70 %
Solución AA	3- 5 %	8- 12 %
Emulsión lipídica	10- 20 %	10- 20 %

Conclusiones

Una valoración y terapia nutricional bien concebida y realizada con eficacia influirá favorablemente en los indicadores siguientes:

- Disminuirá las demandas de camas para las unidades de atención a enfermos críticos.
- Disminuirá el empleo de agentes antimicrobianos (por disminución en la frecuencia de infección nosocomial).
- Disminuirá la realización de operaciones de urgencia en estos pacientes por dehiscencia de suturas, fistulas intestinales y abscesos intraabdominales.
- Generará menor indicación y consumo de hemoderivados.
- Originará menor realización de estudios diagnósticos de tecnología compleja (ultrasonidos- TAC- ecocardiogramas- antibiogramas).

Los resultados anteriormente señalados se convertirán automáticamente en indicadores de impacto de un programa de salud que mida efectividad gerencial a través de:

- Reducción de la morbilidad y mortalidad.
- Reducción de la estadía y los reingresos.
- Reducción de los costos.
- Disminución del tiempo de convalecencia.
- Aumento del grado de satisfacción.

Costos en nutrición enteral y parenteral (año 2006)

1. Fortisip (proteínas, grasas, carbohidratos) x 200 ml (300 kcal)= \$ 8.78
2. Ensure Plus (proteínas, grasas, carbohidratos) x 237 ml (355 kcal)= \$9.24
3. Nutrison standart pack x 1000 ml (1000 kcal)= \$43.49
4. Jevity RTH bot. x 1000 ml (1060 kcal)= \$ 42.13
5. Nutrir nutrición parenteral total x 1500 ml (2250 kcal)= \$513
6. Nutriflex especial x 1500 ml (1860 kcal)= \$501.19

Los productos listados son sólo algunos ejemplos de las innumerables presentaciones de alimentos para utilización por vía enteral o parenteral que existen en la actualidad. Los valores fueron obtenidos del Manual Farmacéutico del mes de enero de 2006.

Fortisip y Ensure Plus pueden tomarse vía oral como suplemento dietario, aportando según las necesidades: 300, 600, 900 calorías, etc.

Nutrison standart y Jevity RTH constituyen ejemplos de productos para ser incorporados por sonda enteral. Si los requerimientos son cubiertos únicamente por esta vía, pueden requerirse entre uno y dos envases diarios, lo que genera un costo mensual aproximado de entre \$ 1.200 y \$ 2.600.

Los alimentos citados en los puntos 5 y 6 corresponden a alimentación parenteral. Si calculamos un consumo diario cercano a las 2.000 kcal, estamos originando un gasto mensual aproximado de \$15.000 pesos sólo en alimentación.

Recuadro 1

Bibliografía consultada

- Manual de la Clínica Mayo. Dietética y nutrición. Mosby/Doyma Libros, 1996, Séptima edición.
- E. N. Longo en Navarro. E.T. Técnica dietoterápica. El Ateneo, Buenos Aires, 1997.
- Fundación Giménez Díaz. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Casos clínicos en Nutrición Artificial. Abbott laboratories S.A., 1997.
- Katbleen, L. y col., *Nutrición y dietoterapia de Krause*. Mc Graw Hill, 1998.
- Montemerlo, H. y col., *Nutrición enteral y parenteral*. Abbott Laboratories Argentina S.A., 1999.
- Salas Salvadó, J., *Nutrición y dietética clínica*. Barcelona, Masson, 2000.
- Torresani, M. E. y Somoza, M. E., *Lineamientos para el cuidado nutricional*.

ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES: EL DESAFÍO DEL SIGLO XXI

Adriana Moiso

1-. Las enfermedades crónicas son el desafío del Siglo XXI

Las enfermedades crónicas (EC) son problemas de salud que requieren manejo durante años o decenios. Estas comparten cuestiones fundamentales [Cuadro 1.a].

Características de las Enfermedades Crónicas

- Son persistentes y requieren a través del tiempo algún nivel de manejo de atención de salud.
- Aumentan continuamente en todo el mundo, y ningún país es inmune a su repercusión.
- Desafían seriamente la eficacia y competencia de los sistemas de atención de salud actuales y prueban nuestra capacidad para organizar sistemas que satisfagan demandas inminentes.
- Engendran consecuencias económicas y sociales cada vez más graves en todo el mundo y amenazan los recursos de atención de salud de los distintos países.
- Pueden reducirse, pero sólo cuando los líderes de los gobiernos aceptan y aprueban los cambios y las innovaciones en la atención de salud.

Cuadro 1.a

El término “enfermedades crónicas” abarca las “enfermedades no transmisibles” tradicionales (vg. cardiopatía, diabetes, cáncer y asma), extendiéndose más allá de ellas, e incluye varias enfermedades transmisibles (VIH/SIDA).

Las exigencias que estas enfermedades generan en los pacientes, las familias y en el sistema de atención de salud son similares. Las estrategias de asistencia son equivalentes y eficaces para todas las enfermedades crónicas, haciéndolas parecer mucho más similares que diferentes. Las enfermedades crónicas, por consiguiente, incluyen:

- enfermedades no transmisibles.
- enfermedades transmisibles persistentes.
- trastornos mentales a largo plazo.
- deficiencias físicas o estructurales.

Las enfermedades crónicas no transmisibles se caracterizan típicamente por:

- ausencia de microorganismo causal.
- factores de riesgo múltiples.
- latencia prolongada.
- larga duración con períodos de remisión y recurrencia.
- importancia de factores del estilo de vida y del ambiente físico y social.
- consecuencias a largo plazo (minusvalías físicas y mentales).

Aunque las enfermedades crónicas no transmisibles están entre los problemas de salud más comunes y costosos, también están entre los más evitables.

Los ejemplos incluyen las enfermedades cardiovasculares (enfermedad del corazón y enfermedad cerebrovascular), cáncer, diabetes, artritis, asma, y enfermedad mental.

2.- Las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) generan un gran problema mundial

2.1.- Situación epidemiológica en el mundo

Las enfermedades no transmisibles representan la mayor carga de salud en los países industrializados y un problema que crece rápidamente en los países subdesarrollados. En la mayor parte del mundo desarrollado, tres de cada cuatro muertes se deben a enfermedades cardiovasculares, cáncer, accidentes y otras enfermedades crónicas tales como diabetes, hipertensión, enfermedad respiratoria crónica y osteoporosis, como principales problemas.

Las enfermedades crónicas están aumentando en todo el mundo, sin distinción de región o clase social. Las enfermedades no transmisibles tradicionales se pueden considerar como un ejemplo de este crecimiento exponencial. En el 2000, las enfermedades no transmisibles y los trastornos mentales representaron el 60% de la mortalidad total en el mundo y el 43% de la carga global de morbilidad. Esta carga aumentará a un 69% en el año 2020 y en especial en los países menos desarrollados.

Los países más pobres son los más afectados, ya que el 80% de las muertes por enfermedades crónicas se producen en los países de ingresos bajos y medios. Sólo un 20% de las muertes por enfermedades crónicas se producen en los países de altos ingresos, mientras que el 80% se registran en los países de ingresos bajos y medios, donde vive la mayor parte de la población mundial [Cuadro 2.1.a].

En China o India solamente, hay más defunciones atribuidas a las enfermedades cardiovasculares que en todos los países industrializados combinados. Estos países que experimentan el gran impacto de las enfermedades crónicas, siguen prestando especial atención a otras prioridades de salud como las enfermedades infecciosas agudas, desnutrición y la salud materna.

Carga de morbimortalidad por ENT

En el año 2000, el 77% del total de las muertes atribuibles por ENT ocurrió en los países en desarrollo. Los países con bajos o medianos ingresos dieron origen al 85% de la carga de enfermedad por ENT.

Cuadro 2.1.a

Las enfermedades crónicas no sólo serán la principal causa de discapacidad en todo el mundo en el año 2020, sino que también se convertirán en los problemas más costosos afrontados por los sistemas de atención de salud. En este sentido, plantean una amenaza para todos los países desde un punto de vista de salud y económico. Las enfermedades crónicas son interdependientes: se entrelazan con la pobreza. Complican la atención de salud en los países en desarrollo ya que estos enfrentan al mismo tiempo, programas inconclusos contra enfermedades infecciosas agudas, desnutrición y salud maternoinfantil.

2.2.- Situación epidemiológica en la República Argentina

En la República Argentina, las enfermedades cardiovasculares y los tumores constituyen las dos primeras causas de muerte. Luego de las enfermedades infecciosas, las causas externas (traumáticas), también no transmisibles, ocupan el cuarto lugar [Cuadro 2.2.a].

República Argentina. Tasas de mortalidad brutas y ajustadas por edad según grupos de causas (por 100.000 habitantes)

Causas de Muerte	Tasa de mortalidad	
	Tasa bruta	Tasa ajustada
Enf. Cardiovasculares	249,55	234,24
Tumores	150,99	145,48
Enf. Infecciosas	107,57	73,1
Causas externas	49,26	48,59
Todas las demás	267,19	255,27

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores 2005. Buenos Aires; 2005. Elaboración sobre la base de datos del MSA y del INDEC (año 2003); clasificación CIE-10

Cuadro 2.2.a

Los Años de Vida Potencialmente Perdidos (A.V.P.P.) miden los años que han dejado de vivir los individuos fallecidos prematuramente. Las enfermedades no transmisibles también representan un importante problema en cuanto a los A.V.P.P., como así también por los costos, siempre crecientes de la atención del daño [Cuadro 2.2.b].

República Argentina. A.V.P.P. por E.N.T.

En el año 2003, las enfermedades cardiovasculares produjeron 94,68 años potenciales de vida perdidos (0-70 años) cada 10.000 habitantes en la República Argentina, 105,61 por tumores y 148,04 por causas externas.
(Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores 2005. 2005)

Cuadro 2.2.b

2.3.- Situación epidemiológica en la Provincia de Buenos Aires

La provincia de Buenos Aires, al igual que el país, presenta un patrón epidemiológico mixto, con aumento permanente de muertes por enfermedad crónica, pero con persistencia de un alto número de muertes por causa infecciosa, especialmente enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda y tuberculosis. Este patrón es similar al de América Latina, Europa Oriental y varios países asiáticos.

En el año 2003, las cinco principales causas de muerte para el total de las edades ("Lista Argentina IV" modificada) se aprecian en el cuadro 2.3.a.

Provincia de Buenos Aires. Número defunciones y tasas de mortalidad brutas según grupos de causas seleccionadas (por 100.000 habitantes). Año 2003

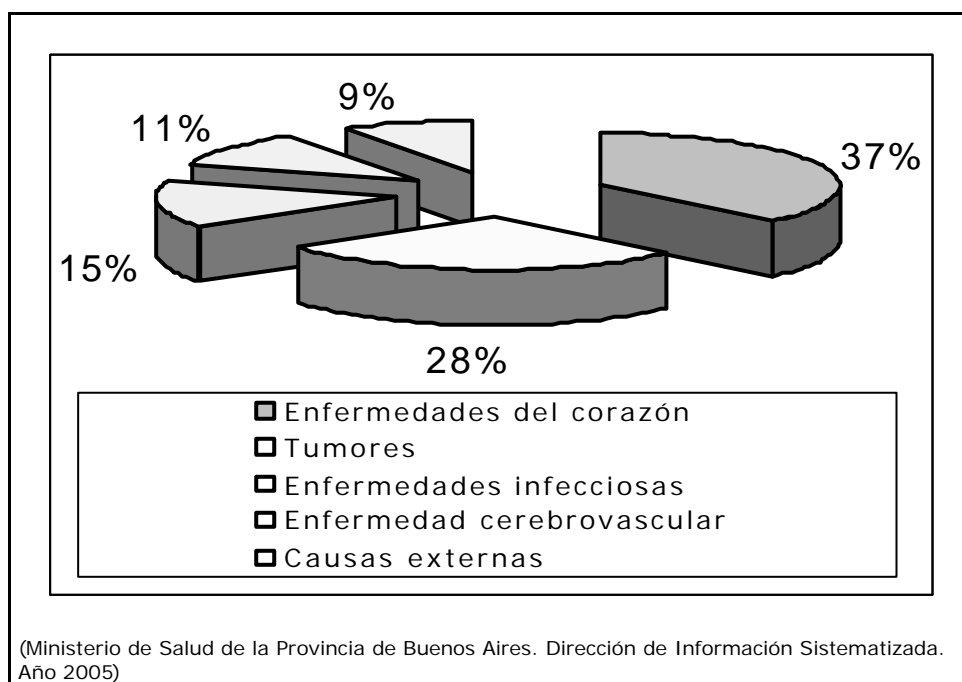
Causas	Número de Defunciones	Tasa Bruta
Enfermedades del corazón	30425	210,1
Tumores	23002	158,9
Enfermedades infecciosas	12019	83,0
Enfermedad cerebrovascular	9061	62,6
Causas externas	7364	50,9

(Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Dirección de Información Sistematizada. Año 2005)

Cuadro 2.3.a

Las enfermedades no transmisibles constituyen la principal causa de morbimortalidad en la Provincia de Buenos Aires. Las dos principales causas de muerte en ésta jurisdicción son las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos. Luego de las enfermedades infecciosas, las causas restantes entre las cinco primeras también corresponden a enfermedades no transmisibles. En conjunto las cuatro primeras causas corresponden al 60% de la mortalidad global. Todas ellas involucran fuertemente a los factores de riesgo determinados por los estilos y enfermedades de vida [Cuadro 2.3.b y 2.3.c].

Principales causas de defunción. Provincia de Bs. As. 2003



Cuadro 2.3.b

Provincia de Buenos Aires. A.V.P.P. por E.N.T.

En el año 2003, las enfermedades cardiovasculares produjeron 111,16 años potenciales de vida perdidos (0-70 años) cada 10.000 habitantes en la Provincia de Buenos Aires, 110,99 los tumores y 157,11 las causas externas.

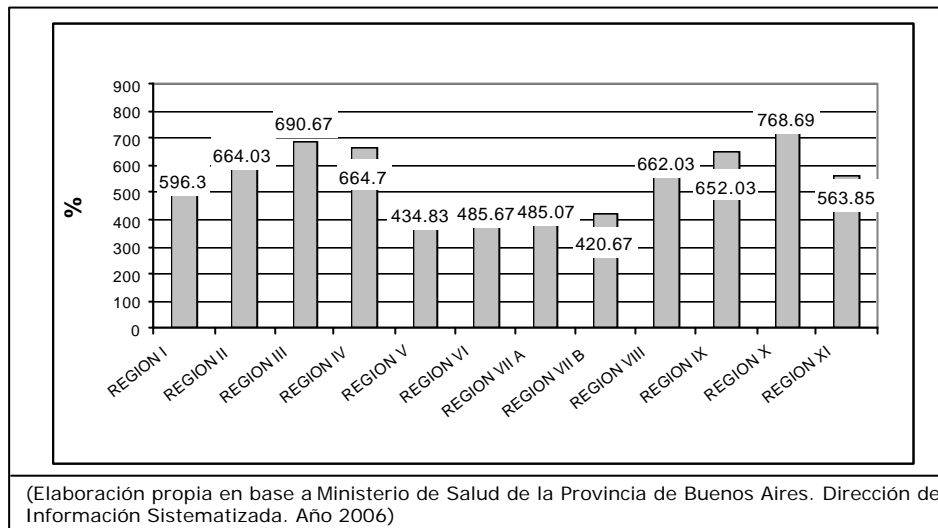
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores 2005.

Cuadro 2.3.c

- Los promedios más elevados de A.V.P.P. corresponden a causas externas (35%), debido al importante número de muertes por esta causa entre los jóvenes.
- El mayor peso de A.V.P.P. corresponde al conurbano y el promedio es superior en más de dos años, respecto al interior provincial, sobre el total de AVPP por grupo de edad.
- Las enfermedades del corazón tienen mayor frecuencia en el conurbano y los tumores y enfermedades cerebrovasculares en el interior de la provincia, asociadas a las estructuras sociodemográficas de estas áreas.

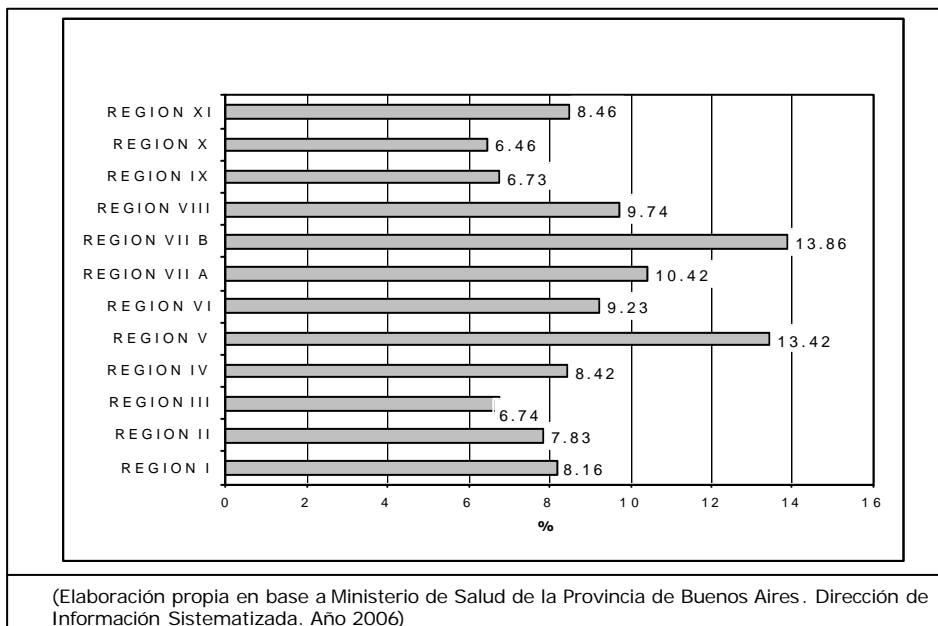
La mortalidad proporcional mide en porcentaje las muertes ocurridas antes de los 50 años. En los tres gráficos siguientes [Cuadros 2.3.d, 2.3.e, 2.3.f] pueden observarse las tasas brutas de mortalidad por Región Sanitaria de la Provincia de Buenos Aires y la mortalidad proporcional por causas. En su comparación puede observarse que las regiones del conurbano (V, VI, VIIa y VIIb) en general presentan menores tasas brutas de mortalidad que el interior, pero con una mortalidad proporcional más alta por causas cardiovascular y tumoral.

Tasas de defunciones por región sanitaria. Prov. de Bs. As. 2003



Cuadro 2.3.d

Defunciones proporcionales por tumores según región sanitaria. Provincia de Bs. As. 2003



Cuadro 2.3.e

3.- Los factores que producen las ENT son múltiples

En el año 2002, la OMS dedicó el Informe de Salud en el Mundo a la promoción de la salud y la reducción de los riesgos. En este informe:

El riesgo se define como la probabilidad de un resultado sanitario adverso o un factor que aumenta esa probabilidad.

Cuadro 3.a

En otras palabras, un “factor de riesgo” es una circunstancia detectable en los individuos, los grupos o el ambiente, que aumenta la probabilidad de padecer un daño a la salud, o de producir una evolución más desfavorable de dicho daño.

Los factores de riesgo, pueden ser propios de la condición biológica de cada persona (vg. edad, sexo, grupo étnico), originados en las condiciones de vida (vg. situación socioeconómica, vivienda, ocupación, escolaridad), en los comportamientos individuales o estilos de vida (vg. hábitos alimentarios, religión, adicciones), determinados por el ambiente físico natural o construido por el hombre, y ciertos elementos del sistema sociocultural, entre los cuales se cuenta el propio sistema de atención de salud (vg. accesibilidad, calidad).

En las últimas décadas se han llevado a cabo numerosas investigaciones que han aportado conocimientos acerca de las causas y los mecanismos de estas enfermedades no transmisibles. La investigación ha involucrado grandes estudios epidemiológicos poblacionales, estudios en animales y de bioquímica básica, estudios de intervención y estudios preventivos basados en la comunidad a gran escala. Esta investigación ha demostrado claramente que las enfermedades no transmisibles o los eventos que llevan a ellas tienen sus raíces en estilos de vida no saludables y en entornos sociales y físicos adversos.

El estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las *condiciones de vida* socioeconómicas y ambientales.

Cuadro 3.b

Estos modelos de comportamiento están continuamente sometidos a interpretación y a prueba en distintas situaciones sociales, no siendo estancos, sino que están sujetos a cambio. Los estilos de vida individuales, pueden ejercer un efecto profundo en la salud de un individuo y en la de otros. Por lo tanto, la acción debe ir dirigida no solamente al individuo, sino también a las condiciones sociales de vida que interactúan para producir y mantener estos patrones de comportamiento.

Las condiciones de vida son el entorno cotidiano de las personas, dónde éstas viven, actúan y trabajan.

Cuadro 3.c

Las condiciones de vida son producto de las circunstancias sociales y económicas, y del entorno físico, todo lo cual puede tener impacto en la salud, estando en gran medida fuera del control inmediato del individuo. La estrategia de la *Carta de Ottawa* destinada a crear ambientes favorables para la salud se centra en gran medida en la necesidad de mejorar y cambiar las condiciones de vida para apoyar la salud.

Recientemente, desde la epidemiología social, se ha invocado la necesidad de evitar la “culpabilización” de la víctima, encuadrando los estilos de vida en planos de determinación más amplios (condiciones de vida) en relación con la inequidad social (ver capítulo de Determinantes de la Salud).

Según el Informe de Salud Mundial 2002, los factores de riesgo mayores para las enfermedades no transmisibles son [Cuadro 3.d]

- Tabaco.
- Alcohol.
- Hipertensión arterial (HA).
- Inactividad física.
- Hipercolesterolemia.
- Sobrepeso–obesidad.
- Dieta no saludable.

Cada año, como mínimo:

- 4,9 millones de personas mueren de resultados del tabaco;
- 2,6 millones de personas mueren como consecuencia de su sobrepeso u obesidad;
- 4,4 millones de personas mueren como resultado de unos niveles de colesterol total elevados;
- 7,1 millones de personas mueren como resultado de una tensión arterial elevada.

(OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2002)

Cuadro 3.d

El Centro para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas del Ministerio de Salud de Canadá agrupa los factores de riesgo según sean individuales o de la comunidad:

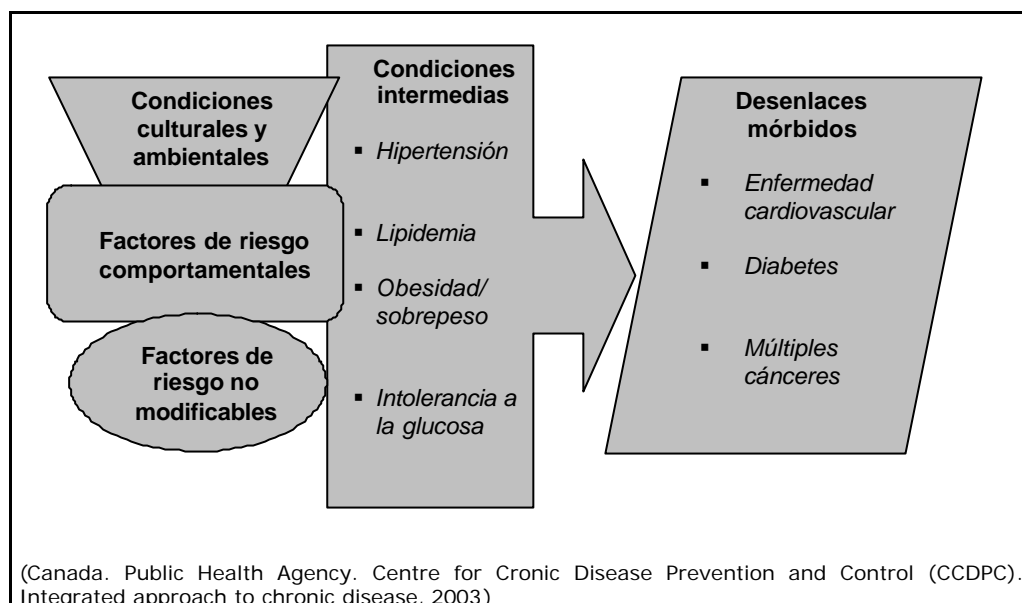
En los individuos:

- **Factores de riesgo antecedentes:** edad, sexo, nivel de educación y la composición genética.
- **Factores de riesgo comportamentales:** fumar, dieta no saludable, inactividad física.
- **Factores de riesgo intermedios:** nivel de colesterol sérico, diabetes, hipertensión y obesidad/sobrepeso.

En las comunidades:

- **Las enfermedades sociales y económicas**, como la pobreza, el empleo, la composición familiar.
- El **ambiente físico**, como el clima, la contaminación atmosférica.
- **La cultura**, como las prácticas, normas y valores.
- **La urbanización** que influye en la vivienda y el acceso a los productos y servicios. [Cuadro 3.e]

Relación entre los factores de riesgo, enfermedades y desenlaces comunes de enfermedad



Cuadro 3.e

Las enfermedades crónicas no transmisibles comparten factores de riesgo comunes. Mientras algunos factores de riesgo, como edad, sexo, y composición genética, no pueden cambiarse, muchos factores de riesgo comportamentales pueden modificarse, así como también varios factores intermedios biológicos incluyendo hipertensión arterial, sobrepeso-obesidad, intolerancia a la glucosa e hiperlipidemia. Las enfermedades sociales y económicas y el ambiente físico, influyen y determinan la conducta, e indirectamente afectan a otros factores, como los biológicos.

El reconocimiento de estos factores de riesgo y enfermedades comunes es la base conceptual para un abordaje integrado a la enfermedad crónica.

3.1.- Factores de riesgo individual

El consumo de tabaco es un ejemplo notable de los efectos del comportamiento sobre la salud. Mientras el consumo de tabaco disminuye en los países desarrollados, en los países en desarrollo aumenta un 3,4% cada año. En consecuencia, actualmente el 82% de todos los fumadores reside en los países de bajos y medianos ingresos. Hoy en día, el tabaco es el causante de aproximadamente cuatro millones de defunciones anuales en el mundo. Se estima que diez millones de defunciones ocurrirán por año para el 2030 y más del 70% de estas defunciones tendrán lugar en el mundo en desarrollo.

“El tabaco causará más defunciones que ninguna otra causa y los sistemas de salud no podrán financiar la atención larga y costosa que representan.”

Dra. Gro Harlem Brundtland., Asamblea Mundial de la Salud. 2000

Cuadro 3.1.a

3.2.- Factores de riesgo en la comunidad

Aproximadamente 1.200 millones de personas en el mundo viven en la pobreza extrema (menos de \$1 por día). Este grupo es menos saludable y tiene mayor exposición a los riesgos que los grupos económicamente favorecidos. Aún en los países de ingresos altos, quienes sufren pobreza son más vulnerables a las enfermedades crónicas. Las personas de escasos recursos pueden perder sus pocos ingresos si se enfrentan con problemas de salud en el hogar. A menudo caen en un círculo vicioso de pobreza y mala salud.

La relación entre la enfermedad crónica y la pobreza es bidireccional: hay un camino de la pobreza a los problemas de salud crónicos, y otro en sentido inverso. La pérdida de los ingresos, los costos del tratamiento y la marginación debido a los problemas de salud crónicos afectan negativamente el estado económico de aquellos con enfermedades crónicas.

Para comprender la relación entre la salud y la pobreza, se debe considerar una serie de factores socioambientales que son determinantes críticos del estado de salud:

- **Ingreso y estatus social-gradiente social.**
- **Empleo y desempleo-enfermedades de trabajo.**
- **Desarrollo infantil saludable.**
- **Educación.**
- **Medio ambiente físico.**
- **Acceso a la asistencia sanitaria.**
- **Cultura.**

4.- Los factores de riesgo están presentes en Argentina y en la provincia de Buenos Aires.

4.1.- Tabaquismo

En Argentina se han realizado numerosas encuestas sobre el hábito tabáquico, desde el año 1971 [Cuadro 4.1.a].

República Argentina. Prevalencia de tabaquismo en población adulta según según sexo (en porcentajes)

Estudio y año	Número	Edad	Prevalencia		
			Varón	Mujer	Total
Joly (1971) La Plata	1540	15-74	54.4	20.0	36.2
Alvarez-Herrera (1981) Buenos Aires.	306	15-74	39.0	27.0	32.6
Balossi (1982) Zarate	899	15-80	46.8	22.9	34.8
Gallup (1988) Buenos Aires	822	15 y +	45.5	30.5	35.0
Catterberg (1991) Buenos Aires	800	18-80	40.0	28.0	34.0
Lúquez (1995) Córdoba	1200	10-70			28,5
Carbajal (2001) Rauch	1523	15-75	34.61	20.83	
Matos (2004) Concordia	1028			23.0	23.0

Cuadro 4.1.a

En el cuadro 4.1.a puede deducirse que alrededor de un tercio o más de la población adulta es fumadora. Con respecto al sexo, se observa que entre los años 1971 y 1991, hay una disminución en el número de hombres fumadores, mientras que se aprecia una tendencia inversa en las mujeres. Esto sugeriría que la carga del tabaquismo en las mujeres no ha alcanzado aún su punto máximo. Cuando se analiza el hábito según edad, cabe destacar que las bandas de más alto consumo se han desplazado hacia grupos etáreos más jóvenes. En 1971, la mayor proporción de fumadores se

encontraba entre los 25 y 39 años. En 1988, la mayor parte de los fumadores tenía entre 18 a 24 años de edad.

Estos estudios revelan que la prevalencia de tabaquismo es una de las más altas de América sólo superada por Brasil, mientras que el patrón de consumo, tanto en cuanto a la relación hombres y mujeres como en clases socioeconómicas guarda similitud con países desarrollados.

Una población particularmente en riesgo está constituida por los adolescentes. En la tabla siguiente pueden verse los resultados de estudios sobre este grupo poblacional [Cuadro 4.1.b].

Prevalencia de tabaquismo en adolescentes

Estudio y año	Número	Edad	Prevalencia
Hauger-Klevene (La Plata) 1980	217	12-17	13.9
Hauger-Klevene (La Plata) 1981	455	12-15	12.6
LALCEC (1981) Buenos Aires	S/D	15-21	13.5
LALCEC (INZA) Azul 1991	2490	Est. Secund.	14.5
Mar del Plata (1992)	168	15-17	20.8
Morello (2001) Buenos Aires	3909	8° y 11° grado	20 y 43 resp.
Bolzán (2003) 19 escuelas	2386	11-12	15.1
FRICELA Study (2003) 12 provincias	2599	12-19	28.0

Cuadro 4.1.b

Los datos disponibles de consumo de tabaco en adolescentes en Provincia de Buenos Aires y Argentina demuestran que entre 13 y 15% de los adolescentes consumen tabaco. Los datos de la encuesta de la Liga Argentina de Lucha Contra el Cáncer (LALCEC) de 1981, también sugieren una relación positiva de consumo entre padres y adolescentes fumadores.

En un estudio reciente en Provincia de Buenos Aires, se determinó que más del 20% de los alumnos de 8° grado eran fumadores habituales (Morillo, 2001). Otro trabajo sobre tabaquismo en pre adolescentes realizado en 2003, calculó una prevalencia de 7.9% en 7° grado hasta de 23.9% en 9° grado, lo que amerita la implementación de programas para esas edades (Bolzan, 2003). En el estudio FRICELA, se halló además una muy alta asociación entre consumo de alcohol y fumar (Paternó, 2003).

También se han realizado estudios de prevalencia de tabaquismo en personal de salud. En el año 1988, la encuesta realizada en el Hospital de Pediatría de Buenos Aires sobre 128 agentes, arrojó una prevalencia del consumo del tabaco de 48% en hombres y 49% en mujeres. Considerados por actividad, el 45 % de los médicos fumaba.

En el año 2004, una encuesta realizada entre residentes de pediatría (349) de varias provincias argentinas, arrojó una prevalencia de 22,2%, que se encontró cercana a la prevalencia en otros médicos argentinos. En el trabajo se concluye que los residentes deberían tomar un rol más activo con los pacientes y familiares de los pacientes que fuman, y que es necesario poner en práctica actividades de entrenamiento en esta materia en las escuelas de Medicina y durante la residencia (Ferrero, 2004).

De estos estudios, surge que existe una alta prevalencia dentro del personal de salud, y del cuerpo médico, situación que dificulta la posibilidad de ejercer acciones de prevención primaria. Sumada a esta alta prevalencia, en nuestro país la industria tabacalera representa una importante fuente de recursos y mueve intereses económicos muy poderosos que hacen bastante dificultosas sus posibilidades de reconversión.

4.2.- Actividad física

Hay claras evidencias de que la inactividad física y el incremento del sedentarismo causan un gran deterioro de las funciones físicas. Patologías comunes y severas como la enfermedad coronaria, la hipertensión arterial, la obesidad, los problemas de columna vertebral, la ansiedad y la depresión,

han sido relacionados directa o indirectamente con la ausencia de actividad física. La inactividad física, asociada a otros factores como tabaco, consumo de una dieta desordenada e hipercalórica, consumo excesivo de alcohol y stress emocional, agrava la situación de salud.

Si tomamos en cuenta la relación establecida entre actividad física y salud, resulta alarmante la prevalencia de hábito deportivo en nuestra población.

Ricart llevó a cabo en la ciudad de La Plata entre los años 1990 y 1991 un relevamiento sobre 4.500 niños en edad escolar, que indicó que el 54% de los mismos eran sedentarios (ningún tipo de actividad deportiva), el 22% eran activos (actividad deportiva una a dos veces por semana) y el 24% eran deportistas (tres o más veces por semana). Las niñas realizaban menos actividad física que los varones. Otro estudio sobre escolaridad secundaria (muestra de 1.800 alumnos) mostró que un 69% eran sedentarios, 20% activos y 11% deportistas. En el ámbito universitario (1.305 alumnos), se demostró que el 85% eran sedentarios, 12% activos y 3% tenían hábito deportivo. En cuanto a los adultos, el estudio concluyó que el 93% eran sedentarios, 5% activos y sólo 2%, deportistas (Ricart, mimeo).

En un trabajo realizado por Lentini en la ciudad de Azul en 1991, a través de una encuesta a alumnos de 6 a 18 años y a sus padres (17.329 personas), se encontró que la prevalencia de sedentarismo en los alumnos era de 46%, de 86% en los padres y de 90% en las madres (6).

En otro estudio, se analizaron la prevalencia de actividad física en dos escuelas de la Ciudad de Buenos Aires, que presentaban estructuras socio-económicas diferentes: una de barrio residencial, y otra de zona marginal. Se halló que 98% de los niños de barrio residencial realizaban actividad deportiva (sobre todo en clubes y escuelas), mientras que sólo el 54% de del barrio marginal (en las escuelas o el barrio). En cuánto a los padres de los alumnos, practicaban actividad física el 69% de los de la escuela residencial y el 31% de los de la marginal. Se encontró gran relación entre el tipo de deporte practicado por los hijos y los padres. En cuanto a las madres, practicaban deporte el 52% y el 4%, respectivamente (D'Anegelo, Narváez, Sgala, Manterota, 1987).

Otro estudio que remarca la importancia de una conducta familiar de actividad física como estímulo para los niños (Wightman, Fenilli, Giscafré, 1994). Se realizó una encuesta entre 800 participantes de las finales de los Juegos Deportivos Intercolegiales de 1992 en el Centro Nacional de Alto Rendimiento Deportivo (CENARD), de los cuales el 80% practicaba en busca del alto rendimiento. Entre el 50% y el 60% habían iniciado su actividad deportiva en clubes, y el resto en la escuela. Como dato importante, marcaban que la familia era el elemento más influyente y más del 80% indicaba a su familia como el mayor soporte emocional. Además, como muestra de la influencia cultural en la actividad física, se demostró en este grupo una prevalencia de actividad física en los padres mucho mayor que en la población general, ya que el 94.29% de los padres de las niñas y el 88.75% de los padres de los niños practicaban deporte.

Por su parte, Ricart relacionó las variables hábito tabáquico y niveles de actividad física, en personas de entre 15 y 35 años en la ciudad de La Plata. La prevalencia del hábito tabáquico fue de 27% para los sedentarios (ningún tipo de actividad física), 22% para los activos (alguna actividad física irregular o esporádica), 9,6% para los activos regulares (ejercicio regular una a dos veces por semana) y sólo de 4,8% en los deportistas (tres o más veces por semana) (Ricart y Pacheco, mimeo).

4.3.- Hipercolesterolemia

En la Argentina se han realizado varios estudios epidemiológicos que confirman la elevada prevalencia de hipercolesterolemia en la población.

En el año 1982 se realizó un estudio en Zarate (provincia de Buenos Aires) en el cual se midieron los niveles séricos de colesterol total, triglicéridos, C-LDL y C-HDL en un grupo de individuos "aparentemente sanos" de 6 a 80 años de edad. Los resultados del estudio mostraron que los niveles de colesterol, triglicérido y C-LDL, aumentaban en ambos sexos con el incremento de la edad, siendo este más precoz en el varón que en la mujer (Klevine, 1986). El cuadro 4.3.a muestra la distribución de los valores de Colesterol total y triglicéridos para ambos sexos.

Distribución de los valores de Colesterol total y triglicéridos (en %) (n=629)			
Colesterol total (mg/dl)	%	Trigliceridos (mg/dl)	%
< 160	8.10	< 89	25.7
161-210	44.2	90-150	40.3
211-260	21.3	151-210	19.8
> 260	26.4	211-310	9.8
		> 311	4.1
Total	100 (629)	Total	100 (629)

Cuadro 4.3.a

Entre los años 1984 y 1986, los doctores Mercuri y Tavella, realizaron en La Plata un estudio de prevalencia en jóvenes estudiantes de la Universidad. La población estudiada comprendía a jóvenes de ambos sexos (5.522 varones y 5.573 mujeres) con una edad comprendida entre 17 y 22 años. Los resultados obtenidos demuestran que el 17% de los jóvenes presentan más de 200 mg/dl.

También fueron estudiados un grupo de jóvenes de 12 a 14 años de edad (400 varones y 440 mujeres) observándose una prevalencia de hipercolesterolemia del 14%.

Recientemente, el estudio FRICELA en adolescentes reveló que del total de los mismos el 2.8% (2.6% hombres y 2.9% mujeres) tenían valores de colesterol total (CT) superiores a 235 mg/dl. Había una correlación directa entre los niveles de CT y el IMC (Índice de Masa Corporal). La hipercolesterolemia estaba presente en 11.7% de los adolescentes con IMC menor a 25 kg/m², en 18.3% de aquéllos con IMC entre 25 y 30 kg/m², y en 22% de aquéllos con el e IMC mayor a 30 (Paterno, 2003).

Otro estudio epidemiológico se realizó en la población infantil de dos ciudades de la provincia de Buenos Aires: Mar del Plata (300 varones y 301 niñas) y Zárate (88 varones y 98 niñas) (Klevene, 1987). Los resultados se observan en el cuadro 4.3.b.

Distribución de los valores de Colesterol total en niños de ambos sexos de 6 a 12 años de edad (en %)

Zárate (%)	Colesterol total (mg/dl)	Mar del Plata (%)
71.0	>160	61.2
20.5	> 210	25.4
8.5	> 260	13.4
100 (186)	Total	100 (601)

Cuadro 4.3.b

En cuanto a los adultos un estudio realizado en Rauch determinó una prevalencia de hipercolesterolemia de 26,8% en hombres y de 13,8 % en las mujeres (Carvajal y otros, 2001).

De esta recopilación de los estudios realizados en la Argentina sobre un total de 20.000 individuos "sanos" podemos inferir que del 26 al 51% de ellos presentan hipercolesterolemia (mayor de 240 mg/dl). Asimismo, el 18% de jóvenes (17 a 22 años) tienen cifras de colesterol que superan el valor deseable (200 mg/dl). Estos resultados no hacen más que confirmar que la hipercolesterolemia es uno de los más frecuentes factores de riesgo coronario para la población argentina.

4.4.- Hipertensión arterial

Desde los primeros estudios epidemiológicos en Estados Unidos sobre grandes poblaciones se sabe que:

- Gran parte de los hipertensos no saben que lo son. Se ha calculado que solamente la mitad lo sabe.

- No todos los que se saben hipertensos se encuentran bajo tratamiento, estimándose que éstos son aproximadamente la mitad de los hipertensos conocidos.
- Aún entre los hipertensos tratados, se calcula que sólo la mitad tiene sus cifras tensionales adecuadamente controladas.
- Por último, las patologías metabólicas tan frecuentemente asociadas a la Hipertensión arterial se ven en los casos de enfermedad severa, pero principalmente gran población con hipertensión arterial leve.

En nuestro país existen algunos estudios epidemiológicos sobre esta patología [Cuadro 4.4.a].

R. A. Prevalencia de hipertensión arterial

Estudio y Año	Cifras Tensionales	Número	Edad (años)	Prevalencia (%)
Córdoba 1960-61	160/95	2.036	5-89	10
La Plata 1985	140/90	6.386	15-75	32,73
Multicéntrico 1990	140/90	10.452	15-99	26
Gral. Belgrano 1992	140/90	1.080	18-74	39,9
Rosario 1994	140/90	2.071	21-65	34,7
Córdoba 1994	140/90	6.875	15-85	29,9
Córdoba 1995	160/95	1.200	10-70	25
Rauch 2001		1.523	15-75	43,2-28,5

Cuadro 4.4.a

En la provincia de Buenos Aires, un estudio realizado en la ciudad de La Plata en 1985 calculó una prevalencia de Hipertensión arterial de 32,7%. El 56% desconocía su condición y sólo el 5% había normalizado su PA bajo tratamiento (Echeverría y otros, 1988).

Un estudio realizado en 1990 en el grupo etéreo de 21 años arrojó diferentes cifras de prevalencia de acuerdo al criterio adoptado. Considerando 90 mmHg como línea divisoria y midiendo la PA tres veces en una misma ocasión, la prevalencia encontrada en estos jóvenes fue del 8%.

En 1993 se realizó un relevamiento en una población urbana bonaerense (Gral. Belgrano) el cual arrojó cifras de prevalencia de HA muy elevadas (39,8% en la población global). El 44,9% de los varones y el 35,1% de las mujeres presentaron cifras tensionales elevadas. Las edades más afectadas correspondieron a los grupos etéreos mayores de 35 años en ambos sexos. Si se considera la distribución por sexo y edad, se observa que en lo grupos etéreos menores la prevalencia es mayor en el sexo masculino. A partir de la banda 35-44 años existe una tendencia creciente en el sexo femenino, llegando a emparejarse en la banda 55-64, y aún sobrepasarlo en la banda de 65-74 años (De Lena, Cingolani, Almirón, Echeverría, 1995).

En el estudio realizado en Rauch se determinó que sólo el 4% de los sujetos hipertensos estaban siendo controlados y solamente el 32% conocían su condición. Los hombres mostraron un marcado incremento de la hipertensión y la obesidad entre los grupos de 15-24 y 25-34 años (Carvajal y otros, 2001).

4.5.- Diabetes

La diabetes es un importante factor de riesgo cardiovascular.

En la Provincia de Buenos Aires, un estudio de prevalencia realizado en La Plata en 1987 sobre una población de 809 individuos de entre 20 y 74 años, se detectó un 5% de diabéticos de acuerdo los criterios de la OMS (Hernández, Cardonnet, Libman, Galgiardino, 1987).

Un estudio posterior, realizado en Avellaneda publicado en 1994, en población de niños y adolescentes de 3 a 20 años muestra una prevalencia de 0,45/1000 (Marti y otros, 1994).

En el estudio realizado en Rauch se determinó una prevalencia de diabetes de 3,42 % en hombres y de 1,53 % en las mujeres (Cabajal y otros, 2001).

4.6.-Obesidad

La obesidad, especialmente la abdominal, esta asociada con varios de los principales factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares: hipertensión arterial, hipercolesterolemia y triglicéridos elevados, disminución del HDL y diabetes.

Estudios epidemiológicos en nuestro país en niños de 4 a 12 años realizados en Córdoba por Agrelo en el año 1986, arrojan unas cifras de obesidad en estos grupos etáreos de 6,3% (Agrelo y otros, 1986).

En una investigación realizada en población adolescente, sobre 2115 estudiantes secundarios en la ciudad de Corrientes, se comprobó sobrepeso en 10,9% y obesidad en 2,2% de ellos (Martínez, 2001).

Un estudio realizado en La Plata en el año 1985 por Hernández sobre una población de 809 individuos de 20 a 74 años, arrojó una prevalencia de obesidad de 37% (Hernández, Cardonnet, Libman y Gagliardino, 1987). En otro estudio realizado en mujeres menopáusicas en la ciudad de La Plata, se detectó una prevalencia de obesidad de 64% y una prevalencia de baja actividad física de 87% (Etchegoyen y otros, 1995).

En la población de Deán Funes (Córdoba) se detectó una prevalencia de obesidad de 42% (según los criterios NHANES) y de 24% (según los criterios OMS) (De Loredó, 1995).

En un estudio realizado en Rauch se determinó una prevalencia de obesidad-sobrepeso de 54,81% en hombres y de 44,65% en las mujeres (Carvajal y otros, 2001).

Por último, en el año 2002, una investigación sobre obesidad en varios países de América Latina, calculó una prevalencia de de 24-27% para la Argentina (Braguinsky, 2002).

Debido a que la obesidad, la nutrición y la actividad física están fuertemente ligadas entre sí se debería coordinar la adopción de recomendaciones concernientes a estas condiciones.

5.- Las enfermedades crónicas no transmisibles tienen repercusiones múltiples (tit.1)

La carga de enfermedades crónicas repercute en forma amplia en las comunidades:

- Tienen serios efectos adversos en la calidad de vida de los individuos afectados.
- Son causa de muertes prematuras.
- Tienen efectos económicos importantes y subestimados en las familias, las comunidades y la sociedad en general.

Se estima que China perderá \$558.000 millones de dólares durante los próximos 10 años como resultado las defunciones prematuras causadas por las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes.

En EEUU, los gastos de atención de salud directa por cardiopatía son \$478 por persona cada año. Los costos indirectos, incluida la pérdida de los días laborales y la productividad reducida en los ingresos del hogar equivalen a \$3.013 por año. En la medida en que todas estas personas estuvieran empleadas, esto se traduciría en unos \$6.450 millones perdidos en productividad cada año. Los costos médicos relacionados con la hipertensión fueron de \$108.800 millones en 1998. Este monto representa aproximadamente el 12,6% del gasto total de atención de salud nacional.

Los países en desarrollo están experimentando un caso de "doble peligro". Se enfrentan al mismo tiempo con dos importantes y urgentes preocupaciones de salud:

- Enfermedades infecciosas continuas, desnutrición y deficiencias maternas y perinatales.
- Aumento rápido de otras enfermedades crónicas no transmisibles (vg. cardiopatía, depresión y diabetes).

Cuadro 5.a

La “carga doble de morbilidad” para los países que experimentan una transición en sus dificultades de atención de salud es especialmente desafiante. Las enfermedades infecciosas y los problemas de desnutrición requieren obviamente atención, pero no pueden tener preeminencia sobre la epidemia creciente de otras enfermedades crónicas. Ambos problemas requieren planificación y estrategias adecuadas. La única solución es un programa dual de atención de salud en estos países que cubra problemas múltiples, agudos y crónicos.

6.- Los sistemas actuales no están diseñados para atender problemas crónicos

6.1.- Los sistemas actuales están preparados para los eventos agudos

El “sistema de atención de salud” se ha definido como el sistema que abarca todas las actividades cuya finalidad primaria es promover, restaurar o mantener la salud. Por lo tanto, los “sistemas” son notablemente amplios e incluyen a los pacientes y sus familias, los trabajadores de atención de salud, los prestadores de asistencia en las organizaciones y la comunidad, y el entorno de política de salud en la cual todas las actividades relacionadas con la salud se desarrollan.

Históricamente tanto los problemas agudos como ciertas enfermedades infecciosas eran la principal preocupación de los sistemas de atención de salud. Los sistemas de atención de salud actuales se desarrollaron en respuesta a los problemas agudos y a las necesidades urgentes de los pacientes. Están diseñados, por lo tanto, para abordar inquietudes inminentes. Por ejemplo, examinar, diagnosticar, aliviar los síntomas y esperar la curación son sellos distintivos de la atención de salud contemporánea. Es más, estas funciones responden a las necesidades de los pacientes que experimentan problemas de salud agudos y episódicos. Sin embargo, una disparidad notable ocurre cuando se aplica el patrón de atención de casos agudos a los pacientes que tienen problemas crónicos. La atención de salud para las enfermedades crónicas intrínsecamente es diferente de la atención para los problemas agudos y, en este sentido, los sistemas de atención de salud actuales son deficientes. No se han guiado por la disminución en los problemas agudos de salud ni por el aumento de las enfermedades crónicas.

6.2.- Los niveles de los sistemas de salud: micro, meso y macro

Una estrategia para organizar el pensamiento sobre los sistemas de atención de salud es dividir este complicado sector en estratos o niveles. Los niveles micro, meso y macro proporcionan un marco razonable y se refieren a la interacción con los pacientes, a la organización de la atención de salud y de la comunidad y a la política, respectivamente.

Cada uno de estos niveles interactúa con los otros dos e influye dinámicamente en ellos. Cuando los niveles micro, meso y macro funcionan eficazmente con relación a sí mismos y a los otros niveles, la atención de salud es eficiente: los pacientes experimentan mejor salud. La disfunción intra e internivel crea desperdicio e ineficacia. Lamentablemente, en la atención de salud para las enfermedades crónicas, la disfunción en el sistema de asistencia es característica [Cuadro 6.2.a].

Los niveles del sistema de salud



OMS/OPS. Cuidado innovador para las condiciones crónicas: Agenda para el cambio. Ginebra: OMS; 2002.

Cuadro 6.2.a

Los límites entre micro, meso y macro no siempre son claros. Por ejemplo, cuando el personal de atención de salud no está preparado para manejar las enfermedades crónicas debido a deficiencias en la capacitación, el problema podría considerarse una dificultad del nivel micro porque afecta a los pacientes. Las deficiencias de capacitación podrían, en cambio, considerarse un problema de nivel meso, porque es de responsabilidad de la organización de atención de salud asegurar que los prestadores tengan la pericia y las herramientas para prestar la asistencia necesaria. Alternativamente, la capacitación podría considerarse un tema de nivel macro, porque una decisión política, podría alterar los programas de capacitación médica o los requisitos de educación continua para satisfacer las demandas de población.

7.- La atención de las E.C.N.T. requiere de un modelo integrado

7.1- Las innovaciones en la atención

La magnitud del cambio necesario en los sistemas de atención de salud actuales para tratar las enfermedades crónicas quizá parezca abrumadora.

La innovación significa la integración de los componentes fundamentales de cada uno de los niveles –micro, meso y macro– del sistema de atención de salud.

Es necesario reorientar los sistemas de atención de salud de tal manera que los resultados valorados por el sistema sean los que en realidad se logran. Los resultados deseados para los problemas de salud crónicos son diferentes de aquellos considerados necesarios para los problemas agudos. En ambos casos, las necesidades de los pacientes difieren [Cuadro 7.1.a].

Los que sufren problemas crónicos

- Necesitan apoyo más amplio; no bastan las intervenciones biomédicas.
- Requieren una atención planificada, que prevea sus necesidades, e integrada a través del tiempo, los entornos y los proveedores.
- Necesitan contar con conocimientos de autocuidado para administrar sus problemas de salud en el hogar.
- Los pacientes y sus familias requieren apoyo en sus comunidades y políticas más amplias para prevenir o manejar eficazmente las enfermedades crónicas; requieren, por ende, un tipo diferente de sistema de atención de salud.

Cuadro 7.1.a

La atención innovadora fortalece las funciones de los pacientes y sus familias, y puede controlar más eficazmente las enfermedades crónicas. Las tres instancias –paciente, apoyo clínico, comunidad– necesitan estar vinculadas y cada una es importante para la otra. Cada una tiene, por lo tanto, un papel importante que desempeñar para mejorar los resultados de los problemas crónicos.

7.2.- El marco del modelo de atención de las enfermedades crónicas

La Atención para las Enfermedades Crónicas reconoce un entorno de política más amplia que comprende a los pacientes y sus familias, organizaciones de atención de salud y comunidades. El entorno de política es responsable de la legislación, liderazgo, integración de políticas, asociaciones de financiamiento, y asignación de recursos humanos que permiten a las comunidades y a las organizaciones de atención de salud ayudar a los pacientes con enfermedades crónicas y a sus familias.

El marco del modelo se basa en un conjunto de principios orientadores que rigen el nivel micro, meso y macro del sistema de atención de salud:

- a) Integración.
- b) La toma de decisiones basada en evidencia.
- c) Enfoque en la población.
- d) Enfoque en prevención.
- e) Enfoque en calidad.
- f) Flexibilidad/adaptabilidad.

a.- Integración

El concepto de un abordaje integrado no es un nuevo. La OMS lo introdujo primero en 1981 y fue después adoptado por la Asamblea Mundial de Salud en 1985, lo que condujo a probar y evaluar abordajes basados en la comunidad comprensivos e integrales, para la prevención y el control de la enfermedad crónica (OMS/CINDI) [Cuadro 7.2.a].

Una intervención integrada incluye

- La prevención simultánea y la reducción de un conjunto de factores de riesgo común para las enfermedades No-Transmisibles (ENT).
- El uso simultáneo de recursos de la comunidad y servicios de salud.
- Los esfuerzos combinados y equilibrados de atención preventiva de salud y promoción general de la salud para permitir que las comunidades participen activamente en las decisiones que involucran su salud.
- La construcción de consenso estratégico general entre diferentes socios, como organizaciones del sector gubernamental, no-gubernamental, y privado en un esfuerzo para aumentar la cooperación y la sensibilidad a las necesidades de la población.

Cuadro 7.2.a

Cada nivel del sistema de atención de salud, micro, meso, y macro, debe colaborar y compartir la meta inequívoca de mejor atención para las enfermedades crónicas. Los límites entre los niveles del sistema deben opacarse para permitir una verdadera integración de las organizaciones de atención de salud, las comunidades, las políticas y los pacientes.

b.- La toma de decisiones basada en evidencia

La evidencia científica debe ser la base para todas las decisiones en la formulación de políticas, planificación de servicios y manejo clínico de las enfermedades crónicas.

c.- Enfoque en la población

Las intervenciones basadas en la comunidad han demostrado tener un gran efecto en la prevención de la enfermedad no transmisible, desde que las intervenciones intentan actuar no sólo sobre el individuo y su núcleo social cercano, sino adicionalmente sobre el ambiente social que determina la conducta.

Estas intervenciones implican:

- La participación activa de familias y comunidades, sumando y compartiendo recursos para asegurar las prevenciones integradas.
- La identificación de líderes, grupos organizados e instituciones.
- El desarrollo de uniones estratégicas y alianzas.

d.- Enfoque en la prevención

Dado que la mayoría de las enfermedades crónicas son prevenibles, cada interacción de atención de salud debe incluir apoyo para la prevención. Las estrategias preventivas deben considerar también las influencias subyacentes en las desigualdades de salud como la educación, la distribución del ingreso, la seguridad pública, la vivienda, el ambiente de trabajo, empleo, redes sociales, y transporte entre otros. Es importante que las estrategias apunten a reducir el riesgo de la población global, reduciendo simultáneamente la brecha entre los diferentes grupos de la población. En muchos casos, esto requiere un rediseño y una evaluación de intervenciones de bien probada eficacia. También involucra la identificación y la atención especial a grupos clave de la población, como los indígenas, los nuevos trabajadores migratorios urbanos y las mujeres.

Consiste en:

- Desarrollar políticas de salud y legislación para apoyar la incorporación de cuidado preventivo en los servicios de atención de salud.
- Establecer lazos entre los servicios de atención de salud y la comunidad.
- Brindar el conocimiento y la información necesaria a la población para la prevención de la enfermedad no- transmisible.
- Implementar programas de capacitación en los servicios de salud para la prevención de la enfermedad no- transmisible.
- Realizar seguimiento y evaluación de las acciones preventivas en los servicios.

e.- Enfoque en calidad

El control de calidad asegura que los recursos se usan adecuadamente, que los proveedores son responsables de brindar atención eficaz y eficiente, y que el resultado de estas acciones en los pacientes es el mejor posible dentro de las limitaciones. La calidad debe ser sostenida por la realización de actividades de Investigación y Vigilancia.

Se necesita más investigación fundamental para transferir eficazmente el conocimiento científico a la política y la práctica. Algunas prioridades de investigación identificadas incluyen:

- Investigación operacional para identificar la mezcla óptima y secuencia de estrategias para la prevención de E.N.T.
- Desarrollo o identificación de estrategias costo-efectivas para controlar E.N.T.

La información de vigilancia se requiere para guiar políticas apropiadas y programas. La coordinación entre las variadas organizaciones y centros de responsabilidad, en los niveles locales, nacionales e internacionales será esencial establecer sistemas comprehensivos de vigilancia de E.N.T.

f.- **Flexibilidad/adaptabilidad**

Los sistemas de atención de salud necesitan estar preparados para adaptarse a situaciones cambiantes, información nueva y sucesos imprevistos. Los cambios en las tasas y en la carga de enfermedades, así como las crisis de dolencias no previstas pueden asimilarse en los sistemas que están diseñados para adaptarse al cambio.

8.- Modelo de Atención para enfermedades crónicas propuesto por la OMS (OMS/OPS)

El “Perfil de la Atención Innovadora para las Enfermedades Crónicas” se describe en el cuadro 8.a.

Perfil de Atención Innovadora para las Enfermedades Crónicas



Cuadro 8.a

8.1.- Nivel micro: elementos fundamentales a nivel de interacción con pacientes

La tríada en el centro del marco se constituye por quienes apoyan a los pacientes y familiares, la comunidad y el equipo de atención de salud. Esta asociación es única en la atención de las enfermedades crónicas. Mientras que resultados exitosos para los problemas de salud agudos pueden darse con un proveedor de atención, los resultados positivos en las enfermedades crónicas se logran solo cuando los pacientes y sus familias, la comunidad y los equipos de atención de salud

están informados, motivados, preparados y trabajan en colaboración. La tríada recibe influencia y apoyo de la organización de atención de salud mayor y de toda la comunidad, que a su vez influye y recibe influencia del entorno político más amplio.

8.2.- Nivel meso

a.- Elementos fundamentales para la organización de la atención de salud

Las organizaciones de atención de salud pueden crear un ambiente en el cual los esfuerzos para mejorar la asistencia de las enfermedades crónicas se afianzan y prosperan. Varios factores de organización, incluidas las aptitudes de trabajadores de atención de salud, la proporción de especialidades del personal, los calendarios de las visitas, los sistemas de información y la autogestión de los pacientes, que logran un cambio en los resultados.

- Promover la continuidad y coordinación.

Los pacientes con enfermedades crónicas necesitan servicios que estén coordinados a través de los niveles de atención (primaria, secundaria y terciaria) y a través de proveedores. Deben programarse las visitas de seguimiento: la atención planificada permite la detección temprana de las complicaciones y la identificación rápida de la disminución.

- Promover la atención de calidad a través del liderazgo e incentivos.

Se pueden realinear los incentivos para los administradores, los trabajadores del área y los pacientes; pueden establecerse recompensas para los procesos clínicos eficaces que afectan al manejo y la prevención de los problemas crónicos.

- Organizar y dotar los equipos de atención de salud.

Los equipos necesitan apoyo para tomar decisiones óptimas, tales como normas escritas de la atención y algoritmos de diagnóstico y de tratamiento. Asimismo, los equipos de atención de salud necesitan aptitudes y conocimientos especiales que van más allá de la capacitación biomédica tradicional; esto incluye capacidades eficaces de comunicación, pericia en las intervenciones conductuales para ayudar a los pacientes a que inicien técnicas nuevas de autogestión y se adhieran a regímenes complejos.

- Apoyar a la autogestión y la prevención.

La autogestión eficaz ayuda a los pacientes y a sus familias a que se adhieran a los regímenes para reducir al mínimo las complicaciones, los síntomas y la discapacidad asociada con problemas crónicos.

- Usar sistemas de información.

La información oportuna acerca de cada uno y todos los pacientes es una característica importante en la atención eficaz para las enfermedades crónicas. Los sistemas de información recogen y organizan los datos acerca de epidemiología, tratamiento y resultados de la atención de salud.

b.- Elementos fundamentales para la comunidad

Los recursos de la comunidad son vitales para los sistemas de atención de salud y para el manejo de los problemas crónicos. Si consideramos que las personas con enfermedades crónicas están la mayor parte del tiempo fuera del consultorio médico, viviendo en sus comunidades, los recursos de la comunidad informados y preparados pueden llenar un vacío importante en las prestaciones que no contempla la organización de atención de salud.

- Aumentar la conciencia y reducir el estigma.

Los líderes de las organizaciones locales, las ONG y los grupos de apoyo y de mujeres están en situación adecuada para aumentar la conciencia acerca de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo asociados.

- Promover mejores resultados a través del liderazgo y apoyo.

Las estructuras reconocidas como Juntas de Desarrollo y de Salud de la comunidad, u otros grupos semejantes a nivel de pueblos, pueden abogar por mejor atención de salud para los problemas crónicos.

-Mover y coordinar los recursos.

Los fondos generados localmente pueden tener gran influencia en las actividades relacionadas con la salud de la comunidad. Las campañas de promoción y prevención de salud, la evaluación de factores de riesgo, la capacitación de los trabajadores comunitarios del área, o la provisión de equipo y suministros básicos a los centros de salud son actividades importantes que pueden desarrollarse mediante la movilización de grupos locales.

- Prestar servicios complementarios.

Las ONGs desempeñan una función importante, con participación activa de sus miembros, al prestar servicios complementarios preventivos y de manejo a una comunidad. Cada comunidad tiene una red informal de proveedores, como trabajadores comunitarios de salud y voluntarios, que son inestimables en el manejo y la prevención de los problemas de salud crónicos.

c.- Nivel macro: elementos fundamentales para un ambiente de política positivo

Las políticas son medios poderosos para organizar los valores, principios y estrategias generales de los gobiernos o de las divisiones administrativas para reducir la carga de las enfermedades crónicas. Para optimizar la atención de salud para las enfermedades crónicas, un marco de política positiva es esencial. Proporcionar liderazgo y promoción de la causa. Los encargados de adoptar las decisiones pueden influir en los políticos de alto nivel impulsando la atención de las enfermedades crónicas.

- Desarrollar y asignar recursos humanos.

La Autoridad tiene la capacidad de mejorar la atención para las enfermedades crónicas mediante el aumento de capacitación de los trabajadores del área. Además de mejorar los programas de estudios, la educación continua establecida para los profesionales de la salud en el área específica de las enfermedades crónicas puede impulsar enormemente la atención de salud de este problema.

- Integrar las políticas.

Las políticas son más eficaces cuando atraviesan los límites de enfermedades específicas, y reafirman el servicio a una población definida en lugar del individual de los pacientes. También son más eficaces cuando abarcan prevención, promoción y estrategias de control, y cuando hacen los enlaces explícitos con otros programas gubernamentales y organizaciones comunitarias.

- Promover financiamiento regular.

En todos los casos, pero en particular para las enfermedades crónicas, el financiamiento es más eficaz cuando es uniforme en todas las divisiones del sistema de atención de salud. Debe integrarse a través de enfermedades tradicionalmente diferentes, en centros de atención de salud con asistencia tanto primaria como hospitalaria. Finalmente, el financiamiento debe estructurarse para que los recursos puedan mantenerse en el transcurso del tiempo.

- Apoyar los marcos legislativos.

La legislación y los reglamentos pueden reducir la carga de las enfermedades crónicas. La legislación, a su vez, puede proteger los derechos de las personas con enfermedades crónicas.

- Fortalecer asociaciones.

Dentro del ambiente político, las asociaciones fuertes entre distintos sectores del gobierno tienen el potencial para influir en la salud y en las enfermedades crónicas. Los sectores de salud no gubernamentales, como los proveedores de asistencia sanitaria y las instituciones de beneficencia privadas pueden ser influyentes también. Las conexiones

con el gobierno local y entidades de la comunidad como son los grupos religiosos, escuelas y empleadores también deben estudiarse y fortalecerse cuando sea necesario.

9.- Las estrategias de intervención se basan en los niveles de prevención

9.1.-Historia natural de la enfermedad y niveles de prevención

De acuerdo con el enfoque preventivo propuesto por Leavell y Clark en la década de 1950, se acepta que el proceso salud- enfermedad en el individuo transcurre por tres etapas:

1- Un **período pre-patogénico**, anterior a la enfermedad, pero donde pueden identificarse todos los factores condicionantes y de riesgo que pueden contribuir a la producción del daño.

2- Un **período patogénico**, con la presencia de la enfermedad, primero subclínica y luego clínica, con sus manifestaciones y complicaciones.

3- Un **período pos-patogénico**, correspondiente al estado crónico producto de las secuelas de la enfermedad.

Frente a este proceso, denominado “historia natural del proceso salud-enfermedad”, dichos autores propusieron un modelo de intervención aplicable tanto a nivel individual como poblacional, denominado “niveles de prevención”, basado en el criterio que toda intervención resulta “preventiva” desde el momento que evita la progresión del proceso hacia una situación de mayor riesgo o daño.

Desde esta perspectiva, se definen tres niveles de prevención:

- **Prevención Primaria**, que incluye la acción sobre los factores condicionantes o de riesgo, evitando el desarrollo de la enfermedad antes de que ocurra.
- **Prevención Secundaria**, que contempla la detección precoz y el tratamiento oportuno de la enfermedad, para la limitación del daño.
- **Prevención Terciaria**, que consiste en la rehabilitación o recuperación del funcionamiento adecuado, limitando las secuelas.

a.- Prevención primaria

La **Prevención Primaria** puede ser entendida como un conjunto de intervenciones, incluyendo la detección y el control de factores de riesgo, diseñado para prevenir la primera ocurrencia de enfermedades no transmisibles entre las personas con factores de riesgo identificables.

Cuadro 9.1.a

En el período **pre-patogénico**, los objetivos de la prevención consisten en mejorar el nivel general de salud (promoción) y procurar medidas de protección específicas. La Carta de Ottawa define ampliamente la promoción de la salud como el proceso que “consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”.

Una acción de promoción de salud es toda aquella que brinda al individuo, la familia o la comunidad, mejores posibilidades para enfrentar el proceso salud enfermedad. Así, estas actividades pueden desarrollarse con nuestro paciente en el consultorio, con la familia en una visita domiciliaria, o con un barrio entero si se trabaja para dotarlo de agua corriente o de un espacio recreativo.

Por su parte, la **protección de la salud** está orientada a la modificación favorable de *factores de riesgo específicos*, que afectan a la comunidad, a los grupos y a cada individuo en particular.

Las estrategias de intervención en **protección de la salud**, pueden clasificarse en:

- **estrategias de acción específica poblacional:** operan sobre factores de riesgo específicos, que afectan a la comunidad entera, relacionados con las enfermedades de vida o con comportamientos o estilos de vida colectivos. Incluyen las inmunizaciones, saneamiento ambiental y las intervenciones sobre modos nocivos de vida relacionados con riesgos específicos para la salud.
- **estrategias de acción específica grupal e individual:** apuntan solamente a los individuos con los niveles más altos de riesgo para una enfermedad crónica reconocida, con el propósito de reducir su nivel de riesgo al del nivel más favorable en la población; distinto y complementario del abordaje poblacional más amplio.

b.- Prevención secundaria

Como se indicó, consiste en intervenciones durante el período patogénico de la enfermedad: el *diagnóstico precoz* y el *tratamiento oportuno* de la misma a fin de limitar el daño.

Las acciones de prevención secundaria ocupan el mayor tiempo en los servicios de salud, pero la mayor parte están referidas a acciones de recuperación o limitación del daño, y mucho menos a actividades de detección precoz y tratamiento oportuno. Los servicios de salud de atención primaria deben incorporar las acciones de detección selectiva en todas las personas y grupos de riesgo según las normas específicas que corresponden en cada caso.

El *cribaje* (*rastreo, screening en la literatura inglesa*) es la aplicación de un test diagnóstico para detectar una enfermedad potencial en una persona que no tiene signos o síntomas de la misma.

c.- Prevención terciaria

Cuando la enfermedad se manifestó, en el período **post-patogénico**, estas intervenciones procuran evitar la discapacidad, una vez estabilizadas las modificaciones anatómicas y fisiológicas. La **prevención terciaria** es un conjunto de intervenciones orientadas a los sobrevivientes de eventos agudos de enfermedades no transmisibles (vg. ataque cardíaco, cáncer, diabetes) u otros con enfermedad no transmisible conocida, en los cuales el manejo a largo plazo es utilizado para reducir la discapacidad y el riesgo de eventos subsiguientes de enfermedad.

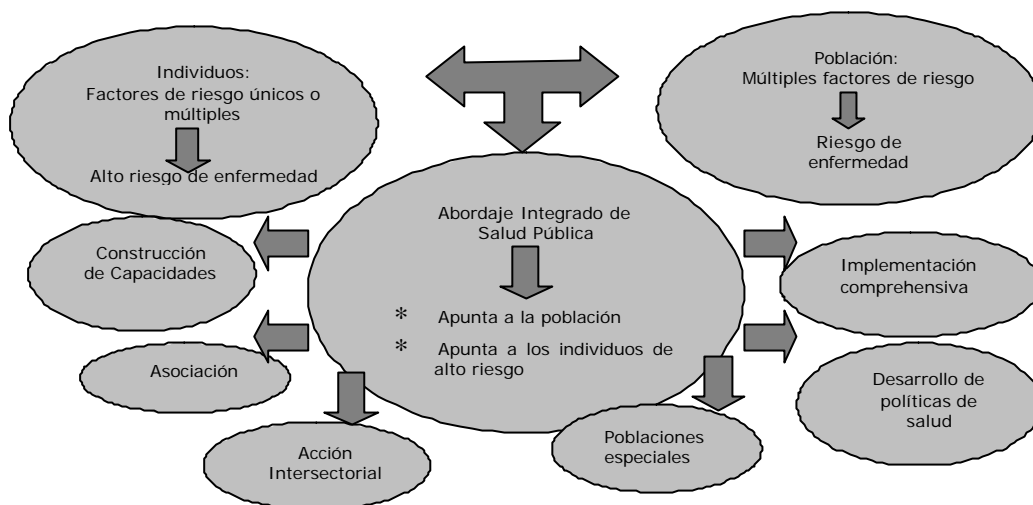
Aunque la presencia de un factor de riesgo único predice significativamente la enfermedad individual, la carga social de las enfermedades crónicas resulta de la alta prevalencia de **múltiples factores de riesgo** relacionados con los estilos de vida generales.

Se requieren actividades basadas en la comunidad con un abordaje integrado de salud pública que apunte a las poblaciones, además de a aquellos de alto riesgo, mediante la **prevención integrada de la enfermedad crónica**.

Cuadro 9.1.b

Este abordaje se aprecia claramente en el modelo canadiense de atención de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Modelo canadiense de abordaje integrado de las enfermedades no transmisibles



Cuadro 9.1.c

Como plantea un reciente documento de OMS (29) el hecho de no utilizar los conocimientos disponibles en materia de prevención y control de las enfermedades crónicas es una temeridad que pone en peligro innecesariamente a las generaciones futuras. No hay nada que justifique que las enfermedades crónicas sigan segando prematuramente la vida de millones de personas cada año por estar relegadas a un segundo plano en la agenda del desarrollo sanitario, cuando conocemos ya perfectamente la manera de evitar esas defunciones. Para asumir el reto que plantean la prevención y el control de las enfermedades crónicas se requiere un cierto bagaje de valor y ambición. La agenda prevista es amplia y audaz, pero el camino a seguir está claro.

Citas bibliográficas

- Bolzan, A., Peleteiro, R., «Smoking during early adolescence. A study in schoolchildren from Argentina». J Pediatr (Rio J), septiembre-octubre 2003; tomo 79 volumen 5, p. 461-6
- D'Angelo, C., Narváez, G., Sgala, B., Manterota, A., «Estudio de factores socio-culturales para la práctica del deporte en el niño». Medicina del Ejercicio, Año 2, vol. 1: 11, 1987.
- Ferrero, F., Castanos, C., Duran, P., Blengini, M. T., «Prevalence of tobacco use among pediatric residents in Argentina», Rev. Panam. Salud Publica, 2004; volumen 15, tomo 6:395-9.
- Franchella, J. E., Duce, N. I., Lentini, N. A., «Realidad socio-deportiva de la mujer argentina». Revista de Medicina & Ciencias del Deporte, Año 2 nº 1: 65, 1992.
- Klevine, Julia H. y col. «Modificaciones de los niveles de lipoproteínas séricas de los 6 a los 80 años de edad: estudio Zárate». Buenos Aires, 1982. La Semana Médica, 169 (9), 216-24 1986.
- Morello, P. y col., «Tobacco use among high school students in Buenos Aires», Argentina. Am Journal Public Health, 2001 Feb; volumen 91, tomo 2, p.219-224.
- Paterno, C. A. «Coronary Risk Factors in Adolescence. The FRICELA Study». Rev. Esp. Cardiol. 2003; 56: 452-458.

- Paternó, C. A., «Coronary risk factors in adolescence. The FRICELA study». *Rev. Esp. Cardiol.* 2003, May;56(5):452-8
- Ricart, A. O. y col., *Sedentarismo en escolares primarios, escolaridad secundaria y en ámbito universitario*. Centro de Salud y Aptitud de La Plata, inédito.
- Ricart, A. O. y Pacheco, A. D., *Tabaco vs. deporte o deporte vs. tabaco*. Centro de Salud y Aptitud de La Plata, inédito.
- Wightman, P., Fenili, A., Giscafré, N., «El desarrollo y las consecuencias del deporte escolar en la Argentina». *Revista de Medicina & Ciencias del Deporte*, Año 3 nº 4: 59, 1994.
- Agrelo, F., Lobo, B., Bazán, M., Cinman, M., Villafañe, L. Actis, C., Rodríguez, A., «Prevalencia de obesidad en un grupo de escolares de bajo nivel socioeconómico». *Archivo Argentino de Pediatría*, 84 (1):5-12, 1986.
- Braguinsky, J., «Obesity prevalence in Latin America. *An Sist sanit Navar*». 25 Suppl 1:109-115, 2002.
- Carvajal, H. A., Salazar, M. R., Riondet, B., Rodrigo, H. F., Quaini, S. M., Rechifort, V., Aizpurua, M., Echeverría, R. F., «Associated variables to hypertension in a region of Argentina». *Medicina*, Buenos Aires, 2001; 61 (6):801-9.
- Carvajal, H. A., Salazar, M. R., Riondet, B., Rodrigo, H. F., Quaini, S. M., Rechifort, V., Aizpurua, M., Echeverría, R. F., *Associated variables to hypertension in a region of Argentina*. *Medicina*, Buenos Aires, 2001; 61 (6):801-9.
- Carvajal, H. A., Salazar, M. R., Riondet, B., Rodrigo, H. F., Quaini, S. M., Rechifort, V., Aizpurua, M., Echeverría, R. F. *Associated variables to hypertension in a Region of Argentina*. *Medicina*, Buenos Aires, 2001; 61 (6):801-9.
- Carvajal, H. A., Salazar, M. R., Riondet, B., Rodrigo, H. F., Quaini, S. M., Rechifort, V., Aizpurua, M., Echeverría, R. F., «Associated variables to hypertension in a region of Argentina». *Medicina*, Buenos Aires, 2001;61 (6):801-9.
- De Lena, S., Cingolani, H. E., Almirón, M., Echeverría, R., *Prevalencia de la hipertensión arterial en una población rural bonaerense*. *Medicina*, 1995; 55: 225-230.
- De Loredó, L. y col., *III Jornadas Internacionales de Vasculopatías, factores de riesgo y pie diabético*. Colombia, 1995.
- Echeverría, R. F., Camacho, R. O., Carvajal, H. A., Salazar, M. R., Mileo, H. N., Riondet, B., Rodrigo, H. F., Gregario, R., «Prevalencia de hipertensión arterial en La Plata». *Medicina*, Buenos Aires, 48: 22-28, 1988.
- Etchegoyen, G., Ortiz, D., Goya, R., Sala, C., Panzica, E., Sevillano, A., Dron, N., «Assessment of cardiovascular risk factors in menopausal Argentinian women». *Gerontology*, 41 (3): 166-72, 1995.
- Hernández, R. E., Cardonnet, L. J., Libman, C., Gagliardino, J. J., «Prevalence of diabetes and obesity in an urban population of Argentina». *Diabetes-Res-Clin-Pract*, 3 (5): 277-83, 1987.
- Hernández, R., Cardonnet, L., Libman, C., Gagliardino, J., «Prevalence of diabetes and obesity in an urban population of Argentina». *Diabetes- Res-Clin-Pract*. 3 (5):277-83, 1987.
- Klevene, Julia H. y col., «Niveles de colesterol en la infancia». *La Semana Medica*, 171 (20) 1987.
- Marti, M. L., de Sereday, M. S., Damiano, M., Moser, M., Varela, A. *Prevalencia de diabetes en una población escolar de Avellaneda*. *Argentina, Medicina*, Buenos Aires, 54 (2): 110-6, 1994.
- Martínez, C. A. y colaboradores, «Overweigh and obesity in children and adolescents of Corrientes city. Relationship with cardiovascular risk factors». *Medicina*, Buenos Aires, 2001; 61 (3): 308-314.
- OMS/OPS. Cuidado innovador para las condiciones crónicas: Agenda para el cambio. Ginebra: OMS; 2002.
- Programa de OMS Countrywide Integrated and Non-Communicable Disease Intervention- CINDI.
- World Health Organization. Preventing Chronic Diseases: a vital investment. Ginebra: World Health Organization; 2005.

Bibliografía consultada

- Canada. Public Health Agency. Centre for Chronic Disease Prevention and Control (CCDPC). Integrated approach to chronic disease. 2003
- Dahlgren, G., Whitehead, M. *Policies and strategies to promote equity in health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1992.
- Hodgson, T. A., Cai, L., «Medical care expenditures for hypertension, its complications, and its comorbidities». *Med. Care*, 2001; 39 (6):599-615.

- Hodgson, T. A., Cohen, A. J., «Medical expenditures for major diseases», 1995, *Health Care Financ Rev.* 1999; 21 (2):119-64.
- Krieger, N., «Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology* 2001»; 30:668-677.
- Laspiur, S., Torino, C. D., «Intervenciones Preventivas. Esencia de la MGF. La Plata: Programa de Educación Continua a Distancia en Medicina General Familiar», (MGF 21); 2002.
- Marmot, M., Bobak, M., «International comparators and poverty and health in Europe». *BMJ*, 2000; 321 (7269):1124-8.
- OMS. 53º Asamblea Mundial de Salud. «Estrategia general para la prevención y control de enfermedades no transmisibles». A53/14. Reporte del Director General. Ginebra: OMS; 2000.
- OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: OMS; 2002. p. 12.
- OMS.WHO Global Forum IV on Chronic Disease Prevention and Control. Final Report. Annex. Part 4: Resources. Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2004.
- Organización Mundial de la Salud Promoción de la Salud. Glosario. Ginebra: OMS; 1998.
- Public Health Agency of Canada. Population Health. What Determines Health? Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/determinants/determinants.html#income>.
- Tomatis, L., «Inequities in cancer risks». *Semin. Oncol.*, 2001; 28 (2):207-9.
- WHO Regional Office for Europe Social determinants of health: the solid facts. 2ª edición. Editores: Wilkinson R y Marmot M. Copenhagen: WHO; 2003.
- World Health Organization. Preventing Chronic Diseases: a vital investment. Ginebra: World Health Organization; 2005.

SITUACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN EL ÁREA METROPOLITANA

Marcelo Javier Bourgeois

1.- Infraestructura de la Atención Médica

1.1.- El equipamiento está provisto por tres subsectores

El equipamiento sanitario de tres subsectores de Atención Médica (Estatad, de Obras Sociales y Privado), difiere en información actualizada:

- a) **El subsector estatal**, (nacional, provincial y municipal): actualizado a 1991 por el Ministerio de Salud Bonaerense (Departamento de Información Sistematizada).
- b) **El subsector de Obras Sociales**: Catastro Nacional de Recursos y Servicios para la Salud (1979) con información desagregada por partido.
- c) **El subsector privado**: actualizada para 1987 por igual fuente (a).

La oferta de internación, según número de establecimientos, corresponde en más del 80% al subsector Privado, el 14% al estatal y el 3,4% al de Obras Sociales. En número de camas el peso de los subsectores Estatal y Privado casi se igualan en el 50% de la oferta, mientras el subsector de Obras Sociales no llega al 2%.

La oferta de establecimientos con internación refleja:

- El bajo peso de la oferta física del subsector de Obras Sociales, la tendencia de este subsector a derivar su demanda hacia los otros subsectores, contratando sus servicios.
- El perfil diferente de la oferta de los subsectores estatal y privado. Mientras en el primer caso se trata de unidades hospitalarias de mayor complejidad y tamaño (172 camas promedio por establecimiento), en el segundo caso se observa una mayor dispersión con unidades de menor tamaño (32 camas promedio por establecimiento) (Abba, 1995).

1.2.- Establecimientos del subsector estatal

El subsector Estatal cuenta con 54 establecimientos de internación y 549 sin ella. En el nivel de mayor complejidad y mayor dotación de camas hospitalarias predominan los establecimientos provinciales. La Nación sólo cuenta con un hospital localizado en el partido de Morón, (2% de los establecimientos y el 3% de las camas). Si bien el 55,6% de los establecimientos son municipales, las dos terceras partes de las camas (66,5%) son provinciales.

Los municipios concentran el 84,9% de los establecimientos sin internación. La Provincia refuerza a partidos con predominio de población con NBI y más alta tasa de crecimiento.

1.3.- La cobertura del equipamiento sanitario es insuficiente por desarticulación

El número de habitantes según número de camas hospitalarias es el indicador más representativo de los que se tiene información, y se la relaciona con la complejidad media-baja, o alta. La cobertura física de la oferta de baja complejidad y sin internación, se midió por el número de establecimientos por habitantes.

En un primer análisis por partido, se observa concentración de la oferta en las áreas centrales y el primer anillo del conurbano, disminuyendo en el segundo. La oferta se corresponde con la densidad de la demanda y la localización central que adoptan los equipamientos especializados. Sin embargo, por falta de articulación, el sistema sanitario metropolitano no tiene un funcionamiento conjunto. No se cuenta con mecanismos de derivación ágiles –referencia y contrarreferencia– desde los centros periféricos más dispersos a los centros de mayor complejidad debido, entre otras cosas, a “*barreras jurisdiccionales entre la Capital Federal y los Municipios del conurbano, y de estos últimos entre sí*” (Ministerio De Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2001:34) a lo que se suman vallas de accesibilidad por el sistema de transporte.

Una visión apropiada para evaluar la oferta potencial (superando los problemas de fragmentación citados) es el agrupamiento por regiones y subregiones. Evaluación deficitaria por la desigual información.

En el Conurbano, los subsectores no oficiales (1987), registraban 19.989 camas, es decir 2,38 camas por 1.000 habitantes. Considerando la unidad Gran Buenos Aires se alcanza una oferta de 45.000 camas hospitalarias y 4,05 camas por 1.000 habitantes (Abba, 1995).

Sin el déficit de integración mencionado la cobertura del Gran Buenos Aires alcanzaría lo que la O.M.S. recomienda “un mínimo de 4 camas por 1.000 habitantes y un óptimo de 7 a 10 camas por 1.000 habitantes para el conjunto de camas hospitalarias. En Francia, en la región parisina, se recomienda de 4,9 a 5,5 camas cada 1.000 habitantes, mientras en España el nivel medio del país era de 5,2 camas por 1.000 habitantes en 1975” (OMS, 2000:13).

Sin embargo, el valor de 2,38 camas por 1.000 habitantes representa la situación actual del conurbano bonaerense, con dificultades para que sus habitantes satisfagan sus demandas en la oferta capitalina. Según el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires “la distribución de los recursos físicos de la provincia es muy desigual. En la actualidad se estima un déficit de aproximadamente 2.000 camas en el conurbano bonaerense, mientras en el interior de la provincia la oferta está sobredimensionada con capacidad ociosa (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2001:35).

1.4.- Equipamiento sanitario periférico está distribuido pero con insuficiente coordinación

Esta oferta incluye Unidades Sanitarias, Centros de Salud, Salas de Primeros Auxilios, establecimientos de contacto más inmediato del sistema sanitario con la población. Se caracteriza por sus servicios ambulatorios que carecen de internación y servicios intermedios.

La relación de establecimientos por 10.000 habitantes aumenta del primer al segundo anillo y tiene que ver con la mayor distancia a los centros de oferta de media y alta complejidad. La existencia de menos de 1 establecimiento cada 10.000 habitantes, como valor promedio, muestra un déficit de oferta física considerable (sin considerar la dotación de personal médico y de enfermería), que se agrava en las zonas periféricas de bajo nivel de consolidación por vallas de accesibilidad.

1.5.- La demanda tiende a la oferta sanitaria capitalina

El sistema sanitario metropolitano registra una fuerte demanda de la población del Conurbano Bonaerense sobre la oferta de Capital Federal. El Departamento de Estadística de la Secretaría de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) discrimina los pacientes egresados y ambulatorios según residencia habitual de los mismos (Torres, 1996:43). Estos datos son confiables pero hay cierto subregistro, por ocultamiento del domicilio de parte de la población provincial.

Respecto a la evolución de los egresos en los hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 1989 y 1991, Caprarulo observa:

- a) el alto peso de los egresos procedentes del conurbano, que en 1991 superaban el 50% del total.
- b) la tendencia creciente de egresos con este origen en los años posteriores.
- c) la concurrencia de pacientes del conurbano a Obstetricia es la más importante (50% promedio para el conjunto integrado por los diez Hospitales Generales de Agudos que cuentan con dicha especialidad)
- d) la afluencia de pacientes del conurbano se reduce substancialmente cuando el motivo es la Consulta Externa.

Cita una encuesta, del mes de mayo de 1988, que desgrana la procedencia de pacientes ambulatorios atendidos en Hospitales de la C.A.B.A. por partidos del conurbano agrupados en regiones Norte, Sur y Oeste. La autora comenta:

“Observando el conjunto de hospitales, la mayor concurrencia proviene de la Región Sur, alcanzando el 40,8% de los 29.831 encuestados. En lo referente a los Hospitales Generales de Agudos la Región Oeste ocupa el 1er lugar con el 38,4% del total de pacientes residentes en el conurbano (destacándose en esta Región el partido de La Matanza), le siguen la Región Norte 29,5% y la Región Sur 32,1%” (Torres, 1996:123).

La afluencia de pacientes del conurbano a Consultas Externas, que para la totalidad de los hospitales alcanzaba (1991) al 40%, aumenta en el caso del Hospital “Elizalde” pediátrico (cerca del 70%) y en otros especializados como el Materno Infantil “Ramón Sardá” y el de infecciosas “Francisco J. Muñiz”.

Las áreas del conurbano donde preferentemente se originan las consultas de estas especialidades son las siguientes:

- En los Hospitales de Niños el 65% proviene de la Región Sur, concentrándose en el Hospital Elizalde. La demanda de los partidos de Quilmes, Alte. Brown y Avellaneda superan el 30% de la concurrencia en este hospital.
- También ocupa el primer lugar la Región Sur para el total de los Hospitales Especializados destacándose los partidos de Lanús y Lomas de Zamora con el 14,7 y el 13% respectivamente del total de consultantes residentes en el conurbano bonaerense [Cuadro 1.5.a].

Articulación de la AM según jurisdicciones

“La relación de complementariedad entre jurisdicciones que componen una aglomeración en el uso de la oferta de equipamiento en general es esperable, con mayor razón en el caso de servicios sanitarios de media a alta especialización. En este terreno lo irregular en el área metropolitana no es que se registre afluencia de usuarios hacia los hospitales ubicados centralmente en la aglomeración (con mayor complejidad de oferta), sino la desintegración del sistema de salud en su organización y financiamiento” (Torres, 1996:123).

Cuadro 1.5.a

En diferencia de demanda se observa:

- que buena parte de las consultas o internaciones no especializadas podrían resolverse en los lugares de origen.
- que el buen funcionamiento requeriría un ágil y racional sistema de derivaciones que aprovechara la infraestructura instalada.
- que de la demanda del conurbano que se atiende en la CABA debería surgir un redimensionamiento de la oferta en el conurbano.

2.- Infraestructura de Saneamiento

2.1.- Infraestructura y Equipamiento

El examen de los servicios de agua corriente y desagües cloacales muestra la situación de crisis por la cual han estado pasando gran parte de los habitantes (más de 8 millones), desde hace casi 40 años. Solo la mitad de los habitantes del conurbano poseía en 1991 servicio de agua corriente y a poco más de 1/4 del total se le recogía las aguas servidas. Además, ni los primeros tenían garantía absoluta sobre la potabilidad del agua corriente, ni el servicio de alcantarillado prestado a los segundos era una solución, ya que casi todas estas aguas son lanzadas crudas a los cursos hídricos superficiales. Mientras tanto el resto de la población –de enormes proporciones– sufría y sufre las penurias de producir su propia agua y de imaginar sistemas para deshacerse de sus efluentes. La situación parece presentar signos de cambio, lo que sería una inflexión en el progresivo deterioro ocurrido en las últimas décadas.

2.2.- La crisis tiene larga evolución

Los servicios de agua corriente y alcantarillado cloacal en el Área de Estudio tienen como componente abrumadoramente mayoritario –en términos de población total atendida (77% de la misma atendida en agua corriente y 73% con desagüe cloacal) y municipios involucrados (13 para los servicios de agua y desagües cloacal)– al subsistema a cargo, operado desde inicios de mayo de 1993, del consorcio privado “Aguas Argentinas” y hasta ese momento por la ex empresa pública Obras Sanitarias de la Nación (OSN).

Los servicios de la ciudad de Buenos Aires, fueron iniciados por la Provincia, a fines de la década de 1860 a consecuencia de epidemias estivales devastadoras. Las de cólera y fiebre amarilla, irrumpieron en la ciudad cuando Argentina abrió sus puertos al mercado mundial y a las pestes presentes en Europa, a través de la ola inmigratoria. La Provincia más rica del país; influida por una generación de políticos modernizantes, muchos de los cuales –como Guillermo Rawson– formaron el pensamiento “higienista”, intervino para evitar el colapso sanitario de la población porteña, justo en el momento en que su dirigencia comenzaba a hegemonizar el país. Es por esto que se provincializó un tema de incumbencia local. En 1880 Buenos Aires se federalizó y los servicios pasaron a la Nación. Luego de un fracasado intento de concesión del servicio a una empresa privada (1887-91), la misma volvió al Estado Nacional, que creó (1898) la Comisión de Obras de Salubridad (COS). En 1912 nació Obras Sanitarias de la Nación (OSN) que extendió los servicios a las capitales de provincias y grandes ciudades del país. En este período, que continuaría hasta fines de los 1930s evidencia una decisión política por parte del Estado Nacional, de actuar en saneamiento.

Obras Sanitarias de la Nación constituye durante este período, no solamente el instrumento del Estado Nacional en la resolución del problema. Se trata –junto con las líneas ferroviarias de fomento– de uno de los pocos servicios públicos en sus manos, a través del cual ejecuta una de sus más privilegiadas políticas, y para el cual realiza importantes aportes, a fondo perdido, del Tesoro Nacional. OSN, que aún en 1948 detentaba el 12% de los bienes del Estado Nacional (CEPAL; 1964), es una organización líder del ramo en América Latina, una empresa integrada, fabrica la mayor parte de sus insumos y realiza la mayor parte de sus obras, ejerciendo la ingeniería de punta en las primeras décadas del siglo actual. OSN fue avanzando con los servicios en todo el país, y colocó a Argentina a la cabeza de América Latina en el rubro.

Hacia fines de los 1930s, el modelo comenzó a revertirse. Hubo un exceso de confianza en el control de enfermedades hídricas, que desde hacía más de 20 años habían desaparecido (CEUR, 1998:55). Asimismo la crisis de 1929 echó por tierra el modelo agroexportador¹ y los recursos del Estado que, a partir de 1940, redujeron los aportes del Tesoro Nacional, imprescindibles para un sistema que no se autofinancia. Se redujeron hasta desaparecer a inicios de la década de 1970. Sus efectos sobre el servicio sólo se ven tiempo después.

Los cambios políticos a partir del 4 de junio de 1943, influyeron en OSN. Hasta ese momento planificaba sus acciones con lógica sectorial, comenzando a ser cada vez más instrumento de la política global.

¹ Este modelo había generado fabulosos ingresos a los sectores terratenientes de Argentina en virtud de la política arancelaria, canalizando importantes recursos a manos del Estado Nacional.

A fines de la década 1930 propuso para el saneamiento integral el llamado “*Distrito Sanitario Aglomerado Bonaerense*”. Esta es quizás, la primera y temprana oportunidad en que Capital Federal y el actual Conurbano son concebidos como una unidad urbana funcional. En base a un diagnóstico de los servicios de agua corriente y desagües cloacales en la ciudad de Buenos Aires y sus alrededores, notablemente consistente para la época, se formuló un plan, con instrumentos legales y proyectos. El Plan nunca llegó a ser aprobado, pero se intentó aprovechar partes de él, las que desgajadas del todo integrado, terminaron siendo desvirtuadas. Este plan de inversiones, pensado para un espacio que abarcaba todo el GBA de entonces, continuó siendo reivindicado durante décadas, casi sin ajustes. Esto ocurría a pesar de los cambios sustantivos que sufrió este espacio, incluyendo la distribución de su población y su nivel socioeconómico. La falta de revisión del plan de obras, resulta errónea ya que mientras tanto el GBA no solamente amplió sus límites, sino que cambió su configuración interna. Pasa de ser un área urbana relativamente concentrada, a otra dispersa y con bajas densidades, fenómeno capital en la factibilidad económica de dotar servicios como los sanitarios.

En el sector saneamiento, y coherentemente con la política global, a pesar del incremento demográfico de esa época, la elevada proporción de población cubierta no decayó (Brunstein, 1983). Esto a pesar de la disminución de los aportes del Tesoro, en virtud de la concentración de éstos exclusivamente, en la extensión de redes. Se aprovechó la importante capacidad ociosa en obras básicas (plantas de potabilización, almacenaje, y sistemas maestros de conducción) remanentes de la prosperidad anterior. La cobertura no declinó hasta fines de la década de 1940 reduciendo el volumen ofrecido en las zonas periféricas.

A partir de la década de 1950, la disminución creciente en aportes del Tesoro y el agotamiento de capacidades ociosas en obras básicas, restringieron la ampliación de cobertura en agua corriente y desagües cloacales. Se modificó el uso de los recursos públicos aún disponibles, impidiendo la expansión de las redes e invirtiendo sus disminuidos valores en obras básicas, para recuperar –para los habitantes servidos– su elevado nivel de cobertura, y para lograr para las empresas contratistas de OSN un importante mercado cautivo. Esta situación, no superó la de la década de 1970, disminuyendo radicalmente desde entonces.

Como consecuencia de este proceso el área cubierta con agua corriente y, en medida menor, la servida con desagües cloacales en el Conurbano, conserva los perímetros aproximados, de mediados de la década de 1950; la Capital Federal y el área inmediata. En las últimas cuatro décadas, el Conurbano más que duplicó su población y parte importante de los nuevos residentes, se radicó en su periferia, área condenada a no tener por décadas servicios centralizados de agua corriente y cloacas.

Las políticas económicas neoliberales, predominantes en sucesivos gobiernos, visualizaron los aportes del Tesoro a OSN, aunque reducidos, y para paliar déficits operativos, como un déficit fiscal a ser abatido. Este era el propósito si el Estado no podía desprenderse de la empresa, privatizándola. Las nuevas inversiones, aún las independientes de recursos públicos, chocan con el veto del área económica. Los planes de expansión, con aportes de los vecinos y créditos externos son excepcionales. La credibilidad de OSN cayó irremediablemente.

Casi al final de su gestión, el gobierno radical intenta revalorizar a las cooperativas en la descentralización del sector agua potable. El gobierno siguiente vía la Ley de Reforma del Estado, incluye, con menor énfasis, un papel para las cooperativas. El camino predominante elegido es la concesión total de la operación, mantenimiento y expansión de todo el sistema a empresas privadas.

2.3.- La cobertura en agua corriente

El acceso de la población del Área al agua mediante red pública (que no siempre quiere decir que se trate de agua potable) es alarmantemente baja, y a la vez muy dispar entre municipios.

Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) en 1991, poco más de la mitad de la población de los 22 municipios considerados, tenía acceso a la red pública de agua. Cuatro millones de personas, apelaban a alternativas individuales para conseguir satisfacer su provisión de agua. Como agravante, aún la población beneficiada por la red, tenía alta proporción de habitantes con servicio poco satisfactorio: una parte de ellos, carecían de instalaciones internas a la vivienda, y otra tenía conexiones clandestinas. Estos niveles de cobertura son extremadamente bajos y se alejan de las metas de la propia Argentina para 1980 (90% de población con agua potable y 80% con desagües cloacales) (Ciccolella; 2003).

En el área existen cuatro diferentes subsistemas de provisión de agua corriente: Aguas Argentinas (aún Obras Sanitarias de la Nación en la época del Censo de 1991), Obras Sanitarias de la Provincia de Buenos Aires (OSBA), el Municipio de Berazategui, y el Municipio de Quilmes en sus respectivas jurisdicciones). La situación de cobertura era diferenciada para cada subsistema y aun en el interior de cada uno. Los subsistemas con mayores coberturas son los dos municipales, que en conjunto alcanzaban el 89% de la población servida.

Los subsistemas OSN y OSBA, son heterogéneos entre municipios. En OSN, existían y existen altos porcentajes de cobertura en los municipios colindantes con Capital Federal, (Avellaneda, Lanús y Vicente López). Morón y Tigre, tenían muy bajos porcentajes, siendo que el resto de los municipios presentaban proporciones entre 60% y el 76%. La Matanza tiene relativamente buena cobertura en la parte próxima a Capital Federal y pésima en el resto. En el caso de OSBA, las coberturas son muy buenas en Berisso y Ensenada, y muy malas, con matices, en: Florencio Varela, General Sarmiento, Merlo y Moreno, y peores aún en San Vicente (Yanes, 1995).

La mayor cantidad de habitantes carentes de servicios correspondía al subsistema OSN, en el que sus 2.420.000 habitantes sin servicios constituían el 60% del total de la demanda insatisfecha de la Región Metropolitana, concentrados en el siguiente orden: La Matanza, Morón, Almirante Brown, Esteban Echeverría, Lomas de Zamora y Tigre. En la siguiente posición estaban los municipios de OSBA en el conurbano, con 1.429.000 personas sin acceso a las redes. General Sarmiento, absorbía el 42% de este déficit (Brunstein, 1995).

Entre 1980 y 1991 la cobertura con agua corriente, muestra que la RMBA mejoró su cobertura en cantidad y, con menor significación, en porcentaje. Según el INDEC, se incorporaron a los servicios unos 800.000 habitantes, aunque la proporción aumentó del 48% al 51%.

En comparación con la expansión del área urbanizada que registró la región en este período, la red se amplió muy por debajo del crecimiento demográfico verificado [Cuadro 2.3.a].

R. Argentina. RMBA Población servida con agua corriente. 1991 y 1980

1 Municipios	2 Ente. Prest.	3 Población Total (nº habit.)	4 % Pobl. serv. 1991	5 %Pobl. serv. 1980
Alte. Brown	OSN	449.105	27	21
Avellaneda	"	346.620	94	98
E. Echeverría	"	276.017	8	8
Gral. San Martín.	"	407.506	69	38
La Matanza.	"	1.121.164	44	36
Lanús.	"	466.755	94	94
L. de Zamora.	"	572.769	68	61
Morón.	"	641.541	27	29
San Fernando.	"	144.761	60	57
San Isidro.	"	299.022	83	72
Tigre.	"	256.005	29	24
Tres de Febrero.	"	349.221	76	54
Vte. López.	"	289.142	97	95
Sub-total Aql. Bon. s/CABA.	"	5.619.628	57	52
F. Varela.	"	253.554	11	8
Gral. Sarmiento.	"	646.891	7	2
Merlo.	"	390.031	9	5
Moreno.	"	287.188	13	6
Sub-total OSBA en CONURBANO	"	1.577.664	9	5
Berazategui.	Municipal	243.690	88	77
Quilmes.	"	509.445	89	84
Sub-total Sist. Munic.	"	753.135	89	83
Total CONURBANO.	"	7.950.427	50	47
Berisso.	OSBA	74.012	94	86
Ensenada.	"	48.524	94	96
San Vicente.	"	74.890	5	7
Sub-total OSBA (resto).	"	197.426	60	42
Total Area Estudio.	"	8.147.853	51	48

(Brunstein, 1995 en base a datos del Censo 1991, INDEC).

Cuadro 2.3.a

2.4.- El nivel de servicio es heterogéneo

Las coberturas arriba indicadas no reflejan, sin embargo, la compleja realidad del nivel de servicio. Las poblaciones de los espacios que incluyen y rodean inmediatamente a Capital Federal y a los municipios de Berisso, Ensenada y San Vicente, se encuentran cubiertas por ambas redes de servicios, en tanto que el déficit de cobertura se concentra en sus periferias. El nivel de servicios no se satisface con el simple indicador de conexión a las redes. En primer lugar, aún la mejor agua ofrecida por estos sistemas viola atributos de insípida y transparente.

Más allá de las áreas centrales de los núcleos urbanos del Área, cuando más próximo se está de los límites de las áreas servidas, más decae el nivel cuantitativo de agua (Brunstein, 1991) [Cuadro 2.4.a].

El agua en el Conurbano tal como sostiene Solo para el caso del Aglomerado Bonaerense, “...en lo que hace a la calidad del agua corriente originada en fuente superficial por OSN (y esto no ha variado con la concesión a Aguas Argentinas), y más aún en el caso de OSBA (en su abastecimiento al Gran Buenos Aires, que incluye a Berisso y Ensenada), las impurezas en el coagulante empleado afectan el producto resultante. Además, por falta de macromedición, los volúmenes de las sustancias químicas incorporadas durante el proceso no son calculados con la exactitud que se requiere, contribuyendo al deterioro en los niveles de salida del agua resultante” (Bruinstein, 1995:45).

Cuadro 2.4.a

Dado que la capacidad de la fuente superficial es, según los criterios actuales de uso y desperdicio, insuficiente, Aguas Argentinas, hasta el momento, OSBA y la Municipalidad de Berazategui, disponen de baterías de pozos que extraen agua del recurso subterráneo y lo vuelcan a la red (en el caso de Aguas Argentinas este aporte es de aproximadamente 370.000 m³ diarios), con una calidad muchas veces inferior a la deseada (Yanes, 1995).

Parte de la población acordada a la red sufre mermas en la provisión de agua –estacionales o esporádicas– como consecuencia de la disminución de la presión de la misma ocasionada por las pérdidas que sufre el sistema. Estas alcanzarían –según optimistas– a un 40% de la producción.

2.5.- Las coberturas en desagües cloacales es aún mas deficitaria

La proporción de población con acceso a servicios de alcantarillado cloacal en el conurbano es sorprendentemente baja, apenas un 27% de la misma tiene este privilegio, mientras que casi 6 millones de personas, de los poco más de 8 millones que lo habitan carecen de él.

En el conurbano, el subsistema con menor proporción de población servida es de los municipios bajo jurisdicción de OSBA. La media de población servida es de 9%, de por si es grave en un área urbana. Mas grave es porque son municipios con población de bajos ingresos que tienden a construir precariamente los pozos ciegos con que suplantán la carencia de red. Como consecuencia se deterioran las aguas subterráneas que esta población consume y la de otros por los flujos de estas aguas (Yanes, L.; 1995).

La situación es dispar entre municipios. Esto ocurre especialmente en Aguas Argentinas y en el subsistema OSBA fuera del CONURBANO. Así, con alta cobertura solamente se encuentra Vicente López (91%), y con cobertura media-alta Tres de Febrero (60%). En cobertura media se incluyen: Avellaneda (41%), Berazategui (31%), La Matanza (36%), Quilmes (38%), San Isidro (35%) y San Martín (36%). Con cobertura baja se sitúan los municipios de Morón (21%) y San Fernando (25%). Con cobertura muy baja Almirante Brown (16%), Florencio Varela (13%), Lanús (26%), Lomas de Zamora (19%) y Moreno (11%). Finalmente con cobertura extremadamente baja se ubican los municipios de Esteban Echeverría (5%), General Sarmiento (6%) y Tigre (7%). Un caso aparte es San Vicente son su 1%, por la casi carencia de servicios. Según Brunstein “el municipio con mayor carencia es La Matanza, con sus 715.252 carentes (el 12% del déficit total), le sigue General Sarmiento con sus 608.391 habitantes sin servicios (el 10% de este déficit), y finalmente Morón con sus 505.910 habitantes sin servicios (el 8% del déficit total)” (Bruinstein, 1995:47).

R. Argentina. RMBA Población total, servida y no servida con alcantarillado cloacal. 1991 y 1980

1	2	3	4	5
Distrito Pobl. No Serv. Municipios	Ente. Prest.	Población (n° de Hab.)	% Pobl. serv. 1991	% Pobl. serv. 1980
Alte. Brown.	OSN	49.105	16	10
Avellaneda.	"	346.620	41	41
E. Echeverría.	"	276.017	5	7
Gral. San Martín.	"	407.506	36	30
La Matanza.	"	1.121.164	36	33
Lanús.	"	466.755	16	17
L. de Zamora.	"	572.769	19	23
San Fernando.	"	144.761	25	27
San Isidro.	"	299.022	35	44
Tigre.	"	256.005	7	11
Tres de Febrero.	"	3490221	60	45
Vte. López.	"	289.142	91	82
Sub-total Agl. Bon. s/ Cap. Fed.		4.978.087	32	31
F. Varela.	OSBA	253.554	13	7
Gral. Sarmiento.	"	646.891	6	4
Merlo.	"	390.031	10	5
Moreno.	"	287.188	11	8
Sub-total OSBA en CONURBANO.		1.577.664	9	5
Berazategui.	Municipal	243.690	31	195.512
Morón.	"	641.541	21	25
Quilmas.	"	509.445	38	35
Sub-total sistemas Municipales.	"	1.349.676	29	27
Total CONURBANO		7.950.427	27	26
Berisso.	OSBA	74.012	18	17
Ensenada.	"	48.524	27	14
San Vicente.	"	74.890	1	0
Sub-total OSBA resto Área Estudio		197.426	14	1
Total Área Estudio.			27	26

(Brunstein, 1995 en base a datos del Censo de 1991 de INDEC).

Cuadro 2.5.a

El incremento de población sin servicios es cada vez de una masividad mayor, por lo tanto exige costos elevados para su satisfacción. Los 840.000 nuevos carentes de servicios, desde 1980, se concentraban en primer lugar en OSBA CONURBANO: 370.000 y en segundo lugar en el Aglomerado Bonaerense. Los municipios principales de este incremento del déficit son los siguientes: 1° General Sarmiento con 130.000 nuevos demandantes, le siguen con 90.000 nuevos demandantes cada uno: Almirante Brown, Esteban Echeverría y La Matanza. Moreno lo hacía en 3° lugar con 85.000 nuevos demandantes, Merlo en 4° con 75.000 y Morón en 5° con 60.000. El resto de los partidos participantes con valores mucho menos importantes.

2.6.- El nivel de Servicios de alcantarillado cloacal es también heterogéneo

Como en agua corriente, a la cobertura en alcantarillado, debe agregarse la calidad el indicador cobertura es precario. En el caso del agua se puede tener acceso al servicio, pero la potabilidad puede ser insatisfactoria.

En caso del alcantarillado cloacal la accesibilidad es fundamental y resulta suficiente con tener el servicio, o sea alejar de la vivienda las aguas servidas. Pero el beneficio individual de alejar las aguas servidas ser un grave perjuicio para el conjunto si éstos no se tratan adecuadamente. Es decir, centrarse en la cobertura de alcantarillado cloacal sin considerar la falta casi absoluta de tratamiento de los líquidos cloacales en el GBA resulta un despropósito.

Esta falta de tratamiento es uno de los grandes problemas ambientales que sufre el Conurbano ya que legal o clandestinamente, se están deteriorando los cursos de aguas superficiales y subterráneas.

El subsistema de desagüe cloacal más importante es el del Aglomerado Bonaerense (antes OSN, ahora Aguas Argentinas). Este subsistema funciona en base a la colección de líquidos cloacales domiciliarios y su conducción a las tres Cloacales Máximas de que dispone.

Las Cloacas Máximas transportan los líquidos por gravedad hasta la estación elevadora de la Boca, Barracas y Wilde, y desde allí hasta la descarga de líquidos crudos en Berazategui. A ella se acoplan las de Quilmes, Berazategui y Florencio Varela. Los grandes conductos mencionados atraviesan mediante sifones al Riachuelo. El GBA padecen de cloacas máximas insuficientes, sistemas de depuración inactiva y descarga en el Río de la Plata. A los cuales se debe sumarse el déficit de parte de la red colectora domiciliar que funciona a presión en zonas recientemente densificadas. Adicionalmente, la vejez de gran parte de la red y su destrucción parcial, contamina el subsuelo y las aguas subterráneas. Asimismo, hace ya más de cuarenta años que no se amplía la capacidad de transporte de la red troncal. Carentes de mantenimiento, las cloacas redujeron su capacidad de conducción por bloqueos o filtraciones.

Por otra parte, el estado de deterioro de los sifones con que las cloacas máximas atraviesan el Riachuelo y el propio comportamiento normal de los mismos hacen que parte del líquido transportado sea arrojado –en horas pico– en condiciones crudas al río, contaminando más sus aguas, ya contaminadas por los efluentes industriales y los derrames de petróleo (Yanes, 1995).

2.7.- Estado y abastecimiento del agua

Fuera de las áreas con redes, los costos para la población de ingresos medios o medio-bajos, derivan de que el agua subterránea está –en general– química y bacteriológicamente contaminada. En una segunda y última franja de residentes urbanos no servidos, –espacio con menor contaminación– el costo para sus habitantes de ingresos bajos o medio-bajos consiste en hacerse cargo individualmente del servicio. La situación deficitaria se torna inaceptable en comparación con los niveles históricos de cobertura. Ya en 1925, y hasta fines de 1940, casi toda la población urbana del Gran Buenos Aires (Conurbano y Capital Federal) estaba abastecida. Desde entonces sólo hay regresiones. En 1960 casi el 25% de la población carecía del servicio (23,7%), y en 1970 el déficit rondaba el 30%, y el 37% registrado en 1980, valor que parece haber mejorado –aunque poco– actualmente (Brunstein, 1995).

La cobertura con desagüe cloacales ha estado siempre rezagada con respecto a la del agua corriente, pero la lógica del deterioro ha sido la misma. En el caso del Conurbano, el Censo de 1980, registró en sus 19 partidos, 726.000 perforaciones individuales, con bombearios accionados manual o eléctricamente, en tanto que según el Censo de 1991, la cifra creció a 856.000, o sea 130.000 más. Este método, “retrotrae a metodologías rurales del siglo XIX, con altos costos, tanto desde un punto de vista individual como colectivo”.

Los habitantes debían efectuar hacia mediados de la década de 1980 una inversión individual, promedio de US\$ 400, precio no muy inferior al necesario para un sistema centralizado que diera cobertura a los mismos 3 millones de habitantes autoproductores de su agua. Sus costos de operación, a igualdad de calidad, eran superiores a los de un sistema centralizado. Adicionalmente, no contaban ni cuentan con los controles sanitarios y estaban (y están) sujetos al fuerte riesgo de la contaminación.

Costos sistemas individuales y centralizados

Se ha verificado que “en una proporción importante de instituciones, al menos los costos de contribución de una infraestructura centralizada se reducen en el orden del 50%, frente a la perforación individual, siendo el sistema centralizado mejor controlado desde el punto de vista sanitario” (CEUR, 1998:55).

Cuadro 2.7.a

En las zonas de red de saneamiento, la proximidad entre pozos ciegos y perforaciones, agravan la autocontaminación, dada la habitual mala calidad constructiva de esas obras. Hay asimismo solo agua corriente y falta alcantarillado cloacal.

En las zonas periféricas del GBA los problemas son menos graves por las menores densidades y la ocupación más reciente. Esta población más pobre sufre las consecuencias de las inundaciones. En esos sitios, cuando el agua avanza se conectan pozos ciegos con perforaciones, contaminando las capas utilizadas, con el agravante de que se trata siempre de desbordes de cauces contaminados

(CEUR, 1995). Cabe señalar el fenómeno curioso de que en áreas carentes de ambas redes, parece existir una opinión mayoritaria que prioriza -en base a razones de beneficio individual- la instalación de cloacas frente a la de agua corriente. ¿Tiene que ver en esto la gestación de falsos valores culturales, que impiden a los habitantes discriminar sobre la potabilidad del agua?

2.8.- La falta de servicios genera graves contaminaciones

Se planteó el problema de la carencia de saneamiento en su dimensión familiar. En este punto se tratará una aproximación acerca de los efectos nocivos que tiene la situación actual de saneamiento en el Conurbano. Según Hernández (1975):

“La principal fuente de agua subterránea la constituyen los acuíferos en (...) una secuencia inferior de arenas medianas y finas, cuarzosas, con un espesor variable en el aérea entre 20 m y 35 m, conocidas genéricamente como arenas puelches” (Hernández, 1985:24).

El deterioro del recurso subterráneo, descrito en esa obra, también se ve agravada por el deterioro hídrico superficial. Esto se debe no sólo al lanzamiento de líquidos cloacales crudos si no a los efluentes industriales. La mayoría de los establecimientos instalados en la región carece de sistemas de autodepuración, volcando sus residuos en los afluentes del Río de la Plata. Como consecuencia, los niveles de Demanda Biológica de Oxígeno (DBO) son muy elevados en los cursos inferiores de los ríos Matanza-Riachuelo, Reconquista y en arroyos del sur de Conurbano, como Sarandí, Santo Domingo, Las Piedras, San Francisco y en el Gran La Plata, El Pescado entre otros.

La contaminación del Río Reconquista es seria, debido, además, a que el mismo provoca grandes inundaciones -con sus aguas contaminadas-; así, en 1985 se han producido inundaciones que cubrieron parte de los partidos de Morón, Moreno, Gral. Sarmiento y Gral. San Martín.

Las empresas arrojaban los desechos sin tratamiento previo según las inspecciones comunales y provinciales: “Dos factores inciden en el alto grado de polución: los desperdicios industriales, como cianuros, fenoles y metales tóxicos, así como aguas cloacales domiciliarias. Los tanques atmosféricos llevan el contenido de las cámaras sépticas (sic) al arroyo” (Hernández, 1985:25).

2.9.- Las consecuencias sanitarias se expresan en mortalidad y morbilidad

En la Argentina, para todo el país las enfermedades infecciosas equivalen al 8,75% de las muertes, 9,19% en Capital Federal, y 4,71% en la Provincia de Buenos Aires. Las enfermedades intestinales alcanzaban el 5,74% de la mortalidad en todo el país, correspondiendo un 3,46% para Capital Federal y 2,64% en Buenos Aires. En los países donde se han satisfecho las necesidades de agua potable y desagües, el primer grupo de enfermedades no supera el 1% y las enfermedades intestinales tienen tasas inferiores al 0,3% de la mortalidad (AIDIS, 1986) (Cuadro 2.9.a)

Saneamiento y Mortalidad Infantil

“Gran parte de la mortalidad entre los niños de dos años se debe a diversas enfermedades diarreicas, que a menudo agravan o precipitan la malnutrición. El predominio especialmente alto de esas enfermedades en los barrios de tugurios y chabolas se explica por los riesgos ambientales típicos de esas zonas, especialmente la escasez de agua, el hecho de que el agua disponible con frecuencia esté contaminada y la falta de cloacas u otros medios de asegurar la eliminación higiénica de los desechos humanos, (...). La estrecha relación que existe entre agua y saneamiento significa que las mejoras de uno de esos factores sin una mejora correspondiente del otro tendrán probablemente escasos efectos en la salud infantil. La posibilidad de utilizar alcantarillas para la evacuación de los desechos humanos depende no sólo de la existencia de tuberías sino también de la disposición de agua suficiente, y la imposibilidad de eliminar los desechos humanos representa a su vez una amenaza para el abastecimiento de agua disponible” (Rossi, 1998:33).

Cuadro 2.9.a

3.- Residuos

3.1.- La generación de residuos involucra su destino final

El deterioro y ausencia de infraestructura sanitaria es una de las más sensibles carencias del país, fenómeno que se agudizó en los 1980s. El cólera, que volvió aparecer y por fortuna no llegó al AMBA, y la tuberculosis que persiste en la Argentina, son enfermedades que florecen en bolsones de miseria, hacinamientos con inaccesibilidad a la higiene y a la asistencia.

En saneamiento el país está indefenso, pues en tanto Argentina era en 1975 el país de mayor desarrollo en América Latina, hoy el deterioro de su infraestructura social básica la ha llevado a un marcado retroceso. Hoy el 49% de la población argentina no tiene redes de agua corriente y el 74% carece de cloacas. Tan sólo 17 años atrás éstas cifras eran del 41% y 69% respectivamente (Yanes, 1995).

Se han tomado los niveles de inversión en redes cloacales públicas como nivel indicador de desarrollo, dado que hasta hoy la inversión privada en infraestructura sanitaria es muy baja, el cuadro 3.1.a ejemplifica el problema.

R. Argentina. Inversión en Infraestructura sanitaria 1971-1999

Período	Inversión real (en mill.\$ de 1960)	Total
	Promedio	Anual
1971-1975	278	55.6
1976-1980	271	54.2
1981-1985	82	16.4
1986-1990	68	13.6

(Yanes, 1995 en base a presupuestos nacionales).

Cuadro 3.1.a

Como puede observarse, la inversión real anual se redujo en 15 años a tan sólo la cuarta parte de lo que alcanzaba en 1975. En tanto que en los 1970s el promedio anual llegó a 55 millones de pesos constantes de 1960, en los 1980s no sobrepasó los 15 millones.

Esta desinversión no sólo afectó a la expansión de los servicios sino que llevó a un deterioro progresivo de las instalaciones y las operaciones. Hoy, la mitad de la infraestructura sanitaria debería ser repuesta totalmente.

En el caso de los residuos domiciliarios del área Metropolitana, entre 1977/78 se instaló el primer gran sistema de tratamiento y disposición final de residuos que permitió mejorar la situación, pero sigue sin resolverse el problema de las áreas marginales y la totalidad de residuos generados, entre ellos, los industriales.

Los Censos Nacionales de Población y Vivienda registran, en hogares que poseen servicios fuera de la vivienda, que en recolección domiciliaria de residuos hay aún aproximadamente un 13% de hogares sin servicio eficiente, lo que representa unas 330.000 viviendas que, a razón de 3,5 hab./vivienda (hogares humildes), suman 1.155.000 personas. El mayor riesgo sanitario está en los partidos de la segunda corona que son los de menor cobertura de servicios, crecimiento demográfico explosivo y, los de mayor presencia de basurales clandestinos.

3.2.- Los residuos industriales, en su mayoría ni se tratan ni se controlan

Son pocos los datos fehacientes con que cuentan los organismos públicos sobre la generación de residuos industriales. Prácticamente no hay registro sobre los mismos y los datos que aparecen en forma periódica son estimaciones empíricas o deducciones a partir de la producción industrial general.

Por encargo de OSBA y el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, la consultora DAMES & MOORE estudió la generación de residuos durante 1992.

A través de una muestra, permitió inferirse la situación en la Provincia de Buenos Aires y el Conurbano.

Los principales datos, tomando los 3 grupos de industrias muestreadas, son los del cuadro 3.2.a.

R. Argentina. Residuos Industriales en Gran Buenos Aires por tipo. 1992

Tipo	Unidad	Cantidad
Residuos líquidos:	m ³	588.000
Residuos semi-sólidos	m ³	656.000
Residuos sólidos:	Tn	280.000

Cuadro 3.2.a

La zona con mayor producción potencial de residuos industriales es el Conurbano sur, con un 36,6%. Le sigue el Conurbano norte con 23,9%, el Conurbano oeste con 18,5% y la zona La Plata con 7,8%².

El CEAMSE, cuenta con el único registro sobre la generación de residuos recogidos, no hay mecanismos de contralor municipal ni provincial. La Generación de basura del Conurbano (más la Capital Federal) en los últimos años puede sintetizarse en el cuadro 3.2.b.

R. Argentina producción de basura. Gran Buenos Aires 1988-1999

AÑO	Basura (en Tm/año)
1988	2.791.000
1989	20348.000
1990	2.564.000
1991	4.192.000
1992	3.960.000

Cuadro 3.2.b

Como se observa, en los últimos 3 años se ha incrementado sensiblemente la disposición de basura, en gran medida por la toma de conciencia de la población y las autoridades, acompañadas por mejoras en las prestaciones.

La relación entre población y producción de basura se presenta en el cuadro 3.2.c.

R. Argentina. Población y producción de basura Gran Buenos Aires 1991

Población del gran Buenos Aires (1991)	11.576.000hab.
Población del Conurbano (1° y 2° corona)	8.615.000 hab.
Población de Basura Gran Buenos Aires	4.192.000 Tm/año
Conurbano	2.938.000 Tm/año
Producción/per cápita, 1991	0,485 Tm/año
Producción/cápita-Capital Federal, 1991	0,426 Tm/año
Producción/cápita-Conurbano, 1991	0,341 Tm/año
(Yanes, 1995).	

Cuadro 3.2.c

Se destaca que la producción de basura per cápita del Área Metropolitana oscila en 0,485 ton./hab./año, es decir, 1,3 Kg./hab./día. En el Gran Buenos Aires la proporción decae a 0,341 ton./hab./año, es decir, a 0,9 Kg./hab./día, siendo otro indicador del menor poder económico del Conurbano.

La situación económica se relaciona con la generación de residuos, siendo esta última directamente proporcional a la primera medida por el índice de inflación. Cuando el costo de vida trepó a cifras inmanejables sumiendo en gran crisis a los sectores marginales del Conurbano (como

² El estudio toma como Conurbano norte los partidos de San Martín, San Fernando, San Isidro, Tigre, Vicente López; Conurbano oeste; Gral. Sarmiento, La Matanza, Merlo, Moreno, Morón, Tres de Febrero. Conurbano sur: Almirante Brown, Avellaneda, Berazategui, Esteban Echeverría, Florencio Varela, Lanús, Lomas de Zamora, Quilmes. Como zona La Plata, Berisso, Ensenada (DAMES & MOORE).

en 1989) la generación y disposición final de residuos cayó al piso histórico de los últimos 3 lustros. Esto se debió a la crisis económica de los particulares y a que los municipios dejaron de cumplir con los servicios básicos.

Los cuadros de generación y disposición de residuos por partido muestran que la producción de basura per cápita aumenta con el nivel estimado de riqueza. Así, Capital Federal, Vicente López y San Isidro aparecen con la mayor producción de residuos con más de 1,2 Kg./hab./día. Le siguen en escala decreciente, la 2° corona de partidos con guarismos de 1,2 a 0,6 Kg./hab./día. Aquí están Tres de Febrero, San Martín, Lanús, Lomas de Zamora, Morón, La Matanza -zona este-, Tigre, Gral. Sarmiento y La Plata. Con menos de 0,6 Kg./hab./día figuran los partidos de la periferia del conurbano más los de la zona costera del sur de Buenos Aires (Yanes, L.; 1995).

3.3.- Los basurales clandestinos son raíz de múltiples patologías

El deterioro drástico de la calidad de vida de una población es la presencia de basurales a cielo abierto, con toda su carga de contaminación, degradación humana, enfermedades sociales y destrucción del paisaje. Su presencia es indicador de la ineficiencia del servicio de recolección de residuos urbanos, tanto domiciliarios como industriales.

El CEAMSE y la Dirección del Conurbano (Ministerio de Gobierno de la Provincia) han llevado un cierto registro de los basurales. Tal información no aparece a la luz pública ya que indica incumplimiento de deberes por parte de funcionarios municipales y provinciales, así como de los propios particulares.

En informe ad-hoc del CEAMSE, (Departamento Servicios), se expone que estos basurales contribuyen a:

- Deteriorar la calidad de vida de los asentamientos poblacionales ubicados en las inmediaciones y pérdida de valor económico de las propiedades cercanas.
- Degradar la calidad de los acuíferos subterráneos como resultado de la infiltración de los líquidos que percolan a través de los residuos.
- Deteriorar irremisiblemente la napa freática, el acuífero pampeano contaminando y el puelchense en riesgo de estarlo en breve.
- Contaminar la atmósfera, agravada por la quema de residuos a cielo abierto que provoca una importante carga de partículas y gases contaminantes.
- Promover la proliferación de insectos y roedores, transmisores de enfermedades, como asimismo de animales que se alimentan con los residuos expuestos, tales como cerdos, equinos, perros.

Por último, el problema social derivado de las actividades de cirujeo se refleja no sólo en la salud de las personas que realizan tal actividad, sino que se multiplica en las relaciones de los mismos con la población.

La información pública del CEAMSE al Gobierno de la Provincia de Buenos Aires refiere basurales "clandestinos" detectados por partido, denominación, magnitud y volumen de basura. La mayor parte de éstos tienen más de una década de permanencia. En su conjunto generaban a principios de 1995, 2.383.000 m³ de basura. La magnitud de basura clandestina por municipio alcanza volúmenes inusitados, tales como la cava San Nicolás de Florencio Varela con 240.000 m³, la cava del R.I.M. de La Matanza con 420.000 m³, el basural de Lanús-Lomas sobre el Riachuelo con 300.000 m³, el Cuartel V de Moreno con 132.000 m³ (CEAMSE, 1995).

Gran parte de los basurales se encuentran en las zonas de mayor pobreza del Conurbano y a considerable distancia de los centros de disposición final del CEAMSE.

Según declaraciones del CEAMSE, los basurales clandestinos a mediados de 1993 alcanzaban a 136 en el Gran Buenos Aires. Los mismos disminuyeron a cerca de 100 al año siguiente y alcanzaron a los 70 en 1995. En los últimos tiempos, se ve disminución de dichos basurales y mejoras en la prestación de servicios municipales. Si bien la magnitud, tipo y características de los basurales varían sensiblemente de uno a otro, el estudio da un promedio por basural de 7 Has, con 2.502 Tn cada uno. Esta tendencia a la eliminación es coherente con la casi duplicación de basura en los

centros del CEAMSE, que pasaron de 1,6 millones de toneladas en 1990 a 3,6 millones de toneladas en 1995 (Yanes, 1995).

Citas bibliográficas

- Abba, A., La planificación en Salud. Nueva Visión. 1995
- Braislovsky y otros, Memoria verde. Buenos Aires Planeta. 1991
- Bruinstein, La Región Metropolitana de Buenos Aires. Buenos Aires, UBA, 1995.
- Capel, H., *La Geografía y las periferias urbanas. Reflexiones para arquitectos* en Revista Suplementos. N° 43, Barcelona. 1994
- CEAMSE, *Informe: Residuos domiciliarios e industriales urbanos*. Buenos Aires 1995
- CEUR, "Gestión de los Servicios de agua potable por organizaciones comunitarias en el GBA, Buenos Aires, 1998.
- Ciccolella, La Reestructuración socioterritorial del AMBA en los años 90. Bs As. UBA. 2003
- Comisión de salud y Medio Ambiente de la OMS; *Nuestro Planeta y nuestra Salud* en Medio Ambiente y urbanización. N° 39, IIED. 1992
- Curto de Casa, S., *Ambiente y Salud* en Duran (comp.), La Argentina Ambiental, Buenos Aires, Lugar Ed. 1998.
- Delgado, T., *Ambiente y calidad de vida: una respuesta a los problemas de las metrópolis latinoamericanas*, Buenos Aires, 6° Encuentro de Geógrafos Latinoamericanos. 1994.
- Gallopin, G., El futuro de Nuestra Planeta, Buenos Aires, Eudeba. 1995.
- Golub, E., Los límites de la Medicina, Santiago de Chile, Andrés Bello. 1997.
- González, M., La planificación urbana y la política de Salud, Buenos Aires, UBA. 1997
- Gottman, J., Megalópolis, Barcelona, Alianza. 1985.
- Hardoy, J. Y Satterthwaite, D., *Medio ambiente urbano y condiciones de vida en América Latina* en Revista Medio Ambiente y Urbanización. N° 36, IIED. 1991.
- Hernández, *Estudio de saneamiento ambiental del Gran Buenos Aires*, Buenos Aires, 1985.
- INDEC, Mapa de la Pobreza en la Argentina, Buenos Aires, Ministerio de Economía de la Nación. 1995
- Isuani, E. Y Tenti fanfani, E., El Estado benefactor. Un paradigma en crisis, Buenos Aires, Miño y Dávila. 1989.
- Lefebvre, H., La producción del espacio, Barcelona, Antrophos. 1995.
- Maldonado, T., Ambiente, productos y estilo de vida, Buenos Aires 1995.
- Mantobani, J., *El Ordenamiento territorial. ¿política social en las grandes ciudades?*, N° 4, agosto. 1995.
- Mendez, M., *Del ordenamiento territorial a la organización del espacio*, Buenos Aires, 6° Encuentro de Geógrafos Latinoamericanos. 1997.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, *Boletín de Salud*, 2001.
- Naredo, J., *El funcionamiento de las ciudades y su incidencia en el territorio en Ciudad y territorio*, N° 100, Madrid. 1994.
- OMS, *Informe Mundial de la Salud*, 2000.
- OPS, Informe Anual de la Salud, 1996
- Perulli, P., Atlas Metropolitano. El cambio social en las grandes ciudades, Madrid, Alianza. 1995.
- Rossi Espagnet, Saneamiento y mortalidad infantil, 1998.
- Sánchez, J., Espacios, economía y sociedad, Madrid, Siglo XXI. 1991.
- Singer, P., Economía política de la urbanización, México, Siglo XXI. 1990.
- Torres, H., *El mapa social del Gran Buenos Aires*. Buenos Aires, EUDEBA. 1996.
- Torres, H., Transformaciones socioterritoriales recientes en una metrópolis latinoamericana. El caso de la aglomeración del Gran Buenos Aires, Buenos Aires, UBA. 1997.
- Vidal Rojas, R., *Metrópolis en recomposición: elementos para un la teoría de la fragmentación urbana*. Buenos Aires, 6° Encuentro de Geógrafos Latinoamericanos. 1997.
- Vila, E., Urbanismo y demanda de vivienda. Caracas, Facultad de arquitectura y Urbanismo, 1994.
- VV. AA. *La Cuenca del Matanza-Riachuelo*. Buenos Aires, 1998.
- Yanes L., *Los procesos de reestructuración territorial de la RMBA*. Buenos Aires, UBA, 1995.

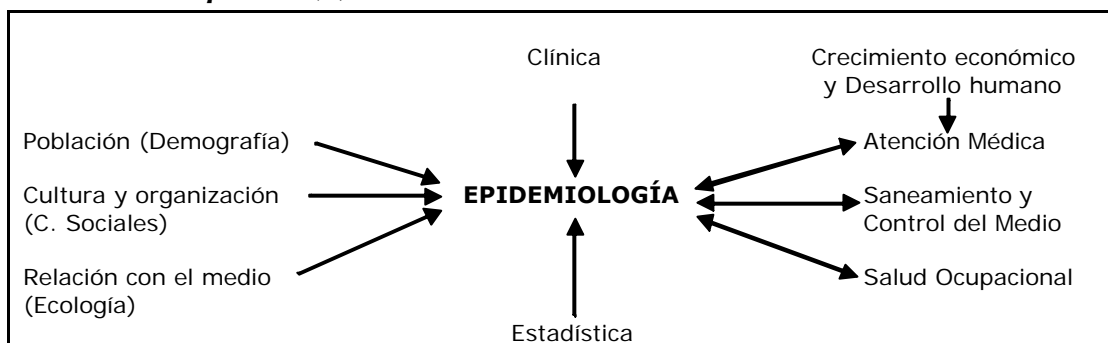
COMPONENTES DE LA SALUD PÚBLICA

Horacio Luis Barragán

1.- La Salud Pública tiene varios componentes

La Salud Pública estudia y se ocupa de la enfermedad y la salud de las poblaciones. A su vez, el estudio de la Epidemiología involucra, no solo el conocimiento del estado de salud-enfermedad de una comunidad, sino también de los recursos que tiene para asistirlo [Cuadro 1.a].

Sistema de salud pública (A)

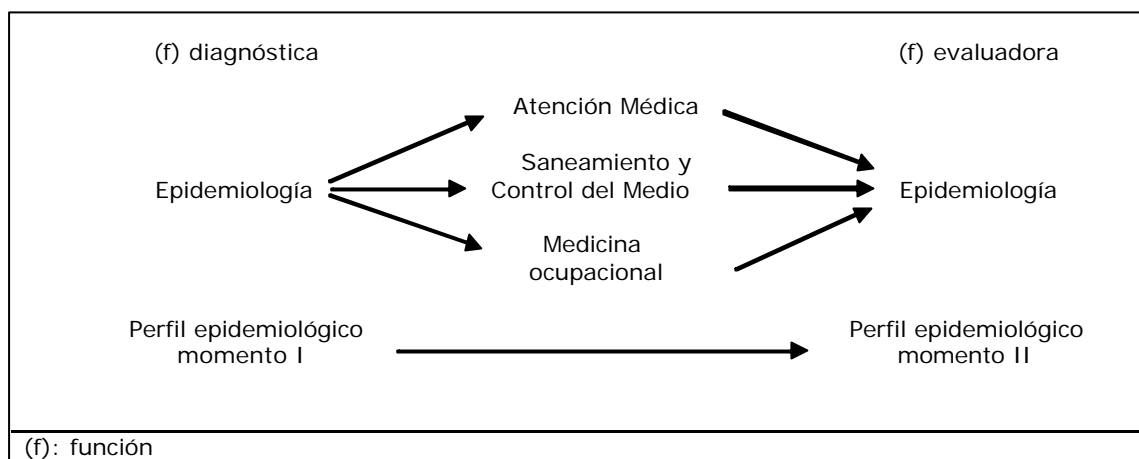


Cuadro 1.a

El conocimiento de aquel estado exige el de su sujeto: la población. A diferencia del enfoque asistencial cuyo sujeto es el enfermo o el sano cuya salud se promueve, en Salud Pública, se está ante un colectivo, una comunidad con tamaño, estructura, dinámica y distribución propias, cuyo estudio enfoca la Demografía. Toda comunidad humana tiene un estilo de vida que involucra su cultura y su organización, objetos de estudio de las Ciencias Sociales. Asimismo toda comunidad tiene interrelaciones con el medio natural y social en que vive, de lo que se ocupa la Ecología.

A su vez el conocimiento de la salud-enfermedad de una comunidad en sus perspectivas colectiva, social y ecológica requiere de definiciones clínicas precisas y métodos estadísticos que usa la Epidemiología. Es así como, dado un diagnóstico epidemiológico, los recursos de la comunidad organizada para corregirlo o mejorarlo son, además del Bienestar General, dependientes del Desarrollo Humano, la Atención Médica, el Saneamiento del Medio y la Salud Ocupacional. Doblemente, la Epidemiología estudia el diagnóstico inicial y el impacto que esos recursos producen sobre la situación, es decir las evalúa [Cuadro 1.b].

Sistema de Salud Pública (B)



Cuadro 1.b

En el cuadro se diferencian tres recursos, el primero, Atención Médica, es el conjunto de acciones específicas que el equipo de salud lleva a cabo directamente sobre las personas o grupos humanos. Se la llama también “servicios de salud” y comprenden las acciones individuales o servicios clínicos, sobre poblaciones o grupos seleccionados de riesgo y programas de conjunto o de salud pública.

El segundo y el tercero que son saneamiento y control del medio, y medicina ocupacional o de la actividad humana respectivamente, se definen en los puntos 4 y 5.

2.- La Atención Médica Individual debe ser personalizada

La Atención Médica individual tiene prioritaria dimensión humana. El maestro Fidel Schaposnik enseñaba: “La enfermedad representa, para la Patología Médica, la reacción del organismo frente a una noxa o estímulo anormal... pero la Clínica Médica es algo más que el estudio de ese proceso biológico; es la consideración de una experiencia que afecta profundamente la vida entera –física y psíquica– de un ser humano”... “ella se interesa por el enfermo en su integridad; no el concepto, el esquema que lo sustituye” (Shaposnik, 1974).

Cuando Marchand decía que la Medicina era descubrir y aprender las causas que perturbaban nuestra vida, no se quedaba en el diagnóstico, se proyectaba al intento de eliminar, corregir o atenuar el sufrimiento, alentar y consolar fraternalmente (Farreras, 1967).

El sufrimiento es, antes que nada, personal de un ser humano, cronológica y ontológicamente. Las causas pueden ser propias de su organismo, provenir del medio ambiente o de la interacción social.

Desde el paciente la enfermedad es algo personal, afecta no sólo al cuerpo “sino al sentimiento que el hombre tiene de su propia vida” (Lain Entralgo, 1966:60) como no sea una dolencia transitoria, casi inocente, que se tiene por anécdota o se olvida. Aquel sentimiento sume en algún grado de aislamiento, de soledad, con la incomunicabilidad del padecimiento, la aflicción y la amenaza.

La dimensión personal de la enfermedad no puede ser desconocida por la Salud Pública en tanto la practiquen quienes han visto, diagnosticado y tratado pacientes. Un sencillo interrogatorio, un pedido de explicación de la enfermedad o de un tratamiento traumático, así lo enseñan.

Diomka piensa en su pierna enferma

Solzhenitsyn relata el transcurrir de la vida enferma de los pacientes internados en el Pabellón de Cáncer (Solzhenitsyn, 1971). Describe la situación de cada uno en el capítulo “Las inquietudes de los pacientes” entre ellos, Diomka:

“Más allá, en la cama inmediata a la puerta, Diomka, el jovencito de dieciséis años, estaba con la pierna enferma extendida sobre la cama y se daba suaves e incesantes masajes, como caricias, en la zona que le atormentaba. Tenía la otra pierna encogida, como un gatito, y leía sin enterarse de lo que pasaba a su alrededor...” (Solzhenitsyn, 1971:60). “En el paso de sala, la médica jefe abre el interrogatorio: “¿Qué lees, Diomka?” y, a poco, comenzó a examinarlo: “¿Te duele aquí? Sí, y ¿aquí? Más, y arriba también. ¿Por qué callas, pues? ¡Vaya un héroe! Indícame donde sientas más dolor. Y le palpaba las inmediaciones de la zona dañada. ¿Te duele cuando no te tocas? ¿Por la noche? En la tersa cara de Diomka no había apuntado aún el vello. Pero su expresión permanentemente tensa le hacía parecer mucho mayor. Me agujonea tanto de día como de noche...”. “Sí. ¿Qué te parece Diomka? Ludmilla Afanasievna volvió a mirarle apreciativamente: ¿seguimos con los rayos X? ¡Naturalmente! accedió complacido el muchacho, mirándola agradecido. Pensaba que los rayos X evitarían la operación y creía que Dontsova opinaba lo mismo (pero lo que Dontsova tenía presente era que antes de operar en un hueso con sarcoma se imponía reprimir su actividad con las radiaciones, para prevenir las metástasis)” (Solzhenitsyn, 1971:63).

“Yevguenia Ustínovna se sentó a su lado. Se subió sin dificultad hacia el codo las mangas de la bata y del vestido. Sus finas y ágiles manos movieron por la pierna de Diomka como dos seres con vida.

-¿Te duele? ¿Te duele?- le repetía únicamente.

-Sí, sí- afirmaba, frunciendo más la frente.

-¿Sientes la pierna durante la noche?

-Sí...Pero Ludmilla Afanasievna...

Yevguenia Ustínovna movió comprensivamente la cabeza y le palmeó el hombro.

-Está bien, amiguito. Sigue con las radiaciones.

Y se miraron de nuevo a los ojos.

En la sala reinaba un silencio absoluto y podía oírse cada una de sus palabras” (Solzhenitsyn, 1971:143).

“En aquel momento leía *El agua viva* y no podía discernir si el libro era cargante o insustancial o se lo parecía por causa de su propio estado de ánimo.

Sentíase cada vez más abrumado por el agotamiento y la melancolía. ¿Deseaba realmente aconsejarse con alguien? ¿O lamentarse? ¿O humana y simplemente comentarlo para que le compadecieran un poco?

Tenía leído y oído que la compasión es un sentimiento humillante: humillante para quien la siente y humillante para el compadecido.

No obstante, quería que le compadecieran. Quizá porque en su vida jamás se compadeció nadie de él.

Allí en la sala era interesante charlar y escuchar lo que decían. Pero en ese instante no tenía el ánimo propicio para abordar esos temas ni para mantener ese tono. Y entre hombres se debía uno comportar como un hombre” (Solzhenitsyn, 1971:157).

“Sin embargo, el sábado después de la comida, cuando se fueron los doctores dejando a cada paciente con sus pensamientos, cuando el nuboso día aún brindaba cierta claridad a las salas y en los pasillos y vestíbulos lucían ya las lámparas, Diomka, cojeando, deambulaba por la clínica buscando precisamente a la reaccionaria tía Stiofa, que nada sensato podía aconsejarle, excepto resignación.

Que no se la quiten, que no le corten la pierna. Que no se vea obligado a consentir la amputación.

¿Se la dejaría cortar? ¿O no debía permitirlo?...

Aunque con aquel martirizante dolor, quizá fuera preferible que se la amputaran” (Solzhenitsyn, 1971:161).

A. Solzhenitsyn¹. Pabellón de Cáncer. (párrafos seleccionados)

Recuadro 1

1 Como lo hemos sostenido en otro escrito (Barragán, 1993) pocos recursos hay fuera de la literatura consagrada para explicitar los sentimientos de un paciente respecto a su enfermedad. Hemos recurrido a Alexander Solzhenitsyn que recibió el Premio Nobel de Literatura (1977) “por la fuerza ética con que ha seguido las tradiciones indispensables de la literatura rusa”. Crítico del gobierno de Stalin, fue encerrado en campos de concentración que denunció en “Archipiélago Gulag”. Sus obras pasaron clandestinamente a Occidente, se exilió y volvió a su país en 1990.

Nuestro tema es la Salud Pública y al abordarla nos parece preciso salvaguardar el carácter personal e íntimo del sufrimiento y la enfermedad. Diomka, uno de los jóvenes internados en el Pabellón de Cáncer, expresa en su interacción con los médicos y otros pacientes, sus sentimientos. Lo hace a medias, con reservas, con expresiones parciales y diferentes según el interlocutor, mientras en su interior transcurre, insustituible, el tema de la pierna afectada de un sarcoma que le han propuesto amputar. Su dolor y su pierna comprometen su presente y su futuro en distintas dimensiones. Este relato evoca un recuerdo del maestro Rodolfo Cosentino sobre las palabras con que explica a un joven de 14 años, con la misma enfermedad, lo que debe hacerle: “Tenemos que enfrentarnos a la realidad; lo que tengo que decir es duro, pero es la manera de curarte...: lo que está enfermo debe salir junto con parte de tu pierna... pero debes saber por anticipado que trataré tu pierna como si fuera mía...” (1993: 138). Cosentino asume las inquietudes de la intimidad del joven enfermo.

La suma de todas las penas de la Humanidad está constituida por aflicciones personales, agrupadas, comunicadas, expresadas o silentes, atendidas o descuidadas, aisladas o sumadas.

Decía Pierre **Teilhard de Chardin**²: “¡En cada momento el sufrimiento total de toda la tierra...! ¡Si pudiéramos asir, cubicar, pesar, numerar, analizar esa magnitud tremenda! ¡Qué masa astronómica! ¡Qué suma espantosa! ¡Y, de las torturas físicas a las angustias morales, qué espectro, definido de matices dolorosos! Y si también, a través de una conductibilidad que se estableciera de pronto entre los cuerpos y las almas, se mezclara toda la Pena y toda la Alegría del Mundo, ¿quién podría decir en qué lado quedaría el equilibrio: en el lado de la Pena o en el lado de la Alegría?”. Responde con la “asombrosa revelación cristiana de un sufrimiento transformable (con tal que se acepte bien) en expresión de amor y en principio de unión”. Define el sufrimiento en tal sentido como “un sobreamiento de Espíritu que nace de un defecto de materia” (Teilhard de Chardin, 1967:229-232).

La misión del médico en el ámbito del sufrimiento es “Guérir parfois, soulanger souvent, consoler toujours”³ (Bérard y Gubler, en Lain Entralgo, 1964:193). Entonces la Salud Pública nace y madura desde su semilla.

3.- La Atención Médica de Conjunto es eficaz y eficiente

Las acciones de conjunto más efectivas son las inmunizaciones, sobre lo que ya se hizo referencia. La vacuna antivariólica logró erradicar la enfermedad del mundo, en 1979. El último caso notificado fue en la ciudad de Merca (Somalia), en octubre de 1977. La viruela, diez años antes (1967) había producido casi 2 millones de muertes, medio millón de ciegos y 10 millones de pacientes con graves secuelas en la piel (Banco Mundial, 1993:18).

La poliomielitis causó extendidas epidemias en la década de 1950. La investigación médica logró aislar el virus, cultivarlo y preparar las vacunas Salk y Sabin (VOP) cuya aplicación controló la enfermedad en los países desarrollados a principios de la década de 1960. Se erradicó de las Américas alrededor de 1991. El subdesarrollo y las guerras regionales impidieron su aplicación universal y aún los países libres de polio arriesgan rebrotes generados desde zonas de endemia.

La vacuna antisarampionosa, lograda en 1963, se administró en servicios desde 1997. No obstante, la enfermedad produce aún el 10% de las muertes de menores de 5 años (WHO, 1998:65). La vacuna antitetánica redujo más del 70% de las muertes por tétano neonatorum, que en la década de 1980 alcanzaban a un millón. La vacuna antidiftérica tuvo efectos similares, pero su descuido en la Federación Rusa produjo una epidemia en 1994.

Las vacunas se conjugaron en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI: ingl: EPI) y los niños vacunados con antipolio -DTP- antisarampionosa pasaron del 5% en 1977 al 80 en 1990 (Banco Mundial, 1993:75). El costo completo del PAI era de U\$A 15 por niño y su éxito depende de la accesibilidad a las vacunas, la cadena de frío, la organización de los servicios regulares y las campañas, la aceptación y movilización de la comunidad.

2 Sacerdote Jesuita francés (1881-1955) que estudió y trabajó en Paleontología contribuyendo al descubrimiento de fósiles humanos claves en el proceso de evolución, proceso que integró en una visión teológica. Sus numerosas obras fueron publicadas por Le Seuil (Paris) y las traducciones españolas por Taurus (Madrid).

3 “Curar a veces, mejorar frecuentemente y consolar siempre”.

No obstante el Programa Ampliado de Inmunizaciones, en 1988 seguían muriendo en el mundo 2 millones de niños por año por enfermedades inmunoprevenibles. El contagio se produce en bolsones de pobreza suburbana y en zonas de guerra. Pero las campañas de “barrido” y los acuerdos de “días de paz” para vacunar durante esas jornadas, tienden a reducir los casos.

La estrategia desplegada contra las enfermedades inmunoprevenibles del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) se modificó en 1974 con el PAI PLUS por el agregado de dos micronutrientes: a) la Vitamina A, cuya deficiencia produce xeroftalmia y ceguera en más de 250 millones de niños de 75 países y cuyo poder modelador inmunitario resta gravedad a las diarreas y al sarampión (WHO:75); b) el Yodo, cuya carencia genera bocio en más de 800 millones de personas, mortinatalidad, abortos espontáneos, anomalías congénitas, bajo peso al nacer, daño cerebral y cretinismo.

A estos ejemplos pueden agregarse, etapa por etapa del ciclo vital, programas cada vez más numerosos de Salud Pública para el control de enfermedades infecciosas, de malnutrición, crónicas, trastornos de conducta, accidentes y violencias. Los ejemplos intentan demostrar la eficacia y equidad de los programas de Salud Pública.

Los programas de salud colectiva en la infancia tienden a integrarse en la estrategia IMOCHI (Integrated Management of Childhood Illness), que involucra la atención de la demanda espontánea en paralelo con acciones sobre la nutrición y las patologías prevalentes.

4.- El Saneamiento y Control Ambiental son esenciales a la salud humana

El saneamiento y el control del medio ambiente es el conjunto de acciones específicas que lleva a cabo un equipo más amplio (vg. ingenieros, veterinarios, agrónomos) indirectamente sobre las personas y grupos humanos ofreciendo condiciones ambientales favorables.

El saneamiento es un sector de los servicios públicos, que forman parte de la “infraestructura social” (Banco Mundial, 1994:2). Se trata de: abastecimiento de agua corriente, alcantarillado para aguas cloacales y de lluvia, tratamiento de desechos sólidos, prevención de la contaminación del medio y control sanitario de los alimentos. Otros servicios públicos son las redes de electricidad, telecomunicaciones y gas. La infraestructura comprende también las obras públicas y los sistemas de transporte. Todos estos componentes están ligados a la salud comunitaria y son a la vez, factores de productividad y crecimiento económico. Se calculó que el 1% de aumento de capital en infraestructura se asocia al crecimiento del 1% del PBI (Banco Mundial, 1993).

Todos ellos logran armonía con el planeamiento territorial, urgido por la urbanización acelerada.

Estos sistemas dependen de su planeamiento, la seguridad de su financiación, la definición de prioridades, la creación del diseño y la eficacia técnica de las obras, de su administración y mantenimiento. Éste último falla en muchos países por fondos insuficientes fruto de falsas austeridades. Un sistema normal de abastecimiento de agua potable promedia una llegada del 70% de su producción al consumo, cuando uno óptimo alcanza al 85% (Banco Mundial, 1993:4).

Las inversiones tienden a preferir los transportes, las telecomunicaciones y la energía eléctrica toda vez que su rentabilidad financiera alcanza dos dígitos mientras que las sanitarias sólo llegan a uno, en ambos casos dependiendo de la política económica (Banco Mundial, 1993:17).

5.- La Salud Ocupacional

Se trata del conjunto de acciones específicas llevadas a cabo por un equipo (vg. médicos laborales, graduados en higiene y seguridad del trabajo, profesores de educación física) en cuanto que un grupo humano comparte una ocupación: trabajo, estudio, deporte o recreación. La población de la que se ocupa esta orientación no es general, es decir no está compuesta por una compleja distribución de edades, sexos y ocupaciones como la que tienen aquellas que comparten una zona de residencia o un barrio. Lo que sus componentes tienen en común es la ocupación, sea laboral, educativa, deportiva o recreativa, con los rangos de edad y sexo que ofrece cada una de ellas.

La primera rama de la Salud Pública fue la Medicina del Trabajo, creada por el clínico italiano Bernardino Rammazzini en 1700. Se fortaleció como parte de la Cuestión Social de fines del siglo

XIX en la que se hizo patente el pauperismo proletario y los daños producidos por el trabajo inhumano. Surgieron las legislaciones sobre el “riesgo del trabajo” cuya cobertura médica e indemnizatoria debía estar a cargo de la patronal a la que se atribuía, no la culpa, pero sí la responsabilidad de los daños. Las mismas leyes clasificaron los infortunios directos derivados de la acción laboral, en accidentes del trabajo, enfermedades profesionales y enfermedades-accidentes. Restaban las llamadas enfermedades inculpables, cuya patogenia no tenía relación directa ni indirecta con la actividad laboral.

Los criterios “indemnizatorios” vinieron a cubrir los daños ya producidos y se plasmaron en leyes europeas a fines del mismo siglo XIX. La legislación francesa inspiró a la argentina de 1915 (Ley 9.688). Mientras tanto diversos sectores gremiales promovieron el dictado de leyes “prevencionistas” para evitar los daños. El conjunto de estas acciones recién se plasmó en Argentina con la Ley 19.557 (1972) reemplazada por la 24.557 (1995). Por su parte, la cobertura de las enfermedades inculpables quedaron inscriptas en la Ley de Contrato de Trabajo (Ley 22.744; 1974).

Estas normas legales dieron base a una cierta mejora en las condiciones de salud del trabajo, pero el poco desarrollo de la Medicina Laboral y, aunque mayor, de los Servicios de Higiene y Seguridad –obligatorios en todo lugar donde se efectúe trabajo, por las leyes prevencionistas– limitó sus efectos. Hubo sin embargo empresas que las cumplieron con eficacia y llegaron a hacer programas de prevención de riesgos para enfermedades inculpables.

La Ley prevencionista de 1972 fue reemplazada en 1995 por la Ley 24.557 (de Riesgos del Trabajo) que modificó diversos aspectos económicos y procedimentales y creó las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART). Así introdujo a las empresas de seguro o mecanismos de autoseguro en el campo de la prevención e indemnización laboral.

La Medicina del Trabajo, desde el punto de vista indemnizatorio, tiene a su cargo el diagnóstico de los grados de incapacidad emergentes de la patología propia del trabajador. Desde el prevencionista, su misión es amplia, se nutre en la clínica y en la epidemiología y se conjuga con la actividad de higiene y seguridad del ambiente laboral, promoviendo procedimientos para evitar o minimizar los infortunios.

Un factor común de la medicina laboral y la deportiva es la fisiología del esfuerzo físico, de las condiciones y del medio en que se realiza. A la tradicional medicina del ejercicio habitual y de alta competencia, se agrega su aplicación a conjuntos poblacionales como factor de promoción de la salud (antisedentarismo) y al tratamiento y rehabilitación de pacientes cardiovasculares y neurológicos. La medicina también tiene su función en el campo escolar, de la recreación en función del ciclo vital e involucrando también la laborterapia, en coordinación con profesionales especializados.

6.- Marcos de referencia de la salud

6.1.- Marco Social

“La Patria es un dolor que aún no sabe su nombre.

La Patria es un peligro que florece.

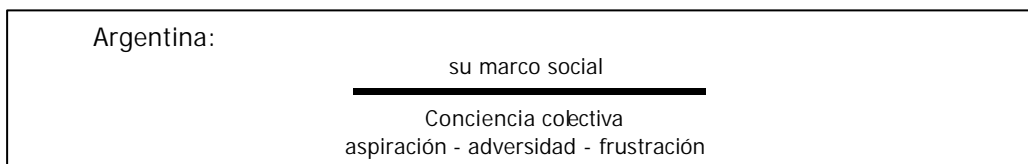
La Patria es un dolor que ha despertado”.

(Marechal, 1966)

Una consideración sobre el estado de ánimo de la comunidad es parte de la descripción y análisis de su salud.

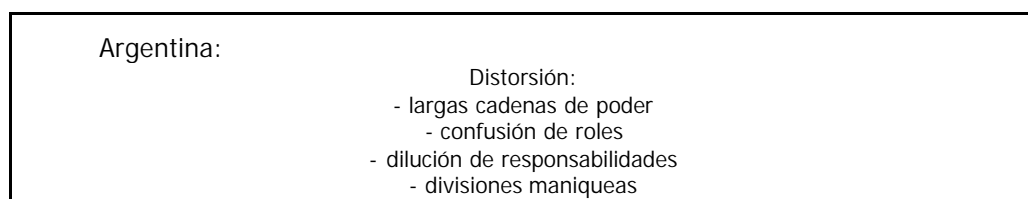
En Argentina se generó una conciencia colectiva en torno a este ciclo: aspiración, adversidad y frustración. Esta hipótesis se aplica al análisis actual de la Salud Pública. El problema de salud no es autónomo, sino dependiente de la realidad global.

El país se encontró al final del siglo XIX con una riqueza envidiable, elogiada hasta el paroxismo a principios del XX. Fruto de una aspiración sobreestimada con orígenes en la conquista, sus grupos dirigentes tuvieron la convicción de que el futuro estaba asegurado en los primeros decenios del siglo XX. Tal convicción incubó una aspiración de grandeza en el sentimiento popular. La aspiración se expresó en proyecto pero no alcanzó a tener continuidad como empresa colectiva [Cuadro 6.1.a].



Cuadro 6.1.a

Desde entonces, los conflictos internos y los internacionales, las alternativas económicas y políticas pusieron hitos de adversidad ante las grandes aspiraciones argentinas. Se fueron acumulando frustraciones, tanto en los grupos dirigentes como en los sectores populares, sin que se renunciara a la grandeza. Las aspiraciones generaron largas y complicadas cadenas de poderes, frustradas por confusión de roles y dilución de responsabilidades. Se insistirá sobre esto en el tema evolución histórica de la Salud Pública en Argentina [Cuadro 6.1.b].



Cuadro 6.1.b

El repetido fracaso alimentó divisiones maniqueas en la búsqueda constante del “chivo expiatorio” a quien endilgarle la responsabilidad última de cada adversidad. Si este “tono” social realimentó el hipotético ciclo, es lícito afirmar que la organización social de la salud no escapó de él.

Esta hipótesis compete en su planteo y corroboración a las ciencias sociales.

6.2 Marco legal y ético

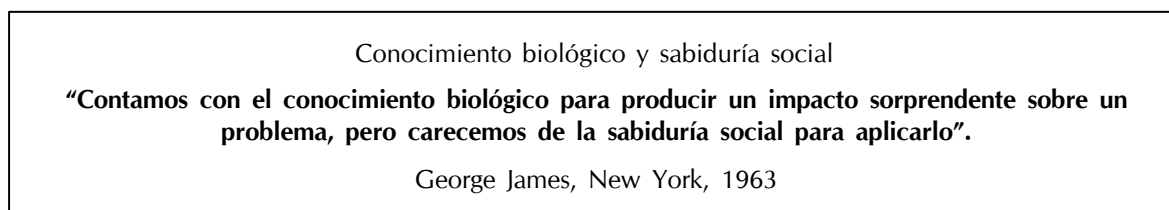
6.2.1.- El derecho a la salud

Derecho es la “facultad natural del hombre para hacer legítimamente lo que conduce a los fines de su vida” o la “facultad de hacer o exigir todo aquello que la ley o la autoridad establece a nuestro favor” (Pieper, 1980).

Ausente de las viejas constituciones, el derecho a la salud fue estudiado con detenimiento por Veronelli en la Constitución Argentina de 1949 y en las provinciales de años posteriores (Veronelli, 1975).

El rango constitucional de este derecho es abstracto si se lo entiende como merecedor de respeto y reconocimiento. Los derechos, en cuanto que son la cara jurídica de una necesidad, más que respeto, exigen satisfacción (Fernández de Castro, 1965:32).

El Comisionado de Salud de New York, en 1963, George James hacía un fuerte contraste entre los contenidos conceptuales y los principios con su aplicación, y lo resumía en una frase [Cuadro 6.2.1].



Cuadro 6.2.1

Es así como la proclama de derechos no alcanza por sí mismo a satisfacer con calidad y equidad las necesidades a las que ellos deben responder. Más allá de los límites sobre los que debe reflexionar la medicina y la comunidad, su capacidad biológica es mayor que la capacidad social habitual para responder a esas necesidades.

Los logros alcanzados sobre la salud humana y un exceso de optimismo generado por nuevas expectativas, han traído a la bioética el tema sustancial sobre cuales son los fines mismos de la Medicina, no sólo sus medios y su propósito general en torno a la salud: ¿debe prolongar la vida pasando por alto su calidad?, ¿es ella enemiga del envejecimiento y aún de la muerte misma? No resultan sencillas de responder estas preguntas en la situación actual de progreso científico y organización social⁴.

6.2.2.- La Medicina tiene dos perspectivas éticas

La Medicina nos ofrece dos perspectivas éticas: hacia el paciente, ética clínica, y hacia la comunidad, ética sanitaria.

En ellas juega la virtud que los clásicos llaman justicia, que debe gobernar las relaciones entre las personas y la comunidad. La equidad se funda en la justicia⁵.

La justicia y su contrario, la injusticia, han sido motivo de preocupación en todo tiempo y lugar, de la que dan cuenta las siguientes consideraciones.

La larga prédica y el ejercicio histórico de la justicia dan pie al refrán “más viejo que la injusticia”.

Los profetas de Israel, en especial Isaías (s. VIII a. C.), dieron de ella un testimonio prioritario: “Guardad el derecho / obrad la justicia / que pronto va a venir mi salvación / y a revelarse mi justicia /... mía es la venganza dijo el Señor” (Is. 56-1) [Cuadro 6.2.2].

La justicia en Israel

“¿Sabéis qué ayuno quiero Yo? Dice el Señor Yavhé: “Romper las ataduras de la inequidad/ deshacer los lazos opresores / dejar ir libres a los oprimidos / y quebrantar todo yugo / partir su pan con el hambriento/ albergar al pobre sin abrigo/ vestir al desnudo y no volver el rostro contra tu hermano. / Entonces brillará tu luz como la aurora / y se dejará ver pronto tu salud / irá delante de ti la justicia/ y detrás de tí la gloria de Yavhé. / Entonces llamarás y Yahvé te oirá, le invocarás y El dirá: heme aquí”.

Isaías 58-6 y ss

Cuadro 6.2.2

Uno de los siete sabios de Grecia (s. VI a.C.), **Pítaco de Mitilene**, decía que en la polis (ciudad) “la justicia se cumple cuando tan imposible llega a hacerse que gobiernen los malos como que no gobiernen los buenos” (Pieper, 1980:122).

Los pensadores griegos, durante el siglo IV a.C., también trataron esta virtud según la idea de Platón, hasta las formas de la justicia según la diversidad de las injusticias en Aristóteles.

Santo Tomás de Aquino (siglo XIII) definió la justicia como el “modo de conducta (hábito) por el que la voluntad constante e inalterable da a cada cual su derecho” (Pieper, 1980: 87).

Kant afirmaba que la más grande forma de miseria para el hombre es la injusticia y no la desgracia. Agregaba: “el mayor infortunio es el poder injusto” (Pieper, 1980: 145).

Si la equidad es la justicia no es la igualdad ni es el derecho.

No es la igualdad porque si es “dar a cada uno lo suyo”, o en el campo de la necesidad, a cada uno lo que “cada uno necesita” lleva al enfoque de riesgo, que es focalizado, y podría traducirse como “más atención al de más riesgo”.

4 Cabe reflexionar la profundidad de este planteo, leyendo entre lo más notable el Informe del Centro Hastings sobre “Las metas de la medicina: establecer nuevas prioridades” (Callahan, 1998).

5 Debe leerse en bioética, el concepto de justicia en John Rawls y sus críticos. Cfr Rawls J. Teoría de la justicia. FCE, Bs As, 1993; y, vg, Gargarella R. Las teorías de justicia después de Rawls. Un breve manual de filosofía política. Buenos Aires, Paidós, 1999.

No son tampoco derechos proclamados sino sólo los satisfechos.

No se trata de constitución o de leyes aunque sean puntos de partida. **La justicia** discrimina según las diferencias de necesidad y de riesgo:

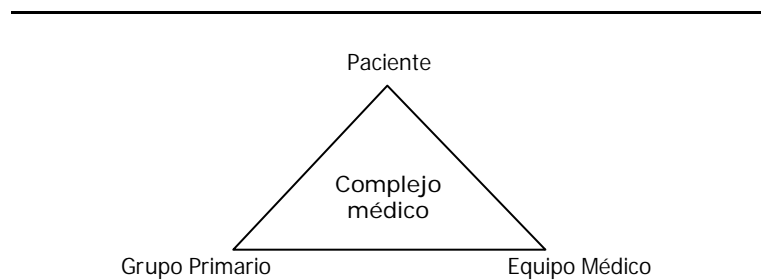
- clase, ocupación-residencia;
- edad-sexo-raza;
- enfermedad-salud-discapacidad

La Salud Pública calibra el panorama de inequidad en las tablas de mortalidad/morbilidad por jurisdicción y clase social.

6.3.- Marco antropológico

El marco antropológico se ha planteado en torno a una interpretación del **complejo shamanístico de Levi Strauss** (1970). A saber: un trípode en el plano microsocia que tiene por vértice al paciente y en los dos extremos a la comunidad primaria, inicial receptora de las percepciones e interpretaciones del paciente, y al equipo médico, ocupado en afrontar el problema del paciente y de su grupo primario [Cuadro 6.3.a].

Complejo médico



Cuadro 6.3.a

Este trípode funcionará bien sólo con solidaridad grupal, generada en el seno de la cultura, y con el espíritu benéfico del equipo médico. Ese espíritu necesita estar fundado en una sólida formación y en una asistencia fuertemente personalizada.

Alexander Solzhenitsyn, describe magistralmente las vivencias de enfermos oncológicos internados en un hospital especializado de la URSS alrededor de 1950. Uno de los episodios es el de Pavel Nicolaievich, miembro de la alta burguesía soviética, que percibe un tumor que crece en su cuello y después de una decisión familiar va a tratarse en aquel hospital. La pluma del artista describe la sensación íntima del paciente ante la enfermedad, sensación que no siempre el médico puede captar del todo. El relato muestra la relación de Pavel Nicolaievich, en la circunstancia del tumor, con su mujer y sus hijos que comparten su aflicción y le ayudan a decidir, así como con el equipo de salud representado por una enfermera jefe y una médica especialista. Si bien se notan diferencias de criterio y diversidad de matices en cada actitud, se cierra en torno de Pavel Nicolaievich, al servicio de su asistencia, el solidario ajuste del complejo médico.

Albert Camus, francés que también obtuvo el Nobel por describir magistralmente los grandes problemas humanos, relata en "La Peste" (Camus, 1995) el problema de la enfermedad que golpea a una comunidad completa. En diversos episodios de esta obra vuelven a manifestarse las percepciones de los enfermos, el acompañamiento de las familias y amigos así como la actitud médica del equipo de salud en el que sobresale la figura literaria del Doctor Rieux. Una vez más el arte rescata para la reflexión antropológica la salud perdida, esta trama humana crítica ante la enfermedad que se ha esquematizado en el complejo médico.

Tanto en el nivel del grupo primario como en el de la comunidad más amplia, el fenómeno de la enfermedad se presenta en su dura realidad entramada en una rica red de solidaridades sobre los que debe reflexionarse antes de toda consideración sobre organización de la Atención Médica.

6.4.- Marco organizacional

La semiología es el examen de un paciente en varias etapas, del síntoma al síndrome, después a la etiopatogenia. ¿Para qué?: para hacer un tratamiento. La **escuela del nihilismo terapéutico** de Skoda y Rokitansky, maestros del Hospital de Viena, habían logrado precisión semiológica pero pocos avances terapéuticos. En ese hospital se atendía la gente sin recursos y no se sabía qué tratamiento hacerles. La gente pobre (Circa, 1890) decía: “Los enfermos vieneses tenemos la gran suerte de ser muy bien diagnosticados por Skoda y muy bien autopsiados por Rokitansky” (Lain Entralgo, 1964). Diagnosticaban a casi todos, pero trataban eficazmente a muy pocos.

Este es un problema actual de Salud Pública. En ella es frecuente el diagnóstico: la tasa de mortalidad infantil es alta, la de mortalidad materna también, la tasa de inmunización es baja. ¿Cuál es el tratamiento para aplicar a la comunidad?

En Salud Pública como en medicina individual, se debe hacer semiología para el tratamiento. Como un infarto diagnosticado debe tratarse, la mortalidad infantil requiere terapéutica. Pero la decisión no es individual sino de la comunidad organizada y del poder político [Cuadro 6.4.a].

Diagnóstico y tratamiento en comunidades

<p>Individuo desde la semiología: -del nihilismo terapéutico al efectivo Comunidad desde la epidemiología: -del nihilismo sanitario a la organización</p>

Cuadro 6.4.a

Si la semiología es el instrumento para el diagnóstico individual, la epidemiología es el de la Salud Pública para el diagnóstico colectivo. El tratamiento, en este caso, comprende la organización y la financiación de diversos sectores y subsectores para el logro de calidad, equidad y eficiencia en salud: tres elementos inseparables. Lograr resultados positivos, hacerlo para todos los que los necesitan, y hacerlo al menor costo de recursos [Cuadro 6.4.b].

<p>Atención Médica calidad: obtener resultados positivos equidad: para todos los que los necesitan eficiencia: al menor costo de recursos</p>

Cuadro 6.4.b

La **justicia distributiva** es darle a cada uno lo que le corresponde. La **equidad** es darle a cada uno el servicio que necesita. Cuando no se es eficiente en Salud Pública, es decir, cuando no se hacen las cosas bien con la menor cantidad de recursos posibles, sufren la calidad o la equidad. Por lo general sufre la equidad: algunos reciben buena medicina y muchos no reciben nada.

Las ciencias sociales estudian las relaciones entre el individuo y la comunidad, organización y sociedad, entre autoridad social y poder político.

En el siglo XIX se desarrolló el debate sobre las dos grandes revoluciones del siglo XVIII, la Revolución Industrial inglesa y la Revolución Francesa de 1789. ¿Qué ocurrió en la última? Para Marx la Revolución Francesa, en la etapa jacobina fue una escoba gigantesca que barrió los rastros del localismo, del pluralismo y el comunitarismo” (Cit. por Nisbit, 1977:185). Desde el punto de

vista político la Revolución Industrial sostuvo: “todo el poder al Mercado”. La Revolución Francesa, en vez dijo: “todo el poder al Estado” [Cuadro 6.4.c].

Poder Social en debate: Revolución Industrial: todo el poder al Mercado Revolución Francesa: todo el poder al Estado
--

Cuadro 6.4.c

En el siglo XX, en relación a esos principios, se enfrentaron los liberalismos y los totalitarismos. En ambos el individuo y el grupo primario quedaron desnudos frente al Mercado y al Estado.

Entre ambos se ubica la sociedad civil como conjunto de instituciones intermedias. En Salud Pública son numerosas: obras sociales, seguros comerciales, colegios y agrupaciones profesionales, agrupaciones de prestadores y de consumidores. Ellas deben ser fortalecidas en la gestión de salud ya que a pesar de sus defectos, tienen una verdadera representatividad.

Por el contrario han proliferado en el campo de la Salud sociedades espurias y entes fantasmas que intermedian parasitariamente entre financiadores y prestadores y restan, para su beneficio, proporciones del gasto sanitario.

Las instituciones intermedias, fueron desprestigiadas. El hombre, paciente o profesional, quedó casi solo, desnudo frente al Estado, las sociedades espurias y los financiadores.

Las instituciones intermedias configuran la trama de la sociedad, la que está en el medio, entre el poder político y el individuo con su grupo primario. Se las ha criticado con razón y sin ella, pero sus objetivos son claros a diferencia de las sociedades espurias.

Sólo de la comunidad nacen instituciones fundadas en los principios de solidaridad y de autoridad plural. Son ellas las que, espontáneamente o convocadas por el poder político, deben impulsar y proteger el logro del bien común. En este caso, la organización y financiación del tratamiento social de la AM que requiere una situación epidemiológica.

Citas bibliográficas

- Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial. *Invertir en Salud*. Banco Mundial, Washington DC, 1993.
- Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial. Infraestructura y Desarrollo. *Indicadores de Desarrollo Mundial*. Banco Mundial, Washington DC, 1994.
- Barragán, Horacio L. y otros, *Introducción a la Antropología Médica*. La Plata, CECIME, 2000.
- Callahan, D., *The Goals of Medicine: Setting New Priorities*. The Hasting Center, Cfr. Instituto Universitario CEMIC. Seminario Internacional "La ética de la vida y el vivir comunitario", Buenos Aires, Fotoduplicado, 1998.
- Camus, Albert, *La Peste*. Buenos Aires, Sudamericana, 1995.
- Cosentino, Rodolfo, *Recuerdos, semblanzas y otras historias*. La Plata, Agronomía médica Platense, 1993.
- Farreras Valentí, P., *Medicina Interna de Domarus*. Barcelona, 1967: XVII séptima edición.
- Fernandez de Castro, Ignacio, *Teoría sobre la revolución*. Madrid, Taurus, 1965.
- Lain Entralgo, Pedro, *La relación medico-enfermo*. Madrid, Revista de Occidente, 1964.
- Lain Entralgo, Pedro, "La enfermedad como experiencia", en Azorin y otros, *Experiencia de la vida*. Alianza, Madrid, 1966.
- Levi Strauss, Claude, *Antropología Estructural*, Buenos Aires, EUDEBA tercera edición, 1970, Págs. 55 y 151.
- Marechal, L., *Temas de Marechal*. Buenos Aires, EUDEBA, 1966: 78 y 81.
- Nisbet Robert. *La formación del pensamiento sociológico*. Buenos Aires, Amorrortu, reimpresión, 1977.
- Pieper, J., *Las virtudes fundamentales*. Bogotá, RIALP, 1980.
- Shaposnik, Fidel, *Clínica Médica*. Buenos Aires, Troquel, sexta edición; XIII.
- Solzhenitsyn, Alejandro, *Pabellón de Cáncer*. Madrid, Aguilar, 1971 (3ª reimpresión); 2ª pte.
- Teilhard de Chardin Pierre, *La activación de la energía*. Taurus, Madrid, 2ª ed, 1967.
- Veronelli Juan Carlos, *Medicina, gobierno y sociedad. Evolución de las instituciones de atención de la salud en Argetina*. Buenos Aires, Coloquio, 1975.
- World Health Organization (WHO). "The World Health Report 1998". Life in the 21st Century, A vision for all. Ginebra, WHO, 1998.

LAS VIRTUDES PARA DESARROLLAR LA SALUD PÚBLICA

Horacio Luis Barragán

1.- Hay virtudes sociales para construir organizaciones

1.1.- La Honradez

“...En el peor de los casos, los gobiernos hacen la vista gorda ante un “mercado negro” de Salud en el que la corrupción generalizada, los sobornos, el pluriempleo y otras prácticas ilegales resultan difíciles de erradicar tras haber cundido durante años”

(Informe sobre la Salud en el Mundo. OMS, 2000:XVIII)

La acción de salud requiere equipos humanos cuyos conductores y componentes reúnan requisitos personales y grupales elementales.

Hay actitudes íntimas que se proyectan a la interrelación social. Dice T. S. Eliot, poeta inglés del siglo XX: “Ellos (los utopistas) sueñan, buscan, sistemas tan perfectos de modo que no se necesite más ser buenos”.

Se puede programar un sistema extraordinario: leyes, normas, sistemas de contralor, declaraciones juradas, auditorias, cadena de evaluadores pero si los protagonistas no son buenos, honrados, el sistema no funciona. Si la mayoría no son personas honradas todo se derrumba.

La **honradez personal** es un valor que puede ir en detrimento patrimonial relativo del hombre justo. Platón decía a través de Trasímaco, apologista de la corrupción cívica, lo siguiente [Cuadro 1.1.a].

El hombre justo según Platón

“En la vida ciudadana cuando hay que abonar las contribuciones, el justo, en igualdad de fortuna con el injusto, paga más y el injusto menos; en cambio cuando hay repartos públicos, y se trata de recibir y no de dar, el injusto saca buen provecho y el justo nada. Cuando uno y otro ejercen una magistratura, el hombre justo si es que no sufre además otros prejuicios, sufre al menos del obligado abandono en que deja sus asuntos privados, sin aprovecharse en nada de los bienes públicos por ser justo, y además se hace odioso a sus parientes y amigos al no querer favorecerlos en contra de la justicia”.

(Platón, República:120)

Cuadro 1.1.a

Platón analiza el Estado a partir de la justicia como su fundamento desde el alma del hombre. La define como el abrazo a la condición de cada uno y el cumplimiento de su misión específica. Es así como el discurso sobre la justicia está “a la cabeza del estudio y del que se deriva todo lo demás” (Jaeger, 1962:590).

Su maestro **Sócrates** había confrontado al político inescrupuloso, Calícrates, que identificaba lo justo con la voluntad del más fuerte. Finalmente hubo de beber la cicuta por formar a los jóvenes en las virtudes políticas. Platón mismo, “político frustrado” (Piettre, 1962:69) se retiró de la vida

pública rechazando el cargo que le proponía un ambicioso pariente. En su madurez, reivindicó a su maestro, Sócrates, denunciando la corrupción de Atenas (Grenet, 1969:120).

No bastaba la obediencia a las leyes y al estado de derecho estatuido en la sociedad antigua. La reforma de las leyes que exigía la dinámica social dependía de quién las hiciera y de la actitud moral que le permitiera superar el criterio de su interés particular.

La honradez como virtud cívica, sea en el ciudadano o en el magistrado, si se forja en la socialización y se consolida en el control social, alcanza alta posición en la escala de valores de una cultura y de una organización. Las conductas desviadas respecto de la honradez suelen ser fenómenos marginales, coyunturales, que ilustran el valor mismo.

Sin embargo el fenómeno puede transformarse de marginal en central, de coyuntural en estructural. Esto es, la falta de honradez puede institucionalizarse a tal punto de resultar funcional a una cultura y a una organización.

En 1939, en vísperas de la Segunda Guerra Mundial, el sociólogo norteamericano Edwin Sutherland describió el "white collar crime" (Gallino, 1995:239) que contraponía a la concepción de que el crimen era propio de las clases sociales desfavorecidas. Se refería a los delitos cometidos por clases altas y medias en el uso de sus posiciones profesionales y sin violencia física directa: fraudes, sobornos, contaminación. Giddens distinguió "los delitos de los poderosos" cuando una autoridad es utilizada delictivamente (Giddens, 1992:177) y citó a la Comisión Presidencial sobre el Crimen Organizado (EEUU, 1985): en EEUU el dinero involucrado en esos delitos era 40 veces mayor que el de los delitos comunes. Incluía los relacionados con salud: fraudes en prestaciones médicas, en calidad de medicamentos y alimentos, en contaminación y en seguridad del trabajo.

Este tipo de delitos no se limita a los tipificados en los códigos penales, se extiende a las acciones conscientes contra normas de menor jerarquía jurídica o de simple convivencia, que producen daños sociales y culturales. Comprenden venta de productos superfluos o de duración efímera presentados como imprescindibles o perdurables, sobreprestación o sobrefacturación de servicios, especulaciones con valores de cambio, aumento o disminución de precios para obtener sobreganancias o dumping (Gallino, 1995:238). El número oculto (Dark Number) de estas faltas debe ser mayor que el de los delitos comunes.

Los **profetas de Israel**, reclamando el cumplimiento de las normas de la Torah, reprochaban a voz en cuello estas faltas. En el siglo VII a. C., todo el cántico de Isaías invita a la corrección de los corruptos de ayer y de hoy [Cuadro 1.1.b].

Los profetas y la corrupción

"Tus príncipes son prevaricadores, / compañeros de bandidos / Todos aman las dádivas / y van tras los presentes, / no hacen justicia al huérfano, / no tiene a ellos acceso la causa de las viudas... (Is.1.23)... "Yahvé vendrá a juicio / contra los ancianos y los jefes de su pueblo, / porque habéis devorado la viña, / y los despojos del pobre llenan vuestras casas / porque habéis aplastado a mi pueblo, / y habéis machacado el rostro de los pobres, dice el Señor, Yahvé Sebaot (3-14)... "Ay de los que añaden casas a casas, / de los que juntan campos y campos / hasta acabar el término, / siendo los únicos propietarios en medio de la tierra..."

Isaías 5-8¹

Cuadro 1.1.b

El reclamo profético indica la extensión de la corrupción en el mercado sencillo de un pueblo agrario, corrupción que también venía de la autoridad².

1 Los profetas de Israel reprocharon cara a cara la corrupción de los reyes. Así Natan profeta al rey David (II Sam 12-1) y Elias profeta al rey Ajab (I Rey 21-1). Sobre esto hay un reciente análisis de Kraft Aucher (Aucher, 2002).

2 La Declaración de la Comisión Permanente del Episcopado Argentino, 21 de marzo de 2002 decía: "... tenemos un país frenado por falta de acuerdo y de grandeza de sus actores políticos, sociales y económicos, e incapaz de dar respuesta apropiada a la gravedad de la crisis terminal. Los intereses sectoriales y corporativos siguen queriendo imponer su fuerza en el desmedro del interés general"... "Hay un vacío de dirigencia que impide encontrar los caminos de la honesta representatividad política, de la equidad social y la seguridad jurídica"... "Para exigir tanto sacrificio al pueblo es preciso decidirse firmemente a erradicar la corrupción de la vida política y social, a disminuir drásticamente el gasto político, a encarar la postergada reforma del estado y revertir la enorme evasión impositiva de grandes sectores corporativos quienes gozan de privilegios injustos. Deben saber que, aunque sean legales, no dejan de ser inmorales".

El crimen de los poderosos, en la expresión de Giddens, siendo marginal y coyuntural no altera el orden social pero al estructurarse y extenderse subvierte ese orden desde lo cultural y lo económico. En lo político, la autoridad deja de ser “fiadora de certidumbre”, pierde la **“ejemplaridad responsable”** es decir el carácter de modelo y la capacidad de “responder” no sólo a las necesidades de la comunidad sino de dar razón de sus propios actos (Criterio, octubre 2004). El secreto y el disimulo cierran el camino a la publicidad democrática de los actos públicos, y la distorsión de verdades a medias, de rumores termina involucrando a justos y pecadores. Estos últimos cebados por la impunidad terminan por hacer ostentación de sus crímenes. El control social pierde precisión cuando dejan de funcionar sus órganos específicos, en este caso la administración misma y subsidiariamente el poder judicial. Termina trastocando el proceso de socialización que opera en un orden subvertido.

Ya la excepción no confirma la regla, es el crimen de los poderosos y la excepción pierde credibilidad. Entonces la evasión fiscal y el despilfarro de los recursos públicos pasan a ser pecados menores.

En lo económico la corrupción del funcionario y del directivo, de la corporación misma, conlleva daño a la sociedad al mismo tiempo que beneficia al corrupto. El corruptor conoce el ámbito en el que se mueve y los defectos que puede aprovechar para sus fines. Así llega un nivel en que la masa misma de recursos se ve comprometida y el daño social se magnifica. Tal en nuestro medio y en salud, el caso del PAMI en sus gestiones más desgraciadas.

Más aún, llega un momento en que la acumulación de recursos mal habidos genera interrelaciones sociales que terminan por legitimar la corrupción originaria. O lo transforma en espectáculo desesperanzador para todas las generaciones de una comunidad. Porque el cierre del círculo vicioso del poder, el delito y la corrupción es un fracaso de la comunidad en su conjunto (Simonetti, 1998).

Noticia cotidiana en los diarios, repercusión horaria en radio y televisión, comidilla en las revistas, la corrupción no suele ser tratada con rigor científico. La carencia del rigor trae consigo el escándalo impotente de la comunidad. En nuestro medio, hay periodistas de enjundia que la han sacado a luz y la tratan con rigor metodológico. Sin embargo, “el silencio que las ciencias sociales han guardado” deja datos abrumadores “huérfanos de la necesaria teoría” (Marafuschi, en Simonetti, 1998) que permita explicarla y corregirla.

El hombre honrado es el hombre justo, el que realiza la justicia en cuanto a que vive en comunidad. Pieper sostiene que la justicia “es la capacidad de vivir en la verdad con el prójimo” (Pieper, 1980:18). La convivencia requiere un grado aceptable de objetividad, fortaleza para resistir al mal, benevolencia proyectada, es decir no sólo querer el bien del otro, sino ayudarlo a realizarlo. A su vez “el bien común necesita la bondad de todos los individuos” (Pieper, 1980:106). Si al menos una parte de los componentes de la comunidad, sus dirigentes y representantes son honrados, se puede construir el bien común.

Cuando la bioética se refiere a la benevolencia como uno de los pilares de la conducta de quienes se ocupan de la salud de los enfermos, involucra a los conductores y responsables de la Salud Pública.

Y bien ¿qué sistema justo de salud puede obtener una comunidad si parte de quienes lo conducen carecen de honradez?

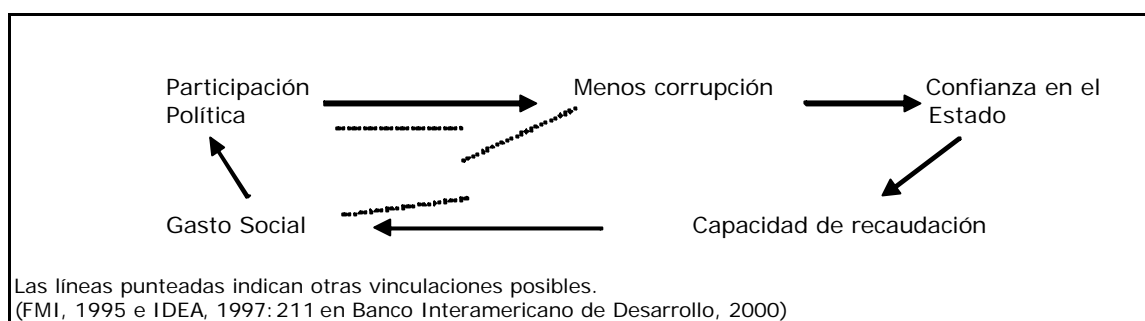
La minimización de la corrupción es parte de la gestión de Atención Médica (AM) como de todo servicio. Aquella está extendida, como todos los sabemos, sin poder probarla aunque “contrario sensu” tantos se abocan a justificar el pecado como “desprolijidad”, falta tan grave como el pecado mismo³. La corrupción política y social es poco explorada por las Ciencias Sociales.

La adversidad en el camino de las aspiraciones argentinas frecuentemente lleva a frustraciones porque en puestos directivos hay hombres y mujeres sin honradez. ¿Qué otra cosa es la corrupción?

El informe BID 2000 presenta un círculo virtuoso sobre el que funda la eficacia del Estado Benefactor, computando a Costa Rica y Uruguay como paradigmas. Puede aplicarse a otros Estados. El círculo refiere los cinco factores contra la corrupción del cuadro 1.1.c.

³ El Arzobispo de Paraná, Mons. Estanislao Karlic consultado por una declaración del Episcopado Argentino, que sostenía “el país está herido por el escándalo”, dijo: “no solamente pecamos sino que justificamos el pecado” (Karlic, 1996). El economista Jeffrey Sachs, de Harvard, gestor de planes de estabilización en Europa del Este, dijo que “Argentina se veía en preocupantes niveles de corrupción” (Sachs, 1997).

Círculo contra la corrupción



Cuadro 1.1.c

En el ranking de IPC (Índice de Percepción de Corrupción de Transparency International) de 1 a 10 –donde 10 corresponde a la menor corrupción– Argentina tenía 2,5 (Ades, 2003).

La **confianza en el Estado** puede estimarse en las encuestas graficadas en el mismo informe según los parámetros del cuadro 1.1.d.

Parámetros de satisfacción política. Regiones seleccionadas y Argentina en la década de 1990

Variable	Argent. %	Europa %	Am. Lat. %
Ciudadanos satisfechos o parcialmente con la democracia en su país	42	46	35
Apoyo a democracia c/ sist. Gobierno	72	96*	64
Confianza en el Congreso	26	44*	32
Ciudadanos que se sienten cercanos a un partido político	13	25*	17
Ciudadanos que mencionan a los PP como inst. indispensables para el desarrollo nacional.	34	s/r	s/r
Ciudadanos con confianza en el poder judicial.	22	65	36

BID, 2000: 184; 186-187; 200-202 (Latinobarómetro 1996-1998).
PP: Partidos Políticos; * c: 1991.

Cuadro 1.1.d

El informe del BM sobre el Estado en el mundo actual funda la revitalización de su capacidad institucional en el reconocimiento de su capacidad real y en el “ofrecimiento a los funcionarios públicos de incentivo para mejorar sus rendimientos y, al mismo tiempo, manteniendo a raya las posibles arbitrariedades” (Banco Mundial, 1997:7).

El **sistema mandarín** tiene su raíz en las élites de la burocracia china y se adapta hoy a un régimen centralizado de selección estricta en base a méritos evaluados por exámenes, para entrar en un escalafón. La escuela nacional de administración de Francia requiere un año de práctica y quince meses de estudios teóricos. Mecanismos similares se utilizan en Japón y en Singapur.

El **sistema de contratación abierta** es más descentralizado y se basa en el mercado de trabajo. Los EEUU operan por exámenes específicos para cada cargo y da autonomía descentralizada a los directivos para la contratación.

Dice el BM: “La savia de un Estado eficaz es un personal capaz y motivado” (Banco Mundial, 1997:106).

Sin embargo muchas veces el Estado como fuente masiva de contratación, pasando por alto el régimen meritocrático, aumenta el empleo público como empleador de última instancia designando familiares, amigos y partidarios. Así la mayoría de los sueldos disminuyen a pesar de que la masa salarial aumenta en detrimento de las partidas de funcionamiento y de mantenimiento.

1.2.- Ser Idóneos

La Constitución de la Nación Argentina dice en su artículo 16: "...Todos sus habitantes son iguales ante la ley, y admisibles en los empleos sin otra condición que la idoneidad". El término idoneidad está definido como "adecuado y apropiado para una cosa o función" (Real Academia de la Lengua, 1992).

Allí se define la **virtud del funcionario público**: transformar los procedimientos burocráticos en expresiones orgullosas de responsabilidad y generosas de servicio. La conciencia y el criterio para aplicar sus deberes a una realidad dinámica y llena de dificultades. Su actitud debe ser ejemplificadora: una presencia idónea para solucionar problemas.

La distorsión en la función pública es el acceso y ascenso del carente de idoneidad, la prebenda, el reclamo por lo que deben hacer los otros, el trabajo como ámbito de entretenimiento, el trámite indiferente respecto al servicio que otros reclaman.

El renacimiento del orgullo por la función pública no es fácil entre los cansados, engañados, desesperados, mal pagos. Cuanto más, si quienes los dirigen carecen de conocimientos, de decisiones fundadas, de espíritu de servicio, de idoneidad para conducir. El ejercicio de las profesiones de salud está reglado en todo el mundo. La habilitación inicial, que era por tiempo indeterminado, tiende a fijarse por períodos de recertificación. Para dirigir equipos tan complejos como los de Salud Pública, se necesita una capacitación especial. Cuanto más alto es el nivel de conducción, más sólida debe ser la formación sanitaria.

No bastan para ello experiencias que no han salido del campo empírico, se requiere un período de reflexión y de estudio del marco teórico de la Salud Pública. Sin ella la conducción quedaría a cargo de "empíricos", quizá con calificaciones en otra especialidad de salud. Un libro de Medicina Sanitaria comienza diciendo: "El nacimiento de este libro está vinculado a una íntima utopía personal: que nunca más el responsable del área de salud de cualquier jurisdicción sea el médico que le toma la presión al Presidente, al Gobernador o al Intendente" (Arce, 1993:V).

Max Weber respecto al ejercicio del poder ("dominación legal") describe como el "más puro", el cuadro administrativo burocrático compuesto por funcionarios y empleados. Caracteriza a los primeros:

1. personalmente libre, se deben sólo a los deberes objetivos de su cargo;
2. en jerarquía administrativa rigurosa;
3. en competencias rigurosamente fijadas;
4. en virtud de un contrato o sea sobre la base de libre selección;
5. según calificación profesional que fundamenta su nombramiento –en el caso más racional: por medio de ciertas pruebas o del diploma que certifica su calificación–;
6. son retribuidos en dinero con sueldos fijos, con derecho a pensión las más de las veces; son revocables siempre a instancia del propio funcionario y en ciertas circunstancias pueden también ser revocados por parte del que manda; su retribución está graduada primeramente en relación con el rango jerárquico, luego según la responsabilidad del cargo, y, en general, según el principio del "decoro estamental";
7. ejercen el cargo como su única o principal profesión;
8. tienen ante sí una "carrera" o perspectiva de ascensos y avances por años de ejercicio o por servicios o por ambas cosas, según juicio de sus superiores;
9. trabajan con completa separación de los medios administrativos y sin apropiación del cargo;
10. y están sometidos a una rigurosa disciplina y vigilancia administrativa".

Weber manifiesta: "la administración burocrática significa dominación (ejercicio del poder) gracias al saber; este representa su carácter racional y específico y pone como ejemplo las clínicas y hospitales (Weber, 1996:176).

1.3.- Ser normales

*“-Elbiamor (discretamente inquisitiva): ¿Estamos locos?
-Yo: Nada más que lo suficiente”
(Marechal, 1997:33)*

En el prólogo crítico a una obra de Ramos Mejía, Paul Groussac resume la hipótesis del autor: “La locura, bajo sus formas insidiosas y parciales, ha desempeñado un papel capital en la historia de la humanidad...” (Ramos Mejía, 1993:9). Se refiere “al numeroso grupo que comprende a todos esos desequilibrados que andan sueltos; cuya tacha invisible, ignorada de todos y de sí mismos, no empecé⁴ en manera alguna su aptitud para las más altas funciones sociales, puesto que bajo el rótulo de originalidad, humor, extravagancia u otro parecido, ha sido tenido durante siglos y lo es aún por un simple rasgo idiosincrásico” (Ramos Mejía, 1993:10).

Son numerosos los estudios sobre la psicopatía en la historia. Vallejo Nájera, sobre las principales figuras de la Segunda Guerra Mundial, se pregunta dónde está la línea divisoria entre “empuje constructivo” y “fuerza devastadora”, en cuyos extremos pone las personalidades de De Gaulle y de Hitler (1981:314).

El carisma para la alta conducción linda frecuentemente con rasgos patológicos, lo que juega en detrimento de los cuerdos para las grandes obras.

Pero no es el caso referirse a este nivel de la conducción política, sino ceñirse al campo de la conducción específica de áreas con alto componente científico como es la salud de las poblaciones.

No se avizoran sino rasgos de fuerte personalidad en los grandes conductores sanitarios de nuestra historia.

Sin embargo no faltan en los estratos intermedios figuras que lindan con las personalidades psicopáticas. Sin alcanzar precisión de psiquiatra, el profesional de salud puede encontrar en la Salud Pública la actitud defensiva del paranoide, el self grandioso del narcisista, la reacción inesperada del pasivo-agresivo, la seducción del histriónico y aún la maliciosidad del antisocial (Koldobsky, 1995).

Toda vez que “el alienado delira con las ideas del ambiente” y “la locura (...) sufre también las variaciones de la moda”, Nerio Rojas dice: “Muchos otros autores han observado también que los períodos de agitación electoral pueden ser motivo de episodios delirantes en ciertos predispuestos, que, sugestionados por la preocupación ambiente, proclaman sus candidaturas con un programa pintoresco de reparación y de reformas, y algunos de los cuales -no todos- terminan en el hospicio” (Rojas, 1951:118).

La amplia gama de los insensatos se abre al análisis de Foucault como creación propia del mundo clásico considerando que es en la calidad de la voluntad y no en la integridad de la razón donde reside el secreto de la locura. Sobre ese camino, los alienistas del siglo XIX definirían la locura moral reposando sobre una mala voluntad, un error ético (Foucault, 1979:213).

Sin alcanzar tales extremos, la condición de normalidad psiquiátrica parece un requisito previo al planteo político aunque en nuestras ocupaciones diarias nos codeamos a cada momento con esas molestas dolencias que viven ocultas por un velo de irreprochable salud mental.

Citas bibliográficas

- Ades, A., “Anatomía de la corrupción nacional” en La Nación 16/02/03, sección 2, p.7.
- Arce, H. E., *El territorio de las decisiones Sanitarias*. Buenos Aires, Macchi, 1993.
- Aucher, K., “Los profetas ante la corrupción”, en Revista Criterio IV-2002, p. 74-77.
- Banco Interamericano de Desarrollo. Desarrollo más allá de la economía. Progreso económico y social en América Latina. Informe 2000. BID, New York, 2000.
- Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo Mundial 1997. El Estado en un Mundo en transformación. BM, Washington DC, 1997.

4 Verbo caztizo por “no impide”.

- Criterio, Revista, octubre 2004, editorial.
- Foucault, M., *Historia de la locura en la época clásica.*, México, FCE, segunda edición, 1979.
- Gallino, L., *Diccionario de la Sociología.* México, Siglo XXI, 1995.
- Giddens, A., *Sociología Alianza.* Madrid, Universidad, segunda reimpresión, 1992.
- Grenet, P. B., *Historia de la filosofía antigua.* Barcelona, Herder, 1969.
- Jaeger, W., *Paideia, los ideales de la cultura griega.* México, FCE, segunda edición, 1962.
- Karlic, E., "Declaraciones". Clarín 12/11/96.
- Koldobsky, N., en Suárez Richards, Manuel. *Introducción a la Psiquiatría.* Buenos Aires, Salerno, 1995:309 y 352.
- Marafuschi, M. A., Prologo, en Simonetti J. M.
- Marechal, L., *Cosmogonía elbitense.* En: Cuadernos de Navegación. Emecé, Bs. As., 2^{da} impr., 1997.
- OMS. Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de Salud. OMS, Ginebra, 2000.
- Pieper, J., *Las virtudes fundamentales.* Bogotá, RIALP, 1980.
- Pietre, A., *Las tres edades de la economía.* Madrid, RIALP, 1962.
- Platón, *República.* Buenos Aires, Eudeba, 1963:120 (343 c).
- Ramos Mejía, J. M., *La locura en la historia.* Buenos Aires, Rosso, 1933.
- Real Academia de la Lengua, *Diccionario de la lengua española.* Madrid, 21^a edición, 1992.
- Revista Criterio: editoriales varias.
- Rojas, N., *El diablo, la locura y otros ensayos.* Buenos Aires, El Ateneo, 1951:118 y 119.
- Sachs, J., en "La Nación", Buenos Aires 07/08/97, Sección 2.
- Simonetti, J. M., *El ocaso de la virtud. Ensayo sobre la corrupción y el discurso del Control Social.* Bernal, UNQ-UNLP, 1998.
- Vallejo Nájera, J. A., *Locos egregios.* Barcelona, Argos-Vergara, 1981.
- Weber, M., *Economía y Sociedad. Esbozo de sociología comprensiva.* México, FCE, segunda edición, 1996.

LOS COMPONENTES DE LA ATENCIÓN MÉDICA

*Horacio Luis Barragán
Luis Dilio Ferrero*

1.- La Atención Médica es uno de los campos de la Salud Pública

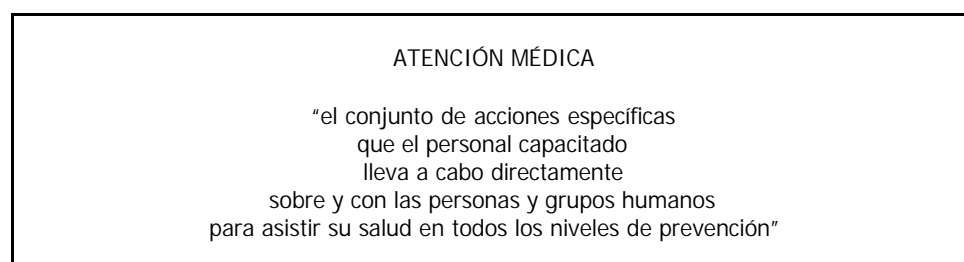
La Salud Pública tiene responsabilidades, como se afirmó, en tres campos: Atención Médica, Saneamiento del Medio y Salud Ocupacional.

La Atención Médica (AM) es “el conjunto de actividades técnicas armónicamente integradas, realizadas en servicios de salud (hospitales, sanatorios, centros de salud, consultorios) o en el seno de la comunidad, y tiene como objetivo, actuando sobre las personas, promover, proteger, curar y rehabilitar la salud física y mental de los individuos, incluyendo la atención de los mismos para su reubicación social” (Feld, Rizzi y Goberna, 1978:120).

La OMS dice que la AM es “el conjunto de medios directos y específicos destinados a poner al alcance de las personas y sus familias, los recursos de diagnóstico temprano, de tratamiento oportuno y de rehabilitación, de prevención médica y de fomento de la salud”.

A. Sonis y J.M. Paganini la delimitan como “la totalidad de servicios que se prestan directamente a las personas para la atención de la salud” (Sonis, 1978:261).

Teniendo en cuenta los elementos incluidos en las definiciones precedentes, se considerará AM como en el cuadro 1.



Cuadro 1

Estas acciones, sean simples o complejas, casi siempre se relacionan o conjugan. Así, una consulta médica ambulatoria puede ir seguida de la dispensación de medicamentos y una consulta odontológica se complementa a veces con placas radiográficas dentales.

El personal capacitado es diverso, de nivel profesional, técnico o auxiliar, y tiene necesidad de mutua colaboración.

Las acciones son directas en AM operando sobre las personas o grupos humanos, como indirectas las de Saneamiento del Medio operando a través del ambiente.

La actividad del personal de AM no descarta, sino que se compatibiliza con lo que las personas y los grupos mismos hacen a favor de su propia salud, su producción social.

El conjunto comprende todos los niveles de prevención de H. Leavell y E. Clark (promoción, protección, recuperación y rehabilitación) (Leavell y Clark, 1965) así como los servicios que prestan diversos subsectores (estatal, privado, de obras sociales y seguros comerciales).

Esta inclusión de niveles y subsectores resulta necesaria para comprender globalmente la AM y evitar las oposiciones clásicas (vg. recuperación-prevención; primaria-especializada; estatal-privado).

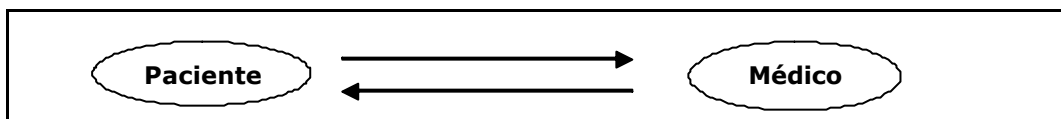
El carácter de especificidad centrado en el personal (personal capacitado) define límites a la AM respecto a otros sectores que condicionan la salud. Ésta es resultante de factores individuales y complejos sociales, muchos de cuyos componentes no pueden ser influidos por la AM. H. Mahler, secretario general de la OMS, decía que el logro de “salud para todos en el año 2000”, “exige un despliegue de esfuerzos en la agricultura, la industria, la enseñanza, la vivienda y las comunicaciones, tanto como en la Medicina y la Salud Pública. La Asistencia Médica no puede por sí sola, llevar la salud a una población hambrienta que vive en tugurios” (Malher, 1978). Por ello debe eximirse a la AM, sin perjuicio del aporte que brinde y la coordinación con que se integre al Crecimiento y Desarrollo, de responsabilidades que no puede asumir o no puede asumir sola.

2.- La Atención Médica es un sistema con diversos componentes

2.1.- Relaciones primarias

La relación originaria de la Atención Médica (AM) fue y es bipolar. Lo fue en un sentido histórico y lo es en un sentido antropológico. Los dos polos son: el paciente –que tiene el menester de su dolencia– y el médico –que tiene la posibilidad de ayudarlo– [Cuadro 2.1.a].

Médico - Paciente



Cuadro 2.1.a

Inicialmente fueron el enfermo de la tribu errante y el shamán, nuestro remoto antecesor y primitivo colega. Hoy, en vez, se trata del consultante del barrio y el médico. Lo sustancial de esta relación bipolar tiene su expresión suprema en la parábola del Buen Samaritano que iba de camino, se detuvo junto al herido abandonado y le ayudó: el polo del menester y el polo de la ayuda. Para nuestro tiempo, en que se insiste en “personalizar” la Atención Médica, no es ocioso recordar la raíz histórica de esa bipolaridad y reflexionar sobre su sentido espiritual. Este último es constitutivo de la vocación de todo miembro del equipo de salud, de todo aquel que, directa o indirectamente, “cuida” enfermos.

Un tercer polo que tiene también antigüedad, es el del control o regulación. Se reemplazará en adelante la palabra “polo” por “componente” para señalar cada uno de los elementos de un sistema de Atención Médica. El esquema se referirá al paciente como “componente usuario”, al médico como “componente prestador” y al protagonista del control como “componente regulador”.

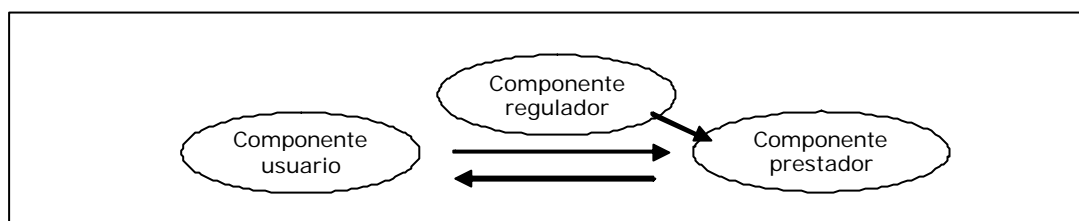
La regulación es remota en el tiempo. Levi Strauss, en un capítulo de su “Antropología Cultural” (1990) habla del “complejo shamanístico” en una comunidad primitiva. Tal relación estaría compuesta por el enfermo, el shamán y la misma comunidad. Esta última promovía la demanda de asistencia, apoyaba la acción curativa y –erigida ésta en espectáculo– evaluaba su eficacia. Es decir, protagonizaba una forma original de control social hoy subsistente. A este control “social” exclusivo le siguió históricamente uno de índole “legal”. Un ejemplo es el Código de Hammurabi (Babilonia, 1700 a. C.) que aspiraba a “disciplinar a los malhechores e impedir que los fuertes oprimieran a los débiles” (Aymard y Auyard, 1977:44). Sus normas incluían una regulación del ejercicio de la medicina. Las sanciones para los casos de fracaso médico eran muy severas y se fundaban en la Ley del Talió.

Con el transcurso de los siglos, fueron modificándose los componentes. El “componente usuario” siempre fue aumentando en tamaño y demandó más. El prestador fue ofreciendo también más posibilidades. El regulador no siempre controló mejor.

El aporte naturalista de los griegos del tiempo de Hipócrates (s. V a.C.) amplió las posibilidades del componente prestador, que no quedó constituido sólo por el médico sino por lo que, en adelante, llamaremos “la Medicina”, institución social con protagonistas diversos. El aporte cristiano revolucionó el espíritu de la asistencia de los enfermos. Operó tanto sobre el “componente usuario” como sobre el prestador, de diversas formas: superando el concepto efecto- causa entre enfermedad y pecado, promoviendo el cuidado aún de los incurables y moribundos, así como la asistencia igualitaria de los grupos sociales.

Con los progresos de la organización social se desarrolló con mayor identidad el “componente regulador”. Así, por ejemplo, eran reguladoras y eficaces las normas higiénicas de Israel y las asistenciales de la Europa Medieval. A fines del siglo XVIII, la Revolución Francesa de 1789 y los monarcas del Despotismo Ilustrado definieron Políticas Sanitarias. Así, los Estados se hicieron cargo de un definido “componente regulador” [Cuadro 2.1.b]. En Argentina este componente fue el Protomedicato, conducido por el Dr. Miguel Gorman, desde fines del siglo XVIII.

Componentes primarios de la AM



Cuadro 2.1.b

2.2.- Relaciones básicas

Queda presentada, con algunas referencias históricas, la relación de tres componentes que, por su aparición y ordenamiento, se han llamado primarios.

En todas las etapas evolutivas el componente prestador se alimenta de otro que se llamará “cognoscitivo”. El conocimiento sobre cuya base opera el “prestador” fue empírico, mágico o sacerdotal en los primeros estadios y subsiste hoy con más o menos peso. Sin embargo, el sistema de Atención Médica actual tiene como básico un componente (cognoscitivo) “científico”. El conocimiento científico es reciente en el transcurso de los siglos. La Medicina como ejercicio individual y aún como institución social es milenios anterior a la ciencia como la concebimos hoy. La Medicina es, al menos como actitud, contemporánea del dolor humano. Pero el componente que en vez de cognoscitivo se llamará “científico” tiene raíces en las últimas etapas del Medioevo europeo y en el Renacimiento. Su primer florecimiento fue la escuela anátomo-clínica del siglo XIX.

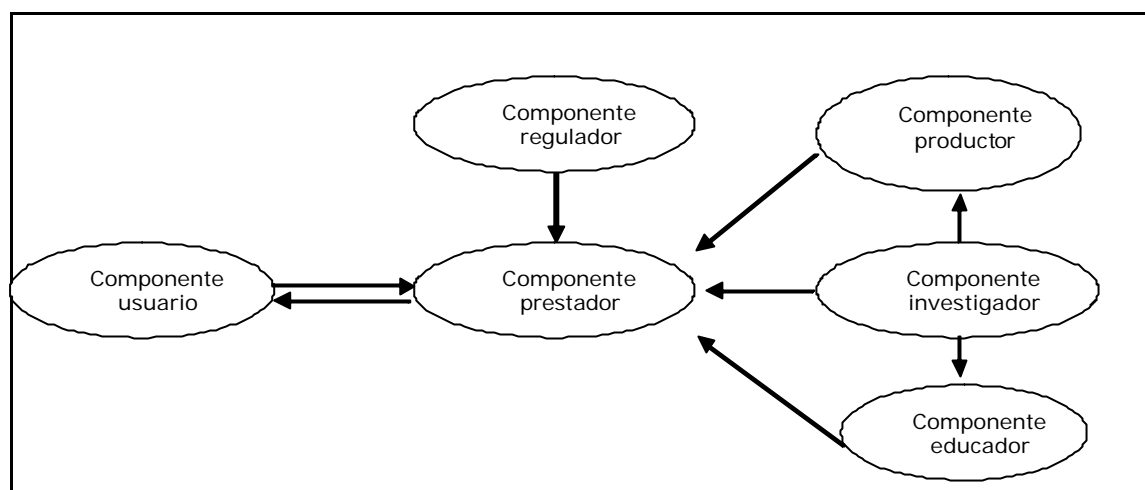
El componente “científico” definió sus métodos de investigación y desarrollo con lo que potenció al “componente prestador”. Al mismo tiempo impulsó otros dos componentes básicos: el “formador” de recursos humanos para la asistencia y el “productor” de diverso tipo de bienes (vg. equipos, medicamentos) con igual fin.

Esta separación de componentes es convencional y al sólo efecto del análisis del sector. En todo tiempo existieron las funciones de cada uno de ellos con mayor o menor integración entre sí. La identificación más precisa y la secesión entre ellos fue fruto del progreso y de la división del trabajo.

En el sistema de medicina mágica, varios componentes se fundían en la figura del shamán que era al mismo tiempo que prestador, productor de los bienes e instrumentos de atención y aún formador del recurso humano. Era formador de sí mismo, a través de una ascesis y autoeducación, después de un discipulado iniciático.

Los progresos científicos y tecnológicos fueron separando funciones e identificando componentes con características e intereses diferentes aunque interrelacionados [Cuadro 2.2].

Componentes derivados de la AM



Cuadro 2.2

2.3.- Relaciones sociales

La evolución no se verificó sólo dentro de los ámbitos primario y básico de la Atención Médica, sino en el plano global de la cultura y la organización social. La cultura, como sistema de valores aptos para afrontar la experiencia vital, logró desde los niveles sociales a los políticos, el reconocimiento de las necesidades de salud y el derecho a conservarla o recuperarla. Los cambios positivos de los sistemas sociales impactaron sobre los niveles de salud. Desde mediados del siglo XIX, a través de dos instrumentos: el saneamiento ambiental (agua potable y cloacas) y las distintas formas de seguridad social.

La seguridad social actual –separada de los regímenes previsionales a los efectos de la consideración del sector Atención Médica– configura lo que se llamará “componente financiador” y está constituida por mutuales, obras sociales y seguros, además de los recursos provenientes de los estados y de los usuarios. Estos constituyentes acentuaron la creciente conciencia del derecho a la asistencia de la salud. Se trata, por supuesto, de un derecho preexistente a la seguridad social y reconocido, aunque no en todos los tiempos y lugares, a través de los siglos. Para el caso, la conciencia de derecho que despertó este “componente financiador” se relaciona con el aporte de los beneficiarios a su financiación. Este factor tendió a generar en los aportantes-beneficiarios la convicción de que “todo” en materia de asistencia debe ser cubierto por la seguridad social. Sin tener en cuenta la relación entre su monto y los costos emergentes de nuevas y complejas prestaciones ni la inflación del valor de medicamentos, materiales y repuestos. Así el financiador, entre el beneficiario y el prestador, apareció como un tercero pagador, como si sus fondos tuvieran otras fuentes que no fueran los aportes y contribuciones. Probablemente estos factores contribuyeron a que la conciencia de derecho no fuera paralela a la de deberes. Se quiere indicar con estos “deberes” a las distintas formas de “cuidar” la propia mutual u obra social. Esta divergencia tiene hipotéticamente, particular peso en el sistema cultural argentino.

El “componente financiador” nació y creció en el mundo occidental europeo desde las últimas décadas del siglo XIX. El primero y más importante fue el Estado y en los modelos de servicios nacionales o regionales sigue siéndolo. **Las obras sociales**, componentes principales del sistema en Argentina, se gestaron en la década de 1940 y potenciaron incesantemente la demanda del “componente usuario”. También potenciaron al “componente prestador”: los efectores privados se desarrollaron al impulso de la financiación proveniente de las obras sociales. La doble potenciación generada influyó a todos los componentes del sistema. Sin embargo sus altibajos económico-financieros hacen que el pago directo de los usuarios sea la tercera fuente principal de financiación.

En Argentina el “componente financiador”, se configuró con los presupuestos estatales pagos directos y la seguridad social. Por su parte esta última no configuró un seguro de salud sino un conjunto de seguros que nacieron y crecieron, apoyados desde el Estado, pero fragmentados entre

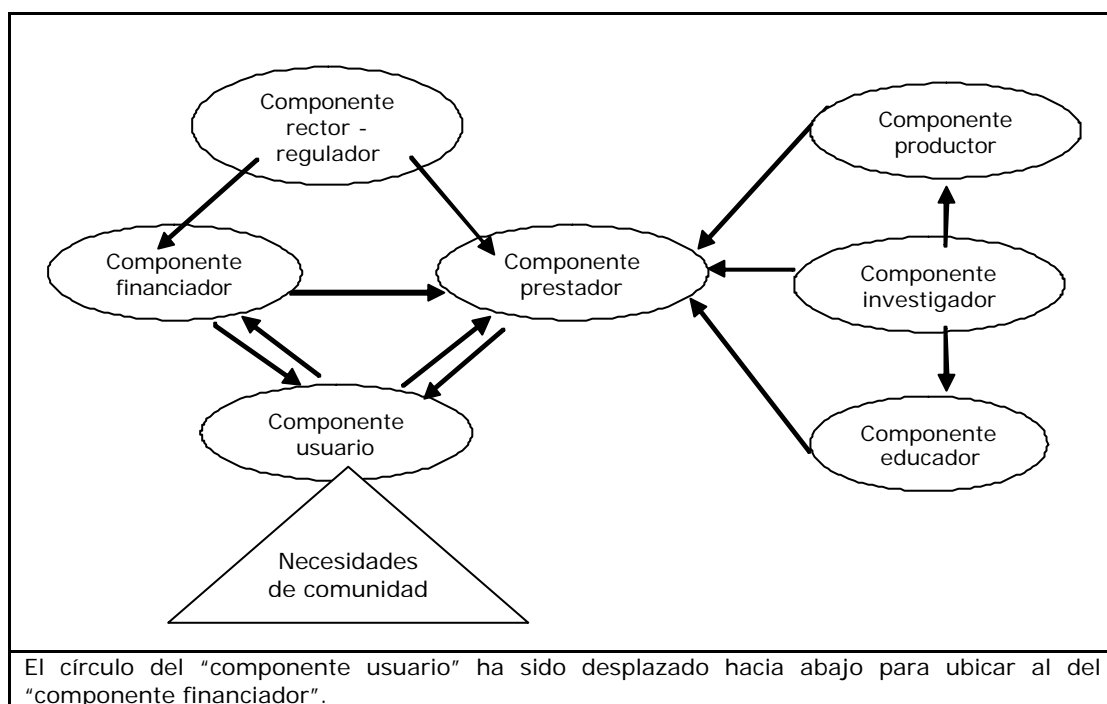
sí. Por otra parte, desarrolló prestaciones directas de Atención Médica –como “componente prestador”– aunque en baja proporción respecto a las que financió. También impulsó otro tipo de prestaciones sociales a las que, particularmente los entes sindicales, otorgan gran importancia (vg. turismo, recreación, préstamos).

El reconocimiento del peso que tendría este “componente financiador” en la Atención Médica argentina fue contemporáneo a su nacimiento. Así lo vieron claramente las grandes figuras de Salud Pública. Pero la participación de las autoridades sanitarias en su coordinación y regulación fue tardía. El Estado, nacional o provincial, venía concentrándose en el desarrollo de sus propios efectores –parte del “componente prestador”– y de programas preventivos.

Aquel reconocimiento maduró recién en 1970 con un régimen que tendía a configurar una suerte de seguro de salud fragmentado y heterogéneo (Decreto-Ley 18.610). Cabe entonces, agregar una flecha entre el círculo “componente regulador” y “componente financiador” [Cuadro 2.3].

Mientras iban dándose pasos tendientes a una cierta coordinación, es decir, fortificando aunque sea parcialmente el “componente regulador”, el “componente científico” continuó alimentando con nuevos conocimientos y técnicas al productor, al formador y al prestador. Así el actual componente formador en Argentina viene, por sobrecarga de profesionales y deficiencia de técnicos, distorsionando el “componente prestador” y consecuentemente todo el sistema.

Relaciones de los componentes de la AM



Cuadro 2.3

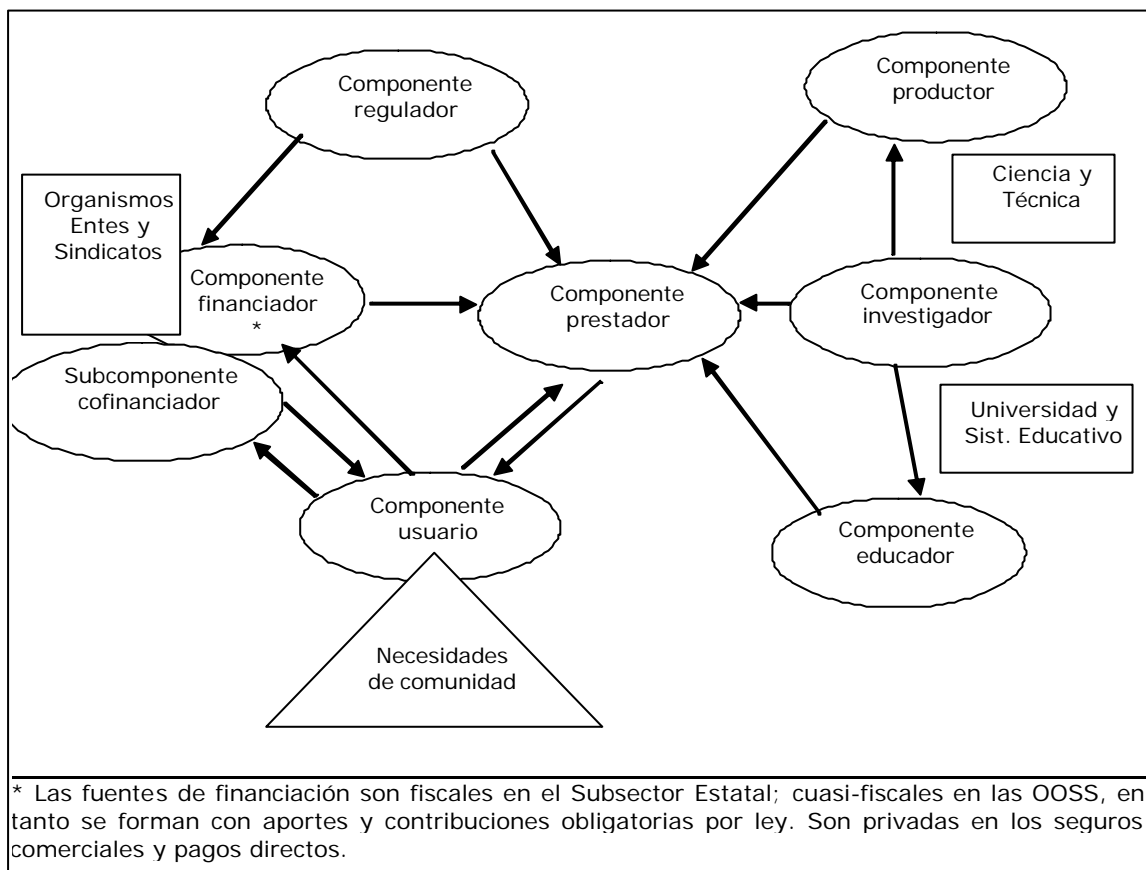
2.4.- Relaciones complementarias

En las últimas décadas se aceleraron dos procesos: la población fue aumentando así como la proporción de ella cubierta por obras sociales a la vez más numerosas. La demanda aumentó en forma sostenida a todos los subsectores, hasta la crisis de las Obras Sociales que la transfirió en alta proporción del Subsector privado al estatal, hoy desbordado al extremo. El costo de las prestaciones de Atención Médica también crecía alimentado por el “componente científico” y por los factores determinantes del incremento de oferta de servicios. Se introdujeron en forma permanente nuevas tecnologías, que aún superándolas se adicionaron sin sustituir a las viejas. Los nomencladores de prestaciones las privilegiaron en detrimento de las prestaciones clínicas, de alta resolución en la mayoría de los problemas de salud sin necesidad de estudios complejos. Así es como tanto en el

nivel micro como macroeconómico, la proporción de recursos requeridos para financiarlos se fue incrementando, constituyendo una preocupación en todo el mundo.

La limitación a nivel personal y familiar para afrontar los costos crecientes dio origen, en Argentina, alrededor de la década de 1970, a dos “subcomponentes” en el ámbito financiador. Uno de ellos es el de los seguros privados incluidos dentro del mismo financiador. El otro es el de los llamados “coseguros”. En efecto, los sectores sociales de medianos recursos que durante años pudieron afrontar de su bolsillo el pago de la proporción de costos que no les cubrían las obras sociales, al aumentar el costo global, tuvieron dificultades crecientes para hacerlo. Consecuentemente, la accesibilidad a los servicios disminuyó. Fue entonces cuando las mutuales y los sindicatos estructuraron, sobre la base de un aporte complementario de los beneficiarios de las obras sociales, un subcomponente “cofinanciador”. Este se constituyó con el conjunto creciente de nuevas mutuales sindicales o privadas que ya sea descontando alrededor del 1% de los sueldos del personal en dependencia o de primas voluntarias, se comprometían a resarcir una parte o el total de los coseguros que quedaban a cargo directo de los beneficiarios de Obras Sociales [Cuadro 2.4.a].

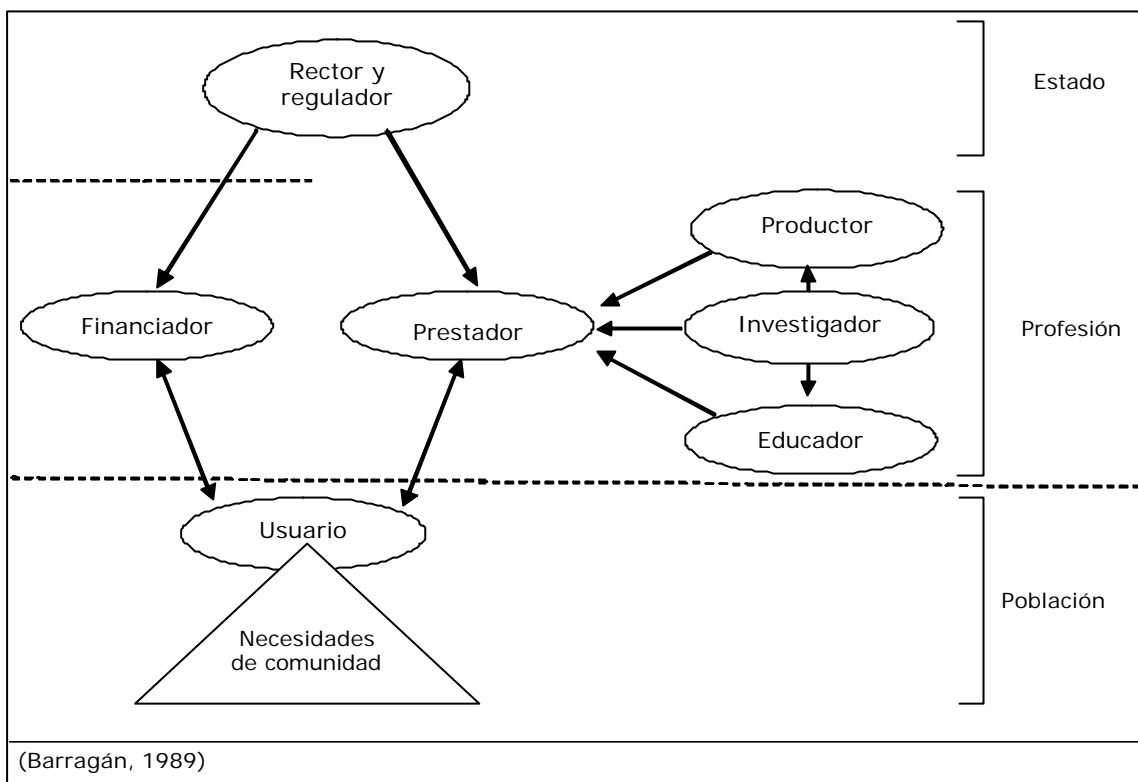
Conjunto de componentes de la AM



Cuadro 2.4.a

Finalmente se han ordenado los componentes propios del cuadro 2.4.a según los estamentos sociales que lo configuran [Cuadro 2.4.b].

Componentes y estamentos de un sistema de Salud (AM)



Cuadro 2.4.b

Fue así como en el transcurso del tiempo:

- Se fueron separando funciones,
- configurando componentes identificables,
- aumentando las relaciones entre ellos,
- haciéndose globalmente más complejo.

Puede decirse que el grado de "especificidad" en las funciones de cada componente respecto del sector Atención Médica varía: el prestador es sólo prestador de Atención Médica pero el usuario no es sólo usuario de Atención Médica sino de muchos servicios y bienes más.

Podría decirse, al sólo efecto del análisis, que hay una proporción inversa entre especificidad y "prescindibilidad": cuanto más específico en funciones es el componente, más imprescindible resulta en el sector y viceversa. Así el componente más específico del esquema y más imprescindible es el "componente prestador". Este componente tiene en Argentina distintos subsectores. En esta posición central, de máxima especificidad e imprescindibilidad, radica paradójicamente su debilidad y su fuerza. Debilidad porque no puede dejar de prestar servicios, al menos de emergencia, y fuerza, en una sociedad coherente bajo un gobierno sensato, porque desde el punto de vista del bien común y la equidad, sus reclamos no podrían ser desoídos.

El análisis de la crisis y de su proyección de la Atención Médica en nuestro medio no debe hacerse aislado sino en una red de relaciones de esa naturaleza (Barragán, 1989).

3.- Los componentes actuales de la AM encuadran en los esquemas anteriores

“La rectoría consiste en última instancia en supervisar la totalidad del sistema, evitando la miopía, la estrechez de miras y el error de hacer la vista gorda ante las fallas detectadas...”

*Ero Harlem Brundtland
(OMS, 2000:XI)*

3.1.- Componente Regulador

En los documentos recientes de la OMS este “componente regulador” se identifica con la función de rectoría, citada en el epígrafe. Comprende las siguientes tareas: a) definir la visión y la orientación de las políticas sanitarias; b) influir mediante reglamentaciones, promociones y organismos que las hagan cumplir, y c) reunir y utilizar información pertinente (OMS, 2000:XVII).

La organización de salud y Atención Médica en Argentina, muy pocas veces ha tenido un organismo dirigido por una personalidad y un equipo que hayan logrado coordinar componentes y subsectores con el objetivo del bien común.

De esta manera un esquema como el que se presenta en el cuadro 2.4.b pocas veces ha sido considerado en su conjunto, en orden no sólo al diagnóstico epidemiológico sino a la terapéutica colectiva.

Durante mucho tiempo los organismos estatales de salud se limitaron a trabajar en el ámbito de sus propios efectores, sin cumplir su rol prioritario de regulador y coordinador del conjunto. Así crecieron sin orden ni concierto subsectores diversos cada uno con sus fortalezas y debilidades: estatal (nacional, provincial, municipal), de mutuales y obras sociales, privado prestador y privado de seguros médicos. Tampoco hubo acuerdos efectivos para la formación de recursos humanos, investigación científica y producción de bienes de AM. El problema de los medicamentos y sus implicancias internacionales, comenzaron a ser reglados por la gestión de Oñativia y posteriormente estudiados desde la perspectiva farmacológica, clínica y económica, por cátedras, instituciones profesionales y estatales. Se destaca en este tema la gestión del ministro Ginés González García en la provincia de Buenos Aires, en su obra social, el IOMA y más recientemente en el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. La medicina y seguridad laborales no formaron parte de una estrategia conjunta ni con las modificaciones de 1995 (Ley 24.557 de Riesgos de Trabajo).

La regulación es competencia del Estado Nacional y Provincial, y en aspectos edilicios y de higiene, de los municipios o departamentos. En AM el ejercicio de las profesiones “del arte de curar” (nombre tradicional) –delegado en los Colegios Profesionales de ley–, la habilitación, categorización por complejidad y la fiscalización de establecimientos de AM, es competencia de los estados provinciales. Ella no obsta a una política nacional que tienda al logro de normas y procedimientos comunes para las distintas jurisdicciones del país, en la medida en que se base en el reconocimiento de las realidades y posibilidades de cada una en un marco global.

La regulación de las Obras Sociales (OOSS) fue descuidada, hasta el Decreto-Ley 18.610 (1970) que creó el primer organismo descentralizado (Instituto Nacional de Obras Sociales), con capacidad de definir y aplicar normas comunes aunque al margen de las autoridades nacionales de salud.

La regulación de la producción y comercialización de bienes se inició con Oñativia, continuó en algún aspecto bajo la gestión de Holmberg y se renovó con la de Ginés González García.

3.2.- Componente Prestador

Fruto de lo anterior, el sector prestador de AM se dividió en subsectores, cada uno fortalecido en un aspecto particular respecto de los otros, pero sin líneas de coordinación entre sí. Aún dentro del estatal, las jurisdicciones provinciales y municipales no lograron acciones combinadas. Los únicos procesos de interrelación, las transferencias de establecimientos de nación a provincias, y de provincias a municipios, fue un mecanismo economicista para deshacerse de responsabilidades

financieras de parte del nivel superior hacia el inferior. En efecto, las transferencias se produjeron, en general, sin la consecuente transferencia presupuestaria. Mientras tanto, el nivel nacional se quedó gesticulando normas y proclamando prioridades, con pocas acciones concretas.

El subsector privado, atomizado de suyo por su propiedad, no logró configurar redes asistenciales formales según complejidad.

Mejores logros obtuvieron los Colegios Profesionales, organismos paraestatales en los cuales las provincias delegaron el gobierno de la matrícula y de las normas deontológicas. Si sus resultados fueron positivos en cuanto a un orden en el gobierno de la matrícula, no fueron suficientes para promover una regulación de la graduación de profesionales de acuerdo a prioridades ni tampoco a la efectiva cumplimentación de normas deontológicas.

Las organizaciones gremiales de profesionales alcanzaron ciertos niveles de coordinación de la misma forma que las asociaciones empresariales de instituciones asistenciales privadas.

El resultado fue que el subsector privado está globalmente sobredimensionado en profesionales, equipos y servicios, y ampliamente extendido en el territorio. Una distribución de funciones y una buena coordinación lo harían más eficiente.

3.3.- Componente Financiador

Se trata de otro componente fraccionado, el financiador o prestatario, ya que obtiene sus recursos de diversas fuentes: presupuestos provinciales, municipales, de mutuales u obras sociales (OOSS), y directamente del bolsillo del paciente. Los fondos de las OOSS se destinan no sólo a prestaciones asistenciales sino también a otras contingencias y provisión de servicios. Los gastos administrativos tienden a ser altos.

Las OOSS son el campo de confrontación entre sectores políticos, sindicales, de prestadores, y de agrupaciones de beneficiarios. Parte sustancial de sus fondos han sido afectados por el alto nivel de corrupción que sufre la comunidad argentina.

Los seguros privados o prepagos, lograron financiación en función de sus tamaños poblacionales, las limitaciones impuestas por los regímenes de preexistencias y carencias y las ventajas financieras de los períodos de alta inflación.

3.4.- Componente Investigador

En nuestro medio la investigación científica y tecnológica es un área marginada a pesar de la capacidad de los recursos humanos disponibles. Los organismos estatales carecen de organización estable y fondos suficientes para darles impulso. El subsector privado desatiende aquellos recursos toda vez que la mayoría de los modelos productivos que utiliza provienen del extranjero, lo que está favorecido por el régimen de patentes. Pocas instituciones son las que apoyan a la ciencia argentina. Los investigadores penan por completar sus equipos humanos, sus instrumentos y materiales. Otros optan por la migración a países que ofrecen lo que en Argentina no encuentran.

3.5.- Componente Formador

El aislamiento de los componentes entre sí vuelve a repetirse en este caso, toda vez que el sistema educativo está desarticulado en sí mismo. En la formación de recursos humanos de salud, las jurisdicciones provinciales y efectores privados de educación, tienen a su cargo el nivel auxiliar y el técnico.

La formación de los profesionales universitarios en instituciones estatales y la sobrecarga numérica, sus propias normas estatutarias y la insuficiencia de los presupuestos limitan el cumplimiento de sus fines. Las instituciones privadas, por su parte, con diferencias de calidad entre ellas y con las estatales más destacadas, forman una baja proporción de profesionales de salud con disímil solidez. Por otra parte, si bien viene reclamándose desde hace décadas, no existen

mecanismos de programación común entre el sector docente y el asistencial. El ámbito común que representan los regímenes de residencia, carecen también de mecanismos consolidados.

3.6.- Componente productor

Este componente del sector tiene una gran amplitud, comprende desde el algodón y la gasa pasando por medicamentos, descartables, prótesis y ortesis, por los más variados materiales e instrumentos, hasta los equipos tecnológicos de diversa complejidad. Estos elementos, en general, llegan al prestador a través de una comercialización con niveles intermediarios, más complejos cuando se trata de productos importados. En este componente se involucran también los servicios generales que requiere un prestador (vg. electricidad, telefonía, agua y sistemas cloacales, disposición de residuos patogénicos, gas) y servicios específicos de Salud (vg. oxígeno y gases medicinales, seguros de distintos tipos).

3.7.- Componente Usuario

El número de personas y circunstancias “en manos de los sistemas de Salud” es cada día más vasto, desde el niño por nacer hasta el anciano con enfermedades múltiples, ese sistema lo contacta, o debe contactarlo, en largos períodos de sus vidas. Cada vez las poblaciones están más ligadas, con mayores expectativas y dependencia a los sistemas de Salud (OMS, 2000:XIII y ss.).

La diversidad de panoramas vigentes en los restantes componentes del sector de AM, proyectan sobre la población usuaria una sustancial diferencia de accesibilidad en cantidad y calidad de servicios, emergente en primer término de la diversidad de subsectores en que se divide el componente prestador y las diferencias regionales.

Uno de los factores más sustantivos que llevan a la potencial desprotección de la población usuaria, es su falta de representación efectiva en sitios clave.

Los usuarios tienen distintos roles; consumidores de servicios como usuarios, pero también son ciudadanos y contribuyentes y eventualmente prestadores (OMS, 2000:57). Los usuarios son sólo una parte de la población que necesita AM. Una vasta cantidad de población no tiene acceso a ella por diversos tipos de vallas (cfr. Cap. 12).

Citas bibliográficas

- Aymard, A. y Auboyer, J., “Oriente y Grecia Antigua”. En Cruzet, M., Historia general de las Civilizaciones. Barcelona, Destino, quinta edición, 1977, primer tomo.
- Barragán, H. L., “Estructura y relaciones fundamentales de la Atención Médica”. En revista *Clínicas y Sanatorios*. La Plata, 1989, tomo 2, volumen 8, p. 5-9.
- Feld, S., Rizzi, C. H. y Goberna, A., *El control de la Atención Médica*. Buenos Aires, López, 1978, p. 5 y 55.
- Leavell, H. R. y Clarck, E. G., *Preventive Medicine for the Doctor in his Community*. N. York, McGraw-Hill, 1965.
- Levi Strauss, Claude, *Antropología Estructural*. Buenos Aires, EUDEBA, tercera edición, 1970:151 y 55.
- Malher, H., *Salud con Justicia*, en Revista de Salud Mundial, mayo de 1978. OMS. Foro Mundial de la Salud. 1978, volumen 2, tomo 1.
- OMS. *Mejorar el desempeño de los sistemas de Salud*. “Informe sobre la Salud en el Mundo” Ginebra, OMS, 2000.
- Sonis, A. y colaboradores, *Medicina Sanitaria y Administración de Salud*. Buenos Aires, El Ateneo, 1978. II tomo, capítulo 4, Sonis, A. y Paganini, J. M.

EL PROCESO DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Horacio Luis Barragán

1.- Puntos clave que se conjugan en la asistencia médica

1.1.- Percepción, interpretación y decisión del paciente

Las enfermedades son fenómenos universales en el espacio y el tiempo de los seres vivos. Son alteraciones estructurales o funcionales del organismo humano, cuya causalidad suele formar redes complejas, y –en la perspectiva médica– tienen una presentación y evolución previsible (Coe, 1973:113).

Son riesgos desde la concepción hasta el final de la vida. Los riesgos son mayores a mayor complejidad de los organismos. Así las enfermedades humanas son heterogéneas y múltiples aunque hay en ellas diferencias de formas, modos y grados.

Las enfermedades son específicas y objetivas. Suelen llamarse **dolencias** a fenómenos patológicos inespecíficos y subjetivos, difícilmente encuadrables en la nosografía médica.

Casi en todas sus formas, modos y grados las enfermedades impregnan a la persona en todas sus dimensiones, biológica y psíquica. La comunicación de la inquietud, la inseguridad y amenaza que generan, afecta la dimensión social. La misma comunicación, la interrelación y los roles sociales se perturban, la actividad vital se reduce y el humor se deteriora.

Así, “el enfermar, tiene desde su comienzo, naturaleza social” (Coe, 1973: 128).

La percepción de la enfermedad puede generar diferentes actitudes en el paciente: ignorarla, rechazarla o aceptarla.

La percepción y la interpretación se entremezclan, la orientación de esta última implica un paso superador de la brecha del conocimiento.

La presentación social de la enfermedad se inicia en el grupo primario ya sea por comunicación del paciente o por respuesta a preguntas como: ¿qué te pasa?

La cultura y el medio físico contribuyen a definir la presentación de la enfermedad ante “**expertos**” que convencionalmente, llamaremos **folklóricos** o **científicos**, en relación al fundamento de sus visiones. Así, en un barrio periférico de migrantes de una ciudad grande, ambas condiciones favorecen la consulta al experto folklórico, en primera y a veces, en única instancia. Por el contrario, en un barrio céntrico y cultura de clase media, la consulta inicial es al experto científico. La dirigida al folklórico suele reservarse para cuando el científico anuncia pronóstico ominoso.

Cualquiera de ambos expertos que sea el destinatario, la consulta implica una decisión consensuada con el grupo primario o más de excepción, solitaria.

En el transcurso de este proceso hay numerosas alternativas. Un riesgo objetivo puede resultar desconocido como tal. La misma enfermedad, por presentación o por interpretación errónea, puede también desconocerse. En otro extremo, la enfermedad hasta puede ser “creada” por el paciente para darle un uso social: excusa de roles u obligaciones, concentración de atenciones o cuidados. El riesgo o la enfermedad pueden generar obsesión en el paciente e incluso en el grupo.

La obsesión por la enfermedad, propia del hipocondríaco, se presenta en otras circunstancias en función de la manifestación de aquella y del estado de ánimo de la persona. Pero hay obsesiones

masivas ya cuando aparece la epidemia, se anuncia una enfermedad nueva o cuando un estudiante de medicina predispuesto estudia patología.

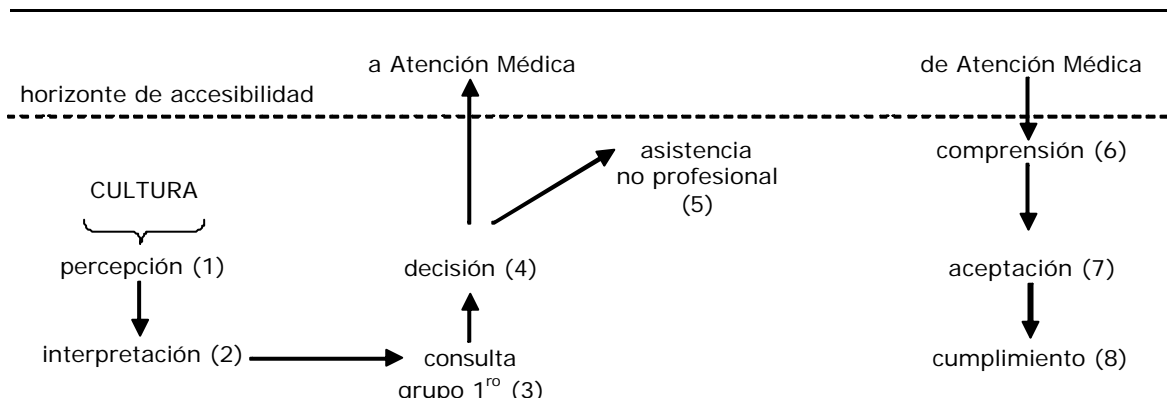
Ahora bien, más en la organización que en la cultura, la presentación social de la enfermedad se valida con la consulta al experto científico, el médico. Talcot Parsons habla de la validación o legitimación. Freidson va más allá y atribuye al médico la creación del estado social de enfermo (Freidson, 1978:209 y ss). Sendrail se pregunta: “La Medicina misma, al fin de cuentas, unida a la legislación social, ¿no se encarga acaso de enseñar a los que hacen ostentación de una salud insolente, el arte de estar enfermo?” (Sendrail, 1966:203).

La cultura tiende a reconocer que ciertas enfermedades requieren para su diagnóstico y tratamiento conocimientos de experto. Así se facilita la decisión de consulta que, concretada, deja al paciente y al médico –al decir de Foucault– “enjaulados en una situación común pero no recíproca” (Foucault, 1966:9). La no reciprocidad de la relación, la diferencia de roles, en cierta forma de autoridad –sin llegar al paternalismo–, es lo que facilita el diagnóstico y el tratamiento.

A partir de una actitud personalizada y comunicativa del médico suele despertarse la comprensión y la aceptación del paciente, y finalmente el cumplimiento de sus indicaciones, cumplimiento nada fácil en las enfermedades crónicas, ya sea por requerir modificación de hábitos, tratamientos permanentes y en casos agudos o complicaciones, drásticos.

Ahora bien, para aplicar la metáfora “enjaulados en una situación común” el paciente decidido debe sortear innumerables vallas que determinan la accesibilidad a la Atención Médica que en condiciones favorables pasan desapercibidas, ellas se dan en subsectores de privilegio, ciertos planes de prepago, algunas obras sociales y en determinados servicios estatales [Cuadro 1.1.a].

Comunidad y paciente frente a la enfermedad



Cuadro 1.1.a

El proceso percepción-interpretación-consulta al grupo primario-decisión se da en pacientes y su grupo pero sus características no se producen en vacío sino en un medio social con una cultura y en individuos con personalidades particulares.

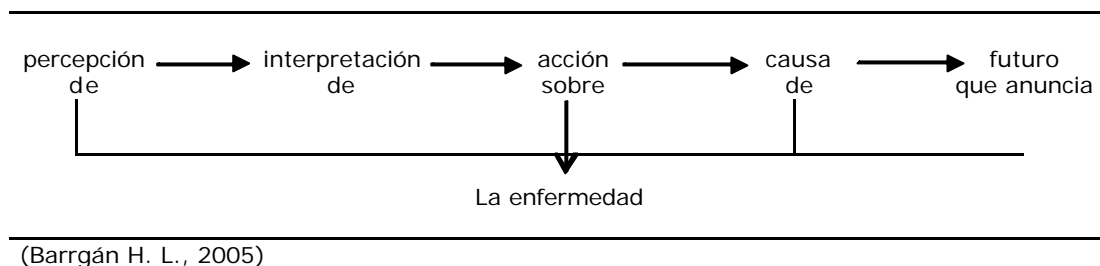
Medio Social es el “cuadro resultante de una actividad humana colectiva y condicionante de las actividades humanas individuales” (Rocher, 1996).

Cultura es “un conjunto trabado de maneras de pensar, de sentir y de obrar más o menos formalizadas que, aprendidas y compartidas por una pluralidad de personas sirven (...) para constituir a esas personas en una colectividad particular y distinta (de las otras)” (Rocher, 1996).

La interpretación lleva a la búsqueda de una explicación causal y a pensar en el compromiso que puede involucrar el futuro.

En Antropología médica hemos desarrollado, con relatos, las relaciones secuenciales, posibles, del paciente [Cuadro 1.1.b].

El paciente y su enfermedad



Cuadro 1.1.b

La observación del médico tiene por base el conocimiento de lo normal, su principio es “no hay hecho patológico sino comparado” (Foucault, 1966:192). El diagnóstico es articular los hechos con un modelo abstracto.

El médico tiene un concepto normativo absoluto de la enfermedad; el enfermo la tiene modelada por la cultura y dentro de ella por una subcultura lega en Medicina. En ella nace la asimetría en la información. Los tiempos son diferentes y sumados a los conceptos, dificultan la comunicación. La comunicación del médico puede atemorizar o tranquilizar; o su silencio deja preguntas sin responder.

La percepción del síntoma: aquí se involucra síntoma y signo. Puede generar alarma por incapacidad de dar una interpretación acertada a un fenómeno normal: piénsese en una niña que percibe su menarca sin estar informada del proceso. Puede interpretarse con optimismo aunque el médico piense en una enfermedad importante, piénsese en una proctorragia atribuida a hemorroides. Puede interpretarse con acierto y no avanzar más allá de un comentario en el grupo primario, piénsese en una cefalea simple.

Se analizará el proceso íntimo del paciente en interacción con el médico a partir de un relato de Ulises Petit de Murat en su libro “Un balcón hacia la muerte” (Petit de Murat, 1943). La obra trata de un paciente, Federico, presuntamente curado de tuberculosis que va a recuperarse a un sanatorio en las sierras de Córdoba (“Los Algarrobos”). Así hacían habitualmente los pacientes de la clase media-alta en Argentina alrededor de 1920 a quienes, cuando padecían tuberculosis (TBC) les recomendaban una larga estancia en la sierras de Córdoba. En aquel entonces la enfermedad era de difícil curación.

U. Petit de Murat. Un balcón hacia la muerte

El presunto curado va a ser examinado por el médico. Petit de Murat dice: “...las miradas de Cerruti (el médico) y Federico (el paciente), sin ninguna simpatía, se cruzaron abiertamente.

- Levántese un poco la ropa, quiero auscultarle- dijo Cerruti.

Federico quiso desnudarse.

- No, así basta añadió Cerruti apoyándole el estetoscopio en la espalda (...).

Siguieron las órdenes habituales, dadas con tono impersonal, como si generaciones de médicos encontraran su voz en ellas:

- Diga treinta y tres...Respire hondo...Tosa más fuerte...

El instrumento viajaba por los hombros vencidos.

Federico, el eterno paciente sin voluntad, obedecía automáticamente.

Cerruti le dijo:

- Bien. Ahora lo veré por rayos.

Avanzó, como en el aire el aparato. Se sentía fofo, sin consistencia. Se hizo la oscuridad. La pantalla se apoyó en su pecho. Accionada por la mano del médico, exploró diferentes zonas. Había en esa mano, llena de pericia, un sentido exacerbado, como el que conduce el perro de caza, con fatal seguridad, tras los rastros de las bestias despavoridas.

Al prender la luz, el doctor Cerruti se adelantó a la pregunta que no alcanzaba a adquirir forma en los labios de Federico:

- Su caso es difícil. Los dos pulmones están tocados.

- ¿Los dos?
 - ¿Cómo? ¿No se lo habían dicho?
 - No recuerdo...Tal vez sí...Para mí no hay curación, ¿no es cierto?
 - No he dicho tanto. He hablado de un caso difícil. Y esos casos son los que me gustan.
 - ¿Para qué, si el final es lo mismo?
 - ¿No vale la pena intentarlo? ¿Si pudiéramos retardar ese final diez años?
 - ¡Sólo diez años!
 - ¡Qué cómico! Hace un momento estaba seguro de concluir, en breve plazo. Ahora ya no se conforma con diez años. Bueno, pongamos veinte...

A Federico no le pareció adecuado el tono de Cerruti. El médico apercibiéndose, se puso serio. Aproximándose hasta ponerle una mano sobre el hombro, le dijo:

- Siéntese, llore, si quiere.

Federico, confuso, cayó sobre una silla próxima.

- (...)

- (...) Su mordaza caía:

- Estoy nerviosísimo, doctor. A ratos me parece que la angustia me va a enloquecer.

- Usted cree que va a morir.

- Es algo más concreto. Me parece que voy a volver a tener sangre.

- Lo autorizo a correr una cuadra, al salir. No le pasará nada.

- ¡Cuidado, doctor! Mire que le empiezo a tener fe. Si me sucede algo...

- No le pasará nada. Absolutamente nada. Y ahora, a otra cosa. Su curación exige que se interne.

La sentencia tan temida, se había desplomado sobre su cabeza inesperadamente. En el abatimiento que le embargó al oírla, valoraba el desmesurado tamaño de sus esperanzas anteriores. Hablaba siempre de la muerte, pensaba que iba a terminar pronto. Pero, la esperanza seguía latiendo en algún sitio de su ser. Subsistía empecinada, embrutecida, con una obstinación que hacía pedazos sus vagas, orgullosas tentativas de estoicismo filosófico. Saliendo a flote, la esperanza se tomaba una vergonzosa revancha.

Quiso sonreír y no pudo. La cabeza le picaba y no se atrevió a rascársela. Cruzó y des cruzó las piernas varias veces

Estoy ridículo, pensó. Si hubiera tenido lágrimas, las hubiera derramado convulsivamente. Se escuchó, como si hablara otro, cuando dijo:

- Me internaría. ¿Cuánto tiempo? (...)"

(Petit de Murat, p. 54-55 y ss)

Recuadro 1

Este encuentro particular, se presenta en un capítulo que se titula "La sentencia" (Petit de Murat, 1943:51 y 55).

La enfermedad compromete lo biológico, lo personal y lo social de la persona afectada. Véase cómo realmente, en el relato, "muerde el cuerpo y lame la persona".

Se trata en este caso, de una tuberculosis en la que "los dos pulmones están tocados" en una época anterior al descubrimiento de los antibióticos que hoy la curan (el primero: la estreptomocina, descubierta por Waksman en 1943).

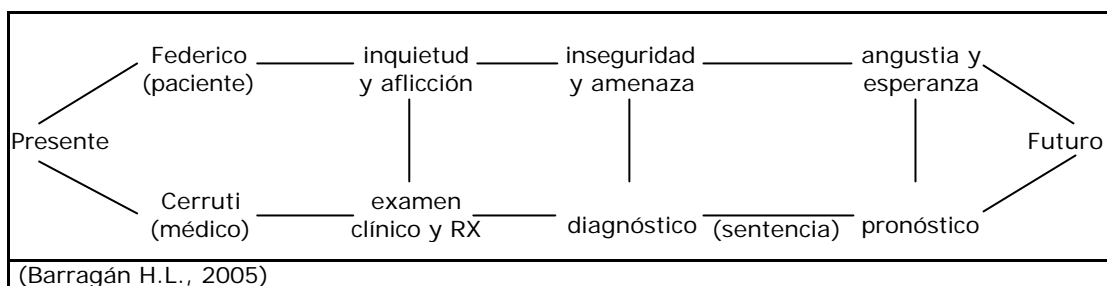
En el plano personal modifica la intimidad y se proyecta a su interacción social. Veamos la intimidad que relata el artista. Federico ya venía con inquietud y aflicción por una enfermedad que creía casi curada, por la experiencia social que la TBC entonces le generaba, a partir de esas emociones, las de inseguridad y amenaza. Se concreta con el diagnóstico del médico que adquiere la jerarquía de una "sentencia", como un juez que le condena.

Dejemos para más adelante el proceso y rito que precede al diagnóstico preciso. Ya en su transcurso el paciente estaba inquieto y afligido:

"Avanzó, como en el aire el aparato" (de radiología). No alcanzaba a "adquirir forma en los labios de Federico" la pregunta, y el médico se adelantó: "Su caso es difícil...".

Inmediatamente se elabora en la intimidad del paciente la secuencia de Lain Entralgo: hombre sano...enfermo...mortal. La amenaza se precisa desde la enfermedad concreta, sentencia declarada por el médico, hacia la muerte [Cuadro 1.1.c].

El enfermo y la enfermedad



Cuadro 1.1.c

Lersch ubica las emociones ante el tiempo: sentimiento de destino, dirigidos hacia el futuro, el futuro con la característica de no estar -todavía- definido. El sentimiento más neutral ante el futuro, es la “espera”. En la intimidad de Federico la “espera” se siente súbitamente modificada:

- por la **“sorpresa”**: emoción que surge de una situación inesperada: el diagnóstico (“¿Los dos?”), por la esperanza (“...valoraba el desmesurado tamaño de sus esperanzas anteriores... Pero la esperanza seguía latiendo en algún sitio de su ser”) emoción en la que aparece el futuro como campo de realizaciones positivas
- por el **temor al futuro** (“...hablaba siempre de la muerte, pensaba que iba a terminar pronto...”): emoción en la que pretende proteger el presente contra la amenaza del futuro (Lersch, 1980:252)
- en la espera, estas dos emociones, la esperanza y el temor, se entrelazan en Federico como se entrelazan en todo paciente. Ella no invalida el surgimiento de otras emociones del destino como la resignación o la desesperación, las que aún no se hacen patentes en este caso de Petit de Murat.

A Federico se le ha modificado “el humor”, un estado emocional que puede afectar a todos los aspectos de la vida del individuo “...confuso... nerviosísimo... Quiso sonreír y no pudo...”. Perdió la alegría, “pues la esencia de la alegría corresponde irradiar hacia el futuro” (Lersch, 1980: 349).

A Federico, también, le nació una **“restricción vital”**:

“...Lo autorizo a correr una cuadra...” “Cuidado doctor...”: restricción social en el espacio y en el tiempo.

La enfermedad genera en el hombre una modificación en los roles, la comunicación y las relaciones sociales.

Por de pronto, el modo de enfermar, además del fenómeno biológico, compromete el comportamiento porque cada hombre es una historia, una historia personal: una biografía. Ella no es exclusiva de las grandes figuras de la historia sino de cada persona anónima pero singular.

Recordamos una afirmación de Susana Sontang:

“La enfermedad es el lado nocturno de la vida, una ciudadanía más cara. A todos al nacer, nos otorgan una doble ciudadanía, la del reino de los sanos y la del reino de los enfermos. Y aunque preferimos usar el pasaporte bueno, tarde o temprano, cada uno de nosotros se ve obligado a identificarse, al menos por un tiempo, como ciudadano de aquel otro lugar” (Sontang, 1980:9).

Federico había pasado a ser ciudadano del reino de los enfermos, y ese anuncio de “nueva ciudadanía” suele certificarlo el médico o el profesional de salud.

La interpretación causal de la enfermedad por el paciente genera una gama posible de sentimientos: culpa, resentimiento, fatalismo (el destino), azar (la mala suerte); de los mitos a veces acertados de la alimentación (algo que comió, la ruptura de una dieta), de la excreción (la constipación, un “asiento”).

La interacción con el grupo primario, según la magnitud de la enfermedad, puede ser “iconoclasta”, es decir romper la imagen del paciente (piénsese en la pérdida de peso y la astenia en un paciente antes corpulento y fuerte, o en las manifestaciones de una depresión en un paciente otrora

optimista y alegre). Puede generar desde el aislamiento del propio paciente; un cierto abandono, demorado y sutil, por el grupo primario. Puede, por el contrario generar la actitud de un **“niño mimado”** o **“un tirano obedecido”** con aceptación del grupo (Israel, 1980:61 y ss).

1.2.- Interpretación y acción del médico

La peste bubónica (“peste negra”) ha golpeado a la población de continentes enteros durante siglos. La peste del siglo XIV cambió la población del mundo. Sólo en Europa produjo más de 27 millones de muertos de un total del orden de los 100 millones de habitantes.

En América del Sur hay brotes en el NE de Brasil o Bolivia. La prevención se hace por el control de los roedores, la vacunación de los viajeros a lugares endémicos y el tratamiento, aislamiento y notificación de los enfermos a lo que se agrega desinfección del medio ambiente y protección de las personas que tuvieron contacto con los enfermos (“contactos”). El tratamiento antibiótico actual permite curar la enfermedad.

No puede extrañar que la peste haya sido tema de literatura desde Bocaccio hasta Albert Camus¹. Para este último es el símbolo del mal.

Escribió “La Peste” en 1947, época en que las grandes epidemias de esta enfermedad ya habían desaparecido. Preparó su relato con la lectura de narraciones literarias y médicas. Entre las primeras cuenta la del autor de Robinson Crusoe, Daniel De Foe, “Diario del año de la peste”. Es la crónica de la epidemia de Londres en 1663.

La obra de Camus comienza así:

“Los curiosos acontecimientos que constituyen el tema de esta crónica se produjeron en el año 194... en Orán. Para la generalidad resultaron enteramente fuera de lugar y un poco aparte de lo cotidiano. A primera vista- Orán es en efecto, una ciudad como cualquier otra, una prefectura francesa en la costa argelina y nada más” (Camus, 1995).

Tal como la ubica en el espacio y en el tiempo, la “crónica” no es sino una novela en la que se presenta al hombre y la comunidad acosada por el mal: la peste bubónica y la angustia por la soledad, el aislamiento y la muerte. Describe la ciudad y la forma de vida de sus habitantes, y se introduce en la enfermedad a partir de la epizootia en ratas. La población se alarma porque ve aparecer ratas muertas por todas partes. Cuando el fenómeno parece disminuir y vuelve la tranquilidad, Camus presenta al primer enfermo. Previo al siguiente análisis conviene leer el 1º capítulo de la obra.

El Dr. Bernard Rieux es la figura literaria que ve y relata aquellos “curiosos acontecimientos”, y es presentado por el autor cuando visita los pacientes en sus domicilios.

Le corresponde al médico frente al paciente o la comunidad: observar, interpretar, actuar y comprender los problemas de salud (Barragán H. L., 2005).

¹ Albert Camus, uno de los grandes escritores franceses de este siglo, nació en una aldea de Argelia, en 1913. Se licenció en Letras y trabajó en teatro y periodismo.

Peleó en la Resistencia Francesa contra la invasión nazi y escribió en “Combat” periódico clandestino que la enfrentaba. Después de la liberación de París pudo decir en editorial: “Las páginas que siguen dicen, simplemente, que si la lucha es difícil, las razones para luchar son siempre claras”.

- Así es Rieux: “No sé lo que me espera ni lo que me ocurrirá después; pero ahora hay enfermos y es preciso curarlos”

- “Después tendrán tiempo para meditar, y yo también. Los ayudo lo mejor que sé, no puedo hacer más”.

Rieux y Camus, su autor, son luchadores en distintos campos, cumplen su responsabilidad humildemente, sin pretensión de héroes, se solidarizan con los otros en el peligro, saben a tientas, que la vida tiene un sentido (Möeller, 1995).

A Camus le dieron el Premio Nobel de Literatura en 1957 “en atención a su importante labor literaria, que con clarividente celo ilustra los problemas de la conciencia humana en nuestra época”.

Camus murió en un accidente carretero en 1960. Se publicó un libro póstumo “El primer hombre”.

a) Observar

Rieux asiste a dos pacientes seguidos. Primero Michel: "...vio venir... al portero (Michel) que avanzaba penosamente, con la cabeza inclinada, los brazos y las piernas separadas del cuerpo, en la actitud de un fantoche. Lo esperó. El viejo Michel tenía los ojos relucientes y la respiración sibilante..."

- el médico vio al enfermo de lejos y apreció panorámicamente su estado ("...en la actitud de un fantoche") observó en detalle su aspecto ("tenía los ojos relucientes..."). Sin duda le preguntó por su salud y escuchó:
- "No me sentía bien... me están saliendo bultos..."
- de la observación y la respuesta pasó a un examen superficial en medio de la calle.
- palpó ("...paseó sus dedos por la base del cuello de Michel...") y actuó con instrucciones precisas ("Acuéstese, tómese la temperatura, vendré a verle por la tarde").

El Dr. Rieux:

"conocía las enfermedades y sospechaba ésta, por las circunstancias epidemiológicas (epizootia).

b) Interpretar

En el caso de Michel hay tres interpretaciones:

- la del mismo paciente: "Me están saliendo bultos. He debido hacer algún esfuerzo"
- la del Padre Paneloux: "...debe ser una epidemia"
- la del Dr. Rieux a la mujer: "puede ser cualquier cosa..."

Rieux no interpretaba aún la enfermedad o al menos, no la anunciaba, tenía a la vista el cuadro de Michel pero necesitaba el cuadro de la comunidad.

Volvió a su casa y preguntó a otro médico si había pacientes con cuadros semejantes.

Usó un criterio clínico (ver al paciente individual) y epidemiológico (ver lo que pasa en la comunidad). Sabía que para diagnosticar, en este caso, no bastaba con ver un paciente. Era preciso saber de muchos. Y hay dos formas de saber de muchos: verlos uno mismo en mucho tiempo, o preguntar a otros los que han visto en poco tiempo. Eso último es accesible por lectura, pero la situación urge, y opta por la otra forma: hablar con tres médicos y con otros miembros del equipo de salud. Para el caso, esto es lo que va a confirmar su hipótesis:

"Llamó a algunos otros médicos. La encuesta le dio una veintena de casos semejantes en pocos días. Casi todos habían sido mortales. Pidió entonces a Richard que era secretario del sindicato de médicos de Orán, que decidiese el aislamiento de los enfermos..." (Camus, 1995:30). "Mientras cada médico no tuvo conocimiento de más de dos o tres casos nadie pensó en moverse. Al fin, bastó que alguno se le ocurriese hacer la suma. La suma era aterradora... y se hizo evidente para los que se ocupaban de este mal curioso que se trataba de una verdadera epidemia".

Este fue el momento que eligió Castel, una colega de Rieux de mucha más edad que él para ir a verle:

- "Naturalmente, usted sabe lo que es esto, Rieux.
- Espero el resultado de los análisis.
- Yo lo sé, y no necesito análisis. He hecho parte de mi carrera en China y he visto algunos casos en París hace unos veinte años. Lo que pasa es que por el momento no se atreven a llamarlo por su nombre. La opinión pública es sagrada, nada de pánico, sobre todo nada de pánico. Y además como decía un colega: es imposible, todo el mundo sabe que ha desaparecido de Occidente..."
- "Rieux reflexionaba. Por la ventana de su despacho miraba del borde pedregoso desde el acantilado que encerraba a lo lejos la bahía..."
- Sí Castel, dijo Rieux. - Es casi increíble, pero parece que es la peste" (Camus, 1995: 34).

c) Actuar

El médico debe actuar siempre frente al paciente, nunca sin pensar. Ante una urgencia con más razón hay que pensar bien y rápido, para lo que es preciso haber estudiado y obtenido experiencia.

Con Michel el tiempo no cambiaba el pronóstico. Rieux, pensó y actuó, ya se vio en qué orden. Finalmente indicó reposo y control, le iría a ver. El relato muestra la alternancia entre la acción y el pensamiento del médico junto a la cama de su enfermo. Fue y volvió y volvió a ir: el enfermo era grave. No tenía el diagnóstico preciso ni disponía de tratamiento específico, aún verificada su hipótesis clínica. Pero actuó, con tratamiento sintomático y cuidó a su paciente.

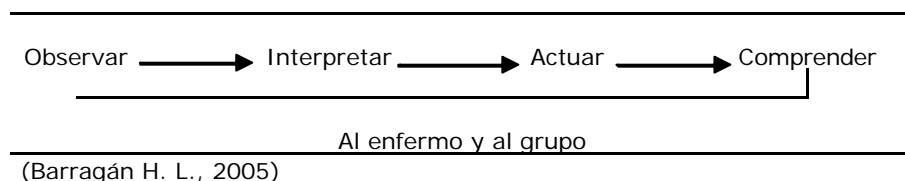
d) Comprender

Rieux tenía prisa por ver al portero Michel que lo esperaba enfermo y grave. Le había anunciado su visita y comprendía que lo esperaba con ansiedad. La enfermedad evoluciona rápido y el médico vuelve a observar signos y escuchar síntomas de Michel. El pronóstico era malo pero no lo pronuncia.

De nuevo la familia: "...la mujer que estaba enloqueciendo..." comprendía al enfermo pero no comprendía la enfermedad. ¿Quién mejor que ella podía cumplir esta indicación?:

- "Vélele usted, le dijo el médico, y llámeme si fuera preciso".
- Rieux volvió a casa del enfermo y el diálogo trasunta su comprensión, no miente, pero no destruye la esperanza:
- (la mujer) "¿Va mejor, no es cierto, doctor?".
- (el médico) "Hay que esperar un poco todavía".
- La comprensión del médico de "La Peste" se trasunta también en la decisión de aislar a su enfermo. Elige con instinto profesional cada palabra, no dice "hay que aislarlo", sino: "es necesario aislarse y proceder a un tratamiento de excepción".
- Ahora ya no lo vela la mujer sola, lo vela Rieux, el médico Rieux [Cuadro 1.2].

El médico y la enfermedad



Cuadro 1.2

Citas bibliográficas

- Barragán, H. L., *Introducción a la Antropología Médica. Un enfoque*. Cátedra de Ciencias Sociales y Medicina (FCM-UNLP), 2005.
- Camus, P., *La peste*. Buenos Aires, Sudamericana, 1995.
- Coe, R., *Sociología de la Medicina*. Madrid, Alianza, 1973.
- Foucault, M., *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México, Siglo XXI, 1966.
- Freidson, E., *La profesión médica*. Barcelona, Península, 1978.
- Israel, L., *El médico frente al enfermo*. Barcelona, De la frontera, 1968.
- Lersch, P., *La estructura de la personalidad*. Barcelona, Scientia, 1980.
- Möeller, Ch., *Literatura del siglo XX y Cristianismo*. Madrid, Gredos, 1961, primer tomo.
- Petit de Murat, *Un balcón hacia la muerte*. Buenos Aires, Lautaro, 1943.
- Rocher, citado por Barragán, H. L., y otros, *Introducción a la Antropología Médica*. La Plata, CECIME, 1996:33.
- Sendrail, M., *Historia cultural de la enfermedad*. Madrid, Espasa-Calpe, 1983.
- Sontag, S., *La enfermedad y sus metáforas*. Barcelona, Muchnik, 1980.

LAS CONDICIONES DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Horacio Luis Barragán

1.- Hay condiciones para los logros de la AM sobre la comunidad

1.1.- Accesibilidad

La accesibilidad tiene diversas dimensiones. La primera es la **geográfica** y su logro requiere **regionalización** con una red de complejidad en la que se cumpla la subsidiaridad. Así, desde el punto de vista de la organización de los servicios, la accesibilidad geográfica está ligada a una regionalización. Ella es **espontánea** en función de la concentración demográfica y de recursos humanos, impulsada por la posibilidad de aprendizaje profesional y retribución (Sonis, 1978:322), tanto en el subsector privado como estatal. Aunque este último tiene obligación de cubrir áreas desprotegidas, en ambos subsectores la distribución de recursos es rígida respecto a la mayor movilidad de la población.

Así las poblaciones rurales o de centros de baja densidad tienen menor acceso que los grupos metropolitanos. Alvarado y Tanoni (1966) señalan que la tasa de consulta ambulatoria en la provincia de Jujuy, influida por alta proporción rural, era de 0,8 consultas/habitante/año cuando en la ciudad de Córdoba era de 5,2 consultas/habitante/año (SESP-AFM-OPS, serie 5 n° 4:385 y SESP-AFM-OPS, n° 5:141). La regionalización del servicio estatal y la medicatura rural han tendido en América Latina, a superar esta dificultad.

En Argentina la regionalización, en vez de una racionalización de recursos en el espacio, ha tenido un sesgo administrativo ya que se ha aplicado como un flujo de trámites hacia y desde los niveles centrales. Han superado tal sesgo algunas provincias como Jujuy y Neuquén.

La regionalización del subsector privado está limitada por la competencia entre efectores atomizados y bajo efecto de normas que distorsionan la complejidad instalada. No obstante la coordinación con este subsector favorecería la racionalidad apuntada.

Desde el punto de vista de las personas y los grupos, la accesibilidad geográfica; o espacio - temporal, se mide por el “tiempo recorrido en el medio de transporte más usual” o por la “distancia media entre la población y el recurso” (Sonis, 1978:286). El primer indicador es mejor ya que entre ambos puede interponerse una barrera natural (vg. río, montaña) o artificial (vg. vía férrea). El tiempo ideal medio varía según urgencia y complejidad, pero puede admitirse que oscila entre 15 y 60 minutos. Se considera el medio de transporte de menor costo que dispone la comunidad en forma regular. Los recursos de mayor complejidad deben distribuirse de tal manera que aún con mayor tiempo de accesibilidad, cubran núcleos demográficos que justifiquen su pleno funcionamiento y alto costo [Cuadro 1.1.a].

**Distancia teórica y recorrida de acceso a la AM. en Km por persona.
Área Metropolitana de Bs. As. 1960-66.**

A-Distancia teórica (a)	1,64 Km/persona	
B-Distancia recorrida para consulta médica	7,19 Km/persona	+ 4,4 veces respecto A
C-Distancia recorrida para internación	10,55 Km/persona	+ 6,4 veces respecto A

(a): domicilio a hospital estatal o privado de más de 40 camas existentes según catastro, 1960. (SESP-AFM-OPS, serie, 5 n° 5:141)

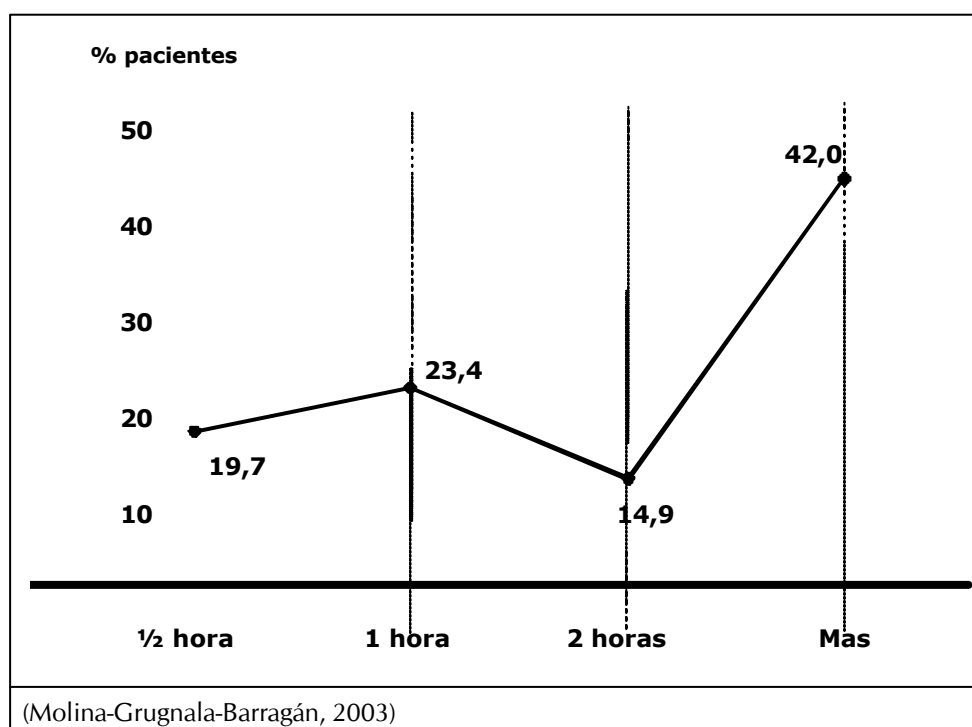
Cuadro 1.1.a

La distancia teórica representa la posibilidad de atención en términos geográficos. Sin embargo los encuestados recorrían un promedio mayor a los 7 Km para consultar y a los 10 Km para internarse, es decir 4,4 y 6,4 veces la distancia teórica. Esta diferencia depende de las posibilidades económica y legal, así como de las preferencias. Para mejorar esta situación es clave el funcionamiento en red, incluso coordinada entre subsectores. El funcionamiento en red involucra la definición de áreas geográficas de responsabilidad sanitaria al menos en el subsector estatal. Ambas orientaciones de la organización deben ser promocionadas en el seno de la comunidad que en general no sabe la localización y funcionamiento de los efectores.

Además de la accesibilidad geográfica, hay una accesibilidad física a los servicios, referente al espacio (vg. escaleras en geriatría o discapacitados) o al tiempo (vg. turnos y tiempo de espera).

Al tiempo de recorrido para la asistencia debe sumarse el tiempo de espera en el efector mismo, que suele alargarse tanto en el subsector estatal como en el privado [Cuadro 1.1.b].

**Provincia de Bs. As. SS Estatal. Encuesta sobre accesibilidad hospitalaria.
Muestra prueba piloto (Hospital Zonal).
¿Cuánto esperó para el turno?**



Cuadro 1.1.b

El problema que se exhibe en el gráfico puede solucionarse, por investigación operativa a través de la teoría de las líneas de espera (teoría de las colas) (Sonis, 1978:258).

Esta teoría se aplica a problemas que involucran el flujo de personas o cosas con el objeto de evitar el entorpecimiento de sistemas y minimizar el tiempo perdido.

El tiempo de espera para estudios o tratamientos complejos es un problema de los sistemas sanitarios de todo el mundo, que se ha tendido a reducir no siempre con buenos resultados.

Se presenta un cuadro de espera y resultados en internación para cirugía compleja de un hospital especializado que muestra dificultades a pesar de la fijación de un sistema objetivo de prioridades [Cuadro 1.1.c].

Prov de Buenos Aires. SS Estatal. Cirugía de by pass coronario. Lista de espera. Estratificación de riesgo. Variantes intervencionistas y mortalidad (f) tiempo. 2000.

Cirugía en los:	Alto riesgo	Riesgo moderado	Leve riesgo
Primeros 2 meses	30 %	15 %	10 %
Entre los 2 meses al año	50 %	40 %	40 %
Paciente no operados al año			
Sobrevida libre de eventos al año	40 %	70 %	90 %
Muerte en el año	60 %	30 %	10 %
Muerte luego del año	20 %	50 %	50 %

(Corsiglia, 2002).

Cuadro 1.1.c

En un panel en que se expuso este cuadro, el Subsecretario de Coordinación y Atención de la Salud bonaerense, Dr. Oscar Alberto Fariña, anunció que el problema había tenido un comienzo de solución con la adscripción de nuevos equipos de cirugía en el Hospital San Juan de Dios de La Plata, que alcanzaron a concretar cinco cirugías cardíacas por mes entre abril y septiembre de 2004, lo que ilustró con una nómina de los intervenidos (nota del 18/10/04).

Tanto en regiones desarrolladas como en subdesarrolladas hay diferencias de accesibilidad económica. Esta varía de acuerdo a la forma y magnitud del pago (vg. pago total directo, monto de los coseguros), a la capacidad económica de los usuarios, al grado de cobertura y al tipo de servicio. Por ejemplo, la población de ingresos medios accede habitualmente por pago directo al subsector privado en consultas y algunos servicios de diagnóstico, pero no en internación y alta complejidad donde el costo hace imprescindible la cobertura.

La demanda de AM aumenta en función del nivel de ingresos. Se ilustrará esta relación con datos de la encuesta publicada por el Ministerio de Salud argentino en 1982, que se resumen en el cuadro 1.1.d.

Consultantes a medico en el año por 100 encuestados autorrespondientes según nivel de ingreso familiar per capita. Área metropolitana - años 1969 y 1980

Nivel de ingreso familiar (NIF)	Área Metropolitana 1969	Cap.Fed. 1980	Conurbano 1980	Área Metropolitana 1980
I	64,3	66,8	61,7	66,6
II	66,8	71,8	70,7	71,0
III	70,9	77,2	73,3	75,3
Total (a)	66,6 (a)	71,4 (a)	67,1 (a)	68,3 (a)

(a): en los totales están incluidos los S/I (sin información) respecto a NIF, los que representan el 6,4% en Cap.Fed. y el 5,3% en Conurbano.
(NIF): el NIF para 1969 (en \$ m/n) y 1980 (en miles de \$) respectivamente es: I: 0-17.000 y 1-300; II: 17.001, 27.000 y 301-1.200; III: 27.001 y más y 1.201 y más (pg. 16).
(Ministerio de Salud y Medio Ambiente, 1982)

Cuadro 1.1.d

El cuadro presenta el aumento de la demanda en función del mayor ingreso. Se ha detallado, como en el cuadro original, la diferencia entre los encuestados de Capital Federal y del Conurbano provincial para 1980. El nivel I de Capital Federal consulta 66,8% anual, y el de Conurbano 61,7%. Esta diferencia se atribuye a la más amplia red y accesibilidad de efectores estatales en la primera jurisdicción.

Las diferencias son más notables en prestaciones que se presuponen menos imprescindibles. Tal es el caso de la odontología en la misma encuesta. Se aprecia en el cuadro 1.1.e.

Consultantes a odontólogos en el mes de referencia, por cien encuestados según nivel de ingreso familiar per capita Area metropolitana - año 1980.

Nivel de ingreso familiar (NIF)	Cap. Fed.	Conurbano	Area Metropolitana
I	16,7	7,6	9,2
II	12,6	9,7	10,6
III	14,8	12,8	13,9
Total	12,9	8,6	9,8

En los totales se incluyeron los S/I según NIF.
(Ministerio de Salud y Medio Ambiente, 1982).

Cuadro 1.1.e

Llama la atención la alta utilización de odontología del I nivel de ingresos en Capital Federal. El 70% de las consultas odontológicas se realizan en subsector privado en Capital y el 60% en Conurbano. Probablemente el subsector estatal en la primera sea amplio y más accesible económicamente que el privado. A los efectos del ejemplo, se considera sólo el comportamiento en Conurbano, resultando que en el nivel I consultan 59,4 cada 100 que lo hacen en el III. Recuérdese que de los datos de la consulta médica surge que en el nivel I consultan 92 cada 100 del nivel III.

Hay países donde la diferencia de acceso se relaciona con la situación social de las etnias. Se verifica en el cuadro 1.1.f.

EE.UU. Pacientes de Medicare según raza. Características diferenciales en Atención Médica Primaria 2000-2001 (N: 150391 visitas B.p., N: 4355 m. AMP)

Médicos %	Pacientes raza negra %	Médicos certificados %*	P	Dificultad para acceder alta calidad	P
22	80	77		28	
78	20	86	0,02	19	0,005

* Médicos certificados por Board; P: posibilidad de significación.
(Bach, 2004)

Cuadro 1.1.f

Los sistemas de cobertura de todo el mundo tienden a favorecer la accesibilidad económica, aunque en los niveles socioeconómicos más altos ella se mantiene mayor en función de gastos indirectos y factores culturales asociados. Los sistemas de Seguridad Social generaron una accesibilidad **legal** (Sonis, 1978:289), ya que cubren población con un determinado atributo y excluyen al resto.

La **accesibilidad cultural** se analiza conjuntamente con el "proceso de AM". Este proceso depende, entre otros factores, de la percepción e interpretación de la enfermedad, del consejo del grupo primario, de la disposición del sistema médico y de la asunción del rol del enfermo. Esta serie de ideaciones y decisiones, condicionan la accesibilidad por la actitud del paciente y la de los profesionales (Leavell, 1958:130). Un ejemplo es la diferencia de lenguaje: el lenguaje médico es autónomo y específico y constituye una valla mayor a mayor diferencia de cultura, menor grado de instrucción y de confianza en el sistema médico de los grupos que acuden a él.

Las vallas habituales que imponen muchas OOS afectan la **accesibilidad administrativa**. Esto es la complejidad de los trámites e innumerables idas y vueltas para completar documentaciones, no siempre justificados.

Esto impide asistirse con estudios complementarios, especialidades o procedimientos de complejidad a muchas personas, aun más a aquellas mayores solas y sin recursos. Sobrecarga la tarea de los médicos que deben completar numerosos formularios. Si bien en muchos aspectos hay requerimientos desmedidos o innecesarios y parte de los profesionales no justifican clara y concisamente sus pedidos especializados, los procedimientos deben ser exigentes pero sencillos para evitar estas vallas.

1.2.- Integridad

La asistencia completa, o integralidad, encarna los niveles de prevención de Leavell y Clark, es decir, la sistemática actitud y acción preventiva frente a la historia natural de las enfermedades. Esta actitud trae consigo una **relación continua** entre prestador y beneficiarios, así como un encadenamiento de los niveles de **complejidad** en secuencia lógica. Esta secuencia ubica en primer lugar las acciones prepatogénicas. A partir de ellas la AM puede fragmentarse y requiere una gama de servicios de complejidad creciente interrelacionados en los que se cumpla la subsidiaridad, es decir que cada servicio haga lo suyo y que el de mayor complejidad no realice lo que corresponde al menor ni se dé la situación inversa. Así la asistencia completa entronca con los niveles de complejidad.

Los defectos de asistencia completa resultan ser de calidad, toda vez que expresan falta de conocimiento o de aplicación de acciones que reclama la historia natural de las enfermedades.

La asistencia completa puede identificarse con la **cobertura** total, comprendiendo el cuidado de dolencias menores hasta las enfermedades catastróficas. La AM integral asiste a los beneficiarios globalmente, considerados como "personas" y no un determinado órgano e involucra no sólo medicación sino abandono o adquisición de hábitos [Cuadro 1.2.a].

Estudio de prevalencia poblacional en Diabetes mellitus (DM) e Hipertensión arterial (HA). La Plata (casco urbano) 1988 (N: 890).

Formas prescriptivas de tratamiento y grado de cumplimiento*

Diabetes	Dieta	HGO	Adelgazar	Insulina	Actividad física	Nada
A. Prescripción	91	48	58	3	18	-
B. Cumplimiento (declarado)	87	100	63	100	67	-
C. Actual.	77	88	32	100	67	15
Hipertensión	Dieta hiposódica	Drogas hipotensoras	Adelgazar	Dejar de fumar	Nada	NS / NC
A. Prescripción	89	87	48	22	-	-
B. Cumplimiento (declarado)	90	92	80	72	4	1
C. Actual	74	79	58	43	15	3
*A: % sobre 33 diabéticos y 107 hipertensos, respectivamente. *B y C: % de A en cada columna. HGO: Hipoglucemiantes orales. (Gagliardino y otros, 1995).						

Cuadro 1.2.a

Se aprecia que no en todos los casos el médico indica corrección o adopción de hábitos, que son parte de la terapéutica de estas dos enfermedades, así como que en los casos en que los indica estos son los menos cumplidos, a diferencia de las prescripciones medicamentosas. De lo primero surge la falta de integridad del tratamiento.

1.3.- Oportunidad

La oportunidad es la concreción de acciones en el tiempo y lugar que se necesitan, y requiere la distribución de los recursos en esas dos perspectivas (vg. guardias médicas para áreas definidas, unidades asistenciales en barrios). Tal distribución es parte de una red de complejidad capaz de disponer y aceptar derivaciones en función de las necesidades apuntadas. Se relaciona con el requisito de integridad y consecuentemente con el de calidad. Patentiza el tema de la coordinación de subsectores, toda vez que se da con frecuencia la existencia de efectores de un subsector (vg. privado) en lugar y tiempo oportuno, pero inaccesible a una parte de la población.

2.- Ojetivos y logros de la Atención Médica

La calidad mide la relación entre la Atención Médica real y la ideal. La ideal es un modelo normativo de acciones, dinámico, según el progreso de las disciplinas del sector. Lee y Jones dicen: “la AM de calidad es la clase de Medicina practicada y enseñada por los líderes reconocidos de la profesión médica, en un momento dado y en un determinado nivel de desarrollo social, cultural y profesional de una comunidad o grupo poblacional” (Sonis, 1978:306). Tal calidad se concreta en “una AM con bases científicas; preventiva, con cooperación entre el usuario y el prestador, que trate a todos los individuos; con una relación cercana y continua entre el médico y el paciente; y con servicios médicos coordinados e integrados; con coordinación entre la atención médica y los servicios sociales y con accesibilidad a toda la población”. Tanto en la perspectiva científica como en la antropológica existe un ideal, una norma dinámica que concretada en la realidad, da la pauta de calidad o de su ausencia.

No obstante, esta calidad está determinada no sólo por la norma ideal sino por la situación a la que debe aplicarse y las posibilidades que ella ofrece. Fajardo Ortiz dice que la calidad de la AM depende de su acuerdo con “el adelanto científico y el grado de desarrollo del medio” (Fajardo Ortiz, 1998:52). Por eso la calidad corresponde a la situación de cada país. Araujo sostiene que el dilema entre el mejor servicio o la falta de servicio asistencial debe superarse brindando aquel que sea posible (Araujo, 1972).

La calidad involucra la satisfacción que un servicio produce en la población a que se brinda y con el prestigio que obtiene. Kerr White la llama **aceptabilidad** y la mide con encuestas. Según ellas el “80% de las personas que buscan, necesitan o desean servicios deberían considerar al personal como “atento y considerado” (Sonis, 1978). Involucra también la satisfacción de la que brindan los servicios en todos sus niveles, tanto en lo que hace a la retribución como al reconocimiento.

La calidad la miden los que tienen oficio asistencial por el procedimiento de la Auditoria y la Acreditación que se verá a propósito del tema Evaluación. La calidad se refiere a los **recursos**, el **proceso** y los **resultados** de la AM, según la clásica tripartición de Donabedian. Los **recursos**, particularmente los humanos logran calidad según su capacidad –formación de base y educación continuada–, el cumplimiento de su rol, su disponibilidad y dedicación. Los recursos **materiales**– edificios, equipos, instrumental y material– interdependen con los humanos, condicionando sus posibilidades y prevaleciendo los últimos. Los recursos estructuralmente considerados no alcanzan calidad sino en la medida en que se aplican en un **proceso** sobre las personas concretas en una circunstancia oportuna y en una secuencia racional de complejidad.

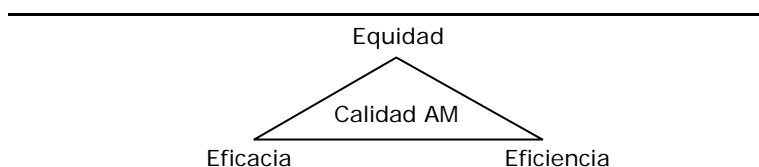
La **complejidad** debe diferenciarse de la calidad; puede brindarse con calidad o sin ella un servicio de baja complejidad (vg. inmunización, examen semiológico no instrumental), o uno de alta (vg. tomografía computada, cirugía coronaria).

Son los resultados de las acciones de AM, ponderados según las circunstancias individuales o colectivas, los que expresan su calidad real. La calidad, es el requisito por antonomasia de la AM.

3.- El objetivo calidad

Para lograr el objetivo de calidad la AM debe tener tres condiciones: ser eficaz, equitativa y eficiente. Convencionalmente se llama “eficaz” si lleva a cabo acciones que dan resultados positivos (vg. prevención, curación, mejoría); “equitativa” si tales acciones alcanzan a toda la población que las necesita; y “eficiente” si ambas condiciones precedentes se consiguen al menor costo posible de recursos. Las tres condiciones se interrelacionan [Cuadro 3.a].

Objetivos de la AM



Cuadro 3.a

La eficacia obliga, por imperativo de justicia, a la equidad. Una AM que dispone de procedimientos capaces de solucionar problemas de salud debe, por exigencia ética y política, alcanzar a toda la población que tiene tales problemas. Asimismo una AM eficaz y equitativa tiene un alto y creciente costo, por lo que precisa ser eficiente, es decir, lograrlo con la menor cantidad de recursos humanos, materiales y financieros. Para ello deberá organizarse profesionalmente. Lo contrario deteriorará la eficacia, la equidad o ambas.

Ocurre más frecuentemente el deterioro de la equidad: del alcance a toda la población que lo necesita y de la posibilidad de lograr la “extensión de la cobertura”. El progreso científico y técnico, a la vez que aumenta la eficacia, despierta mayor demanda, y ambas a la vez elevan el costo de recursos. La ciencia y la técnica médicas determinan la eficacia, y las ciencias sociales y administrativas aplicadas, pueden lograr la equidad y la eficiencia. Los valores éticos exigen a la sociedad organizar y financiar la AM de tal forma que se de satisfacción al derecho a la salud.

En AM se han desarrollado espontáneamente una variedad de recursos interrelacionados positivos pero no siempre organizados de tal forma que pueda lograrse su objetivo.

En cada país y época tales recursos e interrelaciones, merced a decisiones o indecisiones, han configurado o no, modelos que cumplen las condiciones y consecuentemente los requisitos de la AM.

Naturalmente los modelos de AM no se configuran aislados de otros sectores de la vida social. Por ejemplo, la formación de recursos humanos y la producción de bienes específicos de AM (vg. medicamentos, materiales y equipos) dependen de sectores que le están directamente relacionados, y a su vez determinados por otros más generales de la organización social y política. Así pesan sobre la AM significativos elementos intra y extrasectoriales y consecuentemente numerosos factores de poder y grupos de presión, la compatibilización de cuyos valores e intereses compete a la sociedad y al poder político.

4.- La equidad como imperativo ético y político

El requisito de la Equidad surge del valor de la persona humana. Tiene raíz en la creciente individuación planteada por las culturas del Medio Oriente, milenios antes que nosotros, consolidada con los conceptos de **libertad** y **trascendencia** de las grandes religiones monoteístas y de la civilización griega (Kalher, 1965:62-73).

El Derecho Occidental desde sus fundamentos romanos hasta las reivindicaciones sociales que hicieron crisis a fines del siglo XVIII, da a la igualdad una expresión positiva.

Respecto a la salud está planteada en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (art. 25.1): “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida que le asegure, a sí como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los

servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”, y (25.2): “La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de un matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho de igual protección social”. (Asamblea General de las Naciones Unidas, 10-12-48).

La OMS planteó en 1946 el derecho de toda persona y grupo humano a la Atención Médica.

La igualdad está contenida en el Juramento Hipocrático, cuya forma inicial se remonta al sistema médico desarrollado en el mundo jónico del siglo V a.JC., centrado en la figura del médico de Cos. Lo contiene el espíritu del actual juramento y una de sus fórmulas: “No permitiré jamás que entre el deber y el enfermo se interpongan consideraciones de religión, de nacionalidad, de raza, de partido o de clase” (Asoc. Méd. Mundial. Juramento de Hipócrates. Fórmula de Ginebra, 1948. Texto de la F.C.M.- UNLP).

La equidad en AM se define en función de la necesidad: debe haber respuesta igual de la AM a igual necesidad. Comprende un aspecto técnico-científico sobre el que no puede haber duda alguna de igualdad, y otro de confort sobre el que tampoco puede haberla respecto a lo que hace a la dignidad y decoro de la persona humana. La existencia de diversos subsectores que llevan a cabo acciones de AM, imposibilita una igualdad absoluta. La legislación, las normas y los mecanismos de control y evaluación son instrumentos de regulación para alcanzar Equidad. Sin embargo son los valores y las actitudes de los prestadores y las exigencias justas de los usuarios, las fuerzas que logran el cumplimiento de las normas.

En la lucha contra el SIDA se hace patente, a nivel mundial, la inequidad en la disponibilidad de medicamentos [Cuadro 4.a].

Prevalencia estimada de HIV y necesidad de terapia antiretroviral en países de bajos medianos ingresos. Seleccionados. C 2003

Paises	Nº habit. con HIV-SIDA ; fines 2003 (en millones)	Prevalencia entre personas de 15-49 años de edad fines 2003 (%)	Nº de personas que necesitan terapéutica, 2005	Nº de adultos que reciben terapéutica, junio 2004	Cobertura con terapia antiretroviral (%)
Bostwana	350	37,3	60.000	18.000	30,0
China	840	0,1	100.000	7.400	7,4
Haití	280	5,6	40.000	1.370	3,4
India	2.200 - 7.600	0,4-1,3	710.000	21.000	3,0
Myana mar	330	1,2	42.000	200	0,5
Nigeria	3.600	5,4	520.000	17.000	3,3
Rusia	860	1,1	71.000	1.800	2,5
Sudáfrica	5.300	21,5	750.000	20.000	2,7
Uganda	530	4,1	110.000	20.000	18,2
Ucrania	360	1,4	45.000	170	0,4
Tanzania	1.600	8,8	260.000	1.650	0,6
Vietnam	220	0,4	22.000	1.000	4,5

(OMS, 2004)

Cuadro 4.a

5.- La crisis de la atención médica

Se considera que los sistemas de Atención Médica están en crisis y requieren reformas en todo el mundo.

La palabra crisis ha sido frecuentemente vaciada y es preciso definirla [Cuadro 5.a].

<p>Crisis es una etapa de cambio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - en la que converge la discontinuidad de un proceso - con raíces multicausales en el presente - con ambiguas consecuencias en el porvenir.

Cuadro 5.a

Dice el historiador británico Eric Hobsbawm, al concluir su análisis del siglo XX:

“Una cosa está clara: si la Humanidad ha de tener un futuro no será prolongando el pasado o el presente” (1995:576).

Se recurre a esta conclusión porque ciertas constantes de la historia se aplican al futuro de la Salud y la Atención Médica.

Fukuyama concibió la historia como la confrontación entre los dos últimos modelos ideológicos del siglo XX, liberalismo y marxismo, al concluir la cual anunció el fin de la historia.

Pero la historia sigue, porque la realidad es más rica que los modelos para entenderla. Hoy se erige el mercado como modelo único, no como un vínculo sustancial entre otros pocos vínculos significativos.

El modelo de Mercado exclusivo concibe un juego de compraventa en que todo es mercancía.

Sin embargo, hay bienes que no son mercancías: la libertad, el cuerpo, el amor, el sexo, la educación, la salud (Giussani, 1971).

Estos bienes se interrelacionan por otros vínculos además de los del Mercado, tienen una lógica que desborda la lógica del Mercado. La regulación de estos bienes opera también por vínculos de mercado, pero ellos tienen regulaciones más altas: la familia, el Estado, la universidad, los colegios profesionales, la religión, las agrupaciones de intereses legítimos y las instituciones solidarias.

En el plano general, el milenio termina como lo señala el mismo Hobsbawm “con un desorden global de naturaleza poco clara sin ningún mecanismo para poner fin al desorden o mantenerlo controlado”, pero, para él, “rechazar un presente inaceptable, no implica necesariamente proporcionar soluciones a sus problemas” (Giussani, 1971).

No obstante este dejo de pesimismo, coincide con lo que en salud es equidad y dice: “la distribución y no el crecimiento dominarán la política del siglo XXI” (Giussani, 1971).

El Estado de Bienestar, con todas sus limitaciones, puede que haya contribuido, aún en el plano puramente financiero, a paliar las crisis económicas del siglo: ¿será el 30% de PBI que los países desarrollados destinaron a ese Estado de Bienestar un factor que contribuyó a paliar las crisis de la década de 1980, frente a la dureza de la crisis de 1930 época en que se dedicaba al Estado de Bienestar escasamente el 4% del PBI?

Si el Estado de Bienestar se desarticula, como parece ocurrir en buena parte del mundo y en nuestro medio, en el marco del crecimiento demográfico y del envejecimiento de las poblaciones y si se redistribuye menos y se desocupa más, ¿cómo podrán mantener las empresas el nivel de consumo que requieren para su mano de obra y su ganancia?

Las sociedades deben encontrar algún mecanismo para lograr, no sólo por solidaridad sino para mantener la producción y sostener la paz social, que la distribución de la riqueza sea la política dominante del siglo XXI.

La Atención Médica es un servicio sometido en parte a reglas del Mercado, aunque las desborda y se inscribe también en las normas de la solidaridad social.

¿Por qué se afirma que la Atención Médica está sometida en parte a las reglas del Mercado? Es que en el sistema de Atención Médica también se compran y se venden bienes y servicios y por eso se esquematizan sus diversos componentes tendiendo a una premisa: la situación epidemiológica no mejorará si no se busca la satisfacción legítima de todos los componentes.

Es decir que un servicio debe proveerse con calidad y ser compensado correctamente en honorarios, salarios, costos y beneficios, inversiones y amortizaciones al que lo provee. Para eso debe ser, asimismo, eficiente.

Citas bibliográficas

- Araujo, J., Duarte de, *The Right to Medical Care and its Economics Consequences, an American Dilemma*. Revista Médica de San Pablo, 1972, volumen 6, p. 321-327.
- Bach, P.B. y otros, *Primary Care Physicians ¿Who Treat Blacks and Whites?*. N. Engl. J. Med 351 (6):575-84, 2004.
- Coe, R. M., *Sociología de la Medicina*. Madrid, Alianza Universitaria, 1973.
- Corsiglia, D., "La lista de espera para la cirugía cardiovascular y la hemodinamia intervencionista en la medicina pública". Revista de la sociedad Médica de La Plata, tomo 36, volumen 1, 2002, p. 17.
- Fajardo Ortiz, G., "Atención Médica. Teoría y práctica administrativa". Prensa médica Mexicana, México, 1983:52. Cfr. Mera, J. A., "Características de la organización de la Atención Médica". En CIASP. Medicina Administrativa. Volumen II, 1968, p. 39-47.
- Gagliardino, J. J., Olivera, E.M, Barragán, H.L, Hernández, R.E., *Diabetes mellitus e hipertensión arterial. Aspectos clínicos y epidemiológicos en la población de La Plata*. Buenos Aires, Facultad de Medicina, volumen 55, p. 426, 1995.
- Giussani, L., Santoro, F., Buttiglioni, R. y otros. "Una experiencia que se hace escuela (Curso de Doctrina Social de la Iglesia)". Buenos Aires, Docencia, 1989. Cfr. Mauss, M., *Sociología y Antropología*. Madrid, Tecnos, 1971, p. 151-258.
- Hobsbawm, E., *Historia del Siglo XX*. Barcelona, Crítica, 1995.
- Holland, W. W., Ipsen, J., Kostrzensky, J. *Mediciones de los niveles de salud*. Barcelona, Salvat, 1982, p. 48-52.
- Kalher, E., *Historia Universal del Hombre*. México, FCE, cuarta edición, 1965, p. 62-73.
- Leavell, H. R., y Clark, E. G., *Preventive Medicine for the Doctor in his Community*. New York, McGraw Hill, tercera edición, 1958.
- Ministerio de Salud y Medio Ambiente. Encuesta de utilización de Servicios y Gasto en AM; Buenos Aires, 1982. Coordinadores: I.P. de Molinero y M. Méndez Casariego.
- Molina, M., Grugnala, D., Barragán, H. L., *Encuesta sobre accesibilidad hospitalaria. Prueba piloto en hospital zonal*. Departamento de Introducción a la Medicina. Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP, La Plata, inédito, 2003.
- OMS. HIV-SIDA, Steinbrook, *Expanding the Global Response to AIDS*. "Plan para enero 2004-diciembre 2005". New England Journal Medicine, volumen 351, tomo 8, 2004, p. 742.
- SESP-AFM-OPS. *El consumo de salud en términos espaciales en el área Metropolitana*. Serie 5, N°5, Buenos Aires, 1969, p. 7-8.
- SESP-AFM-OPS. *El consumo de salud en términos espaciales en el Gran Córdoba*. Serie 5, N°4, Buenos Aires, 1969.
- Sonis, A. y colaboradores. *Medicina Sanitaria y Administración de Salud*. Bs As, El Ateneo, tomo II, capítulo 4, 1978.

NECESIDADES, DEMANDA Y OFERTA DE ATENCIÓN MÉDICA

Horacio Luis Barragán

1.- En Atención Médica hay necesidades, demanda y oferta

1.1.- La AM es un sector de los servicios a la comunidad

Considerando la AM como un **SECTOR** de los servicios que se brindan a una población, suele utilizarse el lenguaje económico de la **DEMANDA** y la **OFERTA**. Demanda es la “cantidad de bienes o servicios que un comprador está dispuesto a adquirir y que puede pagar; la respuesta a tal demanda está dada por la oferta (Flouzat, 1978:315). En este marco la demanda está definida por:

- el deseo y preferencia del consumidor
- el precio del bien o servicio
- la capacidad de pago del consumidor, según sus ingresos (Congdon, 1982:64; Reynolds, 1979:24)

De este concepto surgen las dificultades para su aplicación a la AM.

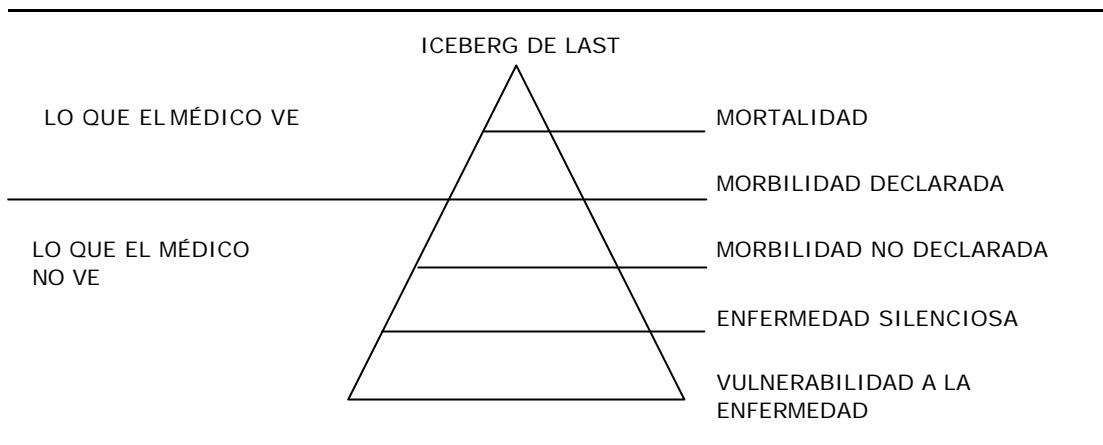
El economista Keneth Boulding (1975:75), diferencia **necesidad** de **demanda**. Atribuye a la primera un tono “mecánico”, y a la segunda uno de “autonomía” y de “elección”. Dice: “sólo el esclavo tiene necesidades, y el hombre libre tiene demandas”. **En AM, en tanto que el hombre es un ser “amenazado”, tiene cierto grado de “esclavitud”, tiene necesidades**, requerimientos mecánicos con un reducido margen de autonomía y de elección. Purola dice que “nuestras necesidades son las diferencias que se perciben entre lo deseable y lo no deseable” (1975:2), lo deseable es la salud y lo no deseable es la enfermedad.

Siguiendo el lenguaje económico, el “mercado” de AM tiene características diferenciales respecto a los otros. La demanda de AM es lo que una persona o grupo “pide” en servicios, y lo que pide puede que no sea lo que “necesita”. La persona no sabe lo que realmente “necesita” en AM como no sea en un sentido muy general (vg. consultar a un médico). A diferencia de otras demandas, no sólo no sabe lo que necesita sino que tampoco “aprende” en sus relaciones con la oferta, y su elección puede resultarle fatal (Boulding, 1975:3). El que, en principio, sabe lo que “necesita” es el profesional, y es él quién propone la elección, y a la que habitualmente se sigue en el marco de la autonomía del paciente.

La demanda económica se refiere a “comprar”, y establece una relación entre el “precio” del servicio y el “ingreso” del demandante, es decir de su capacidad de comprar. En este “mercado” de AM, por su implicancia vital, el demandante no “compra” en los regímenes de OOS o seguros. El demandante paga por adelantado, a través del aporte o prima, sus posibles demandas. Cuando estas se concretan, el seguro cubre la mayor parte del precio, restando sólo una proporción menor –el coseguro– a cargo directo del demandante. Hay un tercero que paga: el seguro de enfermedad. Los sectores sin cobertura por seguro y que no pueden pagar el “precio” en forma directa, tienen el recurso de la “asistencia pública”, a cargo del Estado.

Si bien es frecuente identificar en AM demanda con necesidad, son sustancialmente distintas. Antes de constituirse en “demanda” hay “necesidades” de AM que no alcanzan a percibirse o a expresarse en demanda. Estos estratos están representados en el **ICEBERG** planteado por Last (Sonis, 1978:278) [Cuadro 1.1.a].

Iceberg de Last

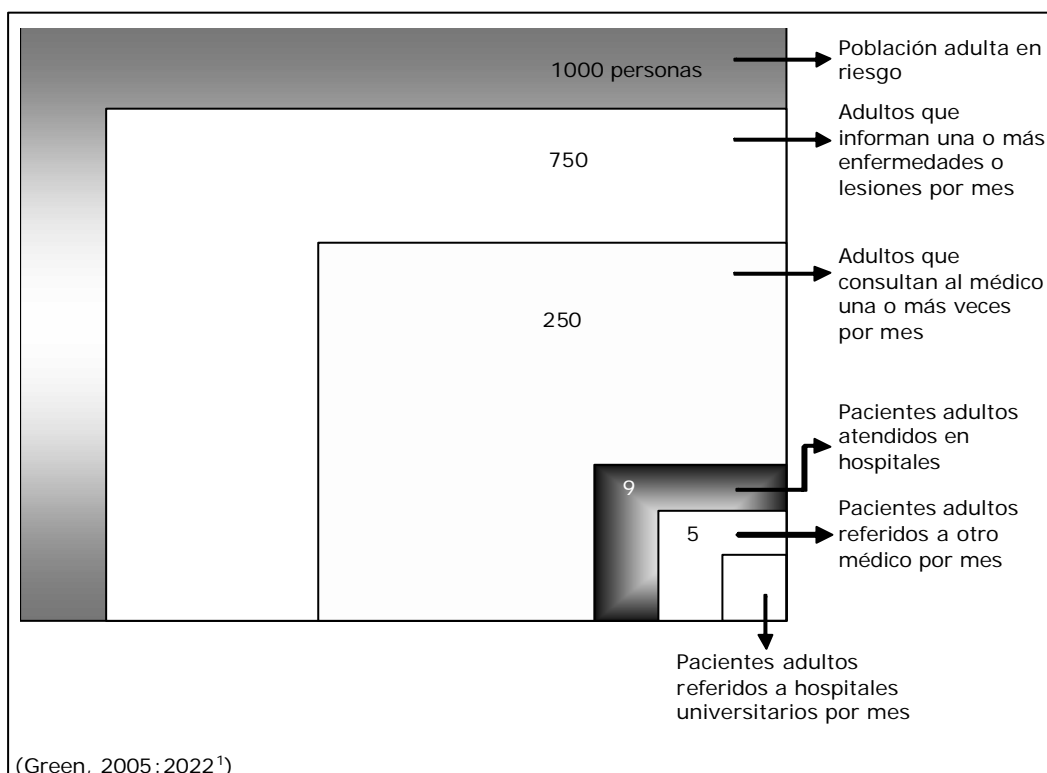


Cuadro 1.1.a

La categoría “lo que el médico ve” es la **demanda**, y en la “lo que el médico no ve”, es **NECESIDAD** no configurada en demanda. Esta necesidad comprende: a) la morbilidad no declarada, b) la enfermedad silenciosa, c) la vulnerabilidad a la enfermedad. La prevención postpatogénica subclínica y la prepatogénica de la AM se funda en la llegada a la población con enfermedad silenciosa o vulnerabilidad.

Otro esquema clásico, el de Kerr White (Fajardo Ortiz, 1983:142) intenta cuantificar la **demanda** [Cuadro 1.1.b].

Esquema de Kerr White (1961)



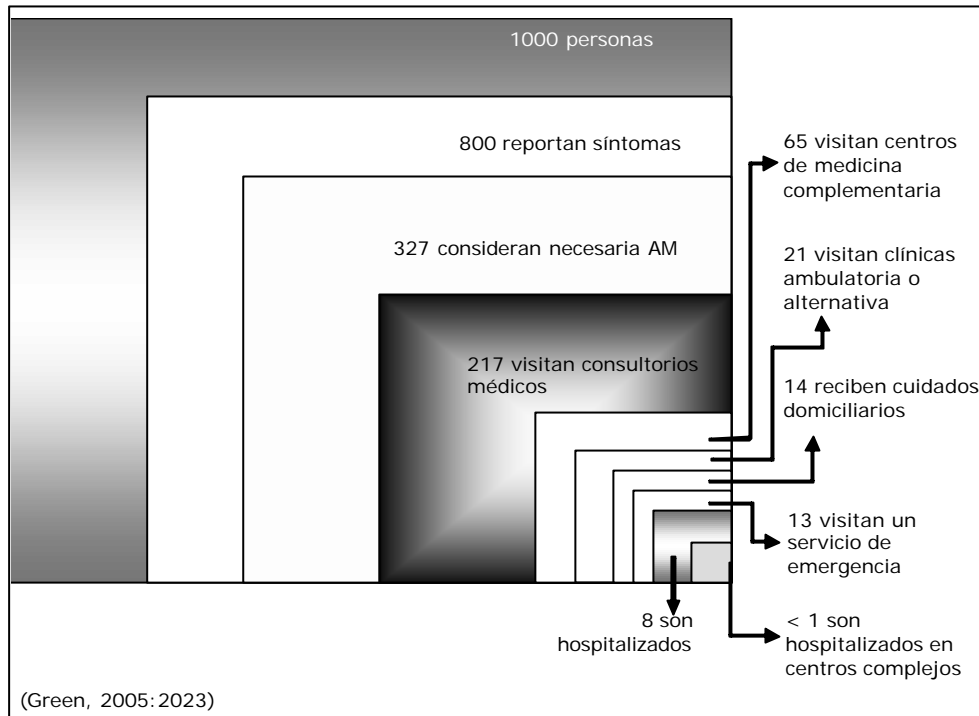
Cuadro 1.1.b

¹ Fajardo Ortiz dice que en **UN MES**, de cada **MIL PERSONAS**:

- 600 a 700: presentan problemas de salud que se resuelven sin atención profesional.
- 50 a 100: tienen problemas que se solucionan en la consulta externa
- 1 a 2 de estas últimas se internan en un hospital general o especializado

Los valores fueron actualizados, para EEUU, por Green, Fryer y otros sobre encuestas del sistema de información de salud de su país [Cuadro 1.1.c].

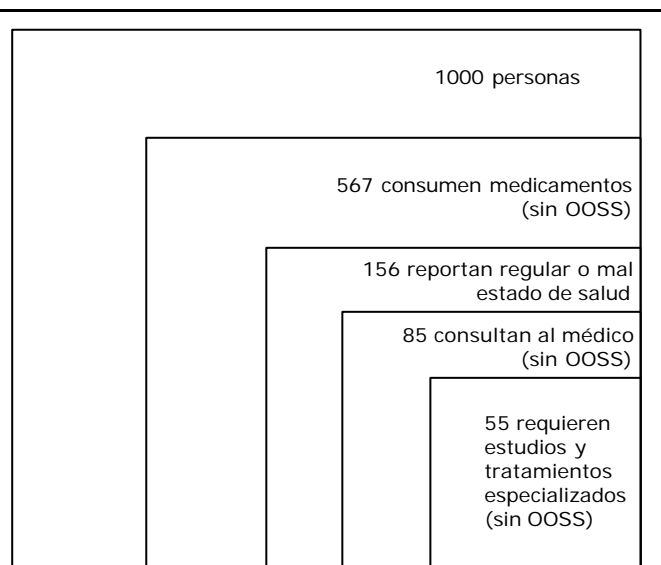
Esquema de Green, Fryer et al (2001)



Cuadro 1.1.c

Se ha intentado, con logro incompleto, un esquema similar para nuestro medio [Cuadro 1.1.d].

Esquema equivalente tipo Kerr White. R. A., Área Metropolitana de Buenos Aires, 2002*

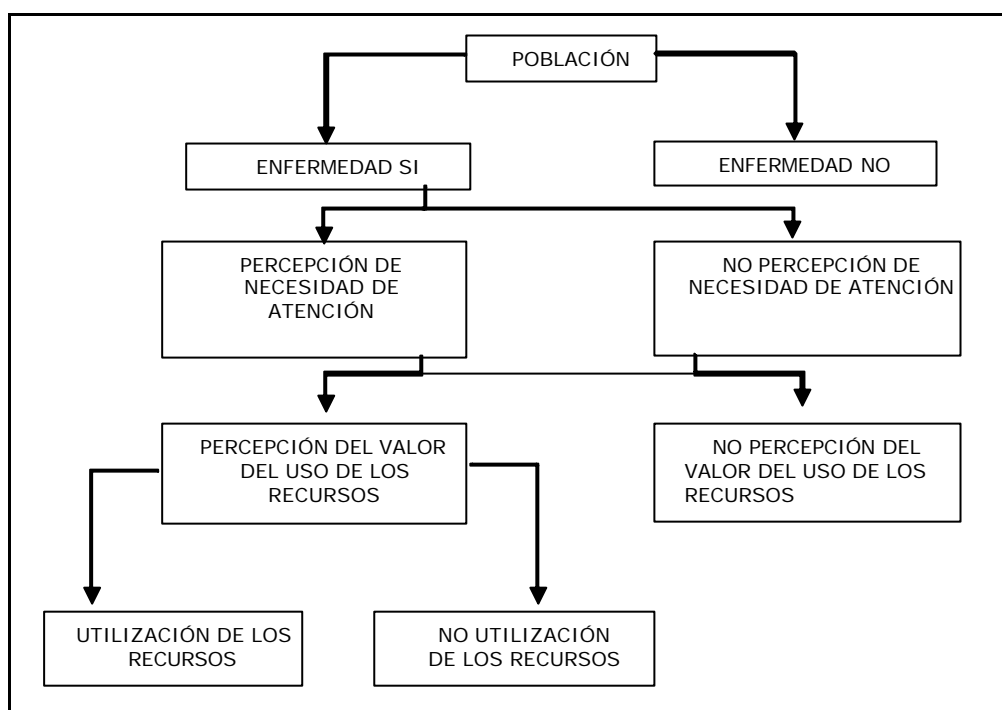


*18 años y más de edad.
(Kalimo, 1982).

Cuadro 1.1.d

Las categorías de Kerr White están planteadas en función de una demanda satisfecha: “población que **recibe... admitida... satisfecha**”. Fajardo Ortiz, introdujo una primera categoría que no implica satisfacción por la AM, ni siquiera implica demanda: “personas que presentan problemas de salud que se resuelven sin recibir atención profesional”. Esta categoría se relaciona con las etapas de percepción de la enfermedad y reclamo de atención médica (Schuman y Coe), y puede ilustrarse con la “cascada” de Kalimo (1982:280) [Cuadro 1.1.e].

Cascada de Kalimo (modificado)



Cuadro 1.1.e

A medida que avanza la “cascada” va quedando, en cada nivel, una alternativa que en principio implica “no demanda”: “enfermedad no”, “no percepción de necesidad de atención”, “no percepción del valor del uso de los recursos”. Esas alternativas prueban la diferencia sustancial entre demanda y necesidad.

El esquema de los finlandeses Harö y Purola, que Kalimo desarrolló después (Subsecretaría de Salud Pública, 1980:53), relaciona recursos, necesidad y utilización de servicios.

Estamos habituados a pensar en indicadores clásicos accesibles, entre los que cuentan la mortalidad y la morbilidad. Para analizar la AM comenzando por la **necesidad** es preciso disponer de nuevos indicadores que se comprendan a toda la población, no en la población que utiliza servicios.

Surge, entonces, una progresiva dicotomización de **necesidades**: a) necesidad definida médicamente, b) necesidad observada por el sujeto, c) necesidad determinada socialmente; que genera un cuadro de triple entrada [Cuadro 1.1.f].

Necesidad definida social y médicamente

Necesidad Observada	NO		SÍ	
	NECESIDAD DETERMINADA SOCIALMENTE		NECESIDAD DETERMINADA SOCIALMENTE	
	NO	SÍ	NO	SÍ
NO	A Necesidad NULA	B Necesidad social no observada y médicamente injustificada	C Necesidad oculta, definida sólo médicamente	D Necesidad médica y social no observada
SÍ	E Necesidad observada injustificada	F Necesidad observada y social, médicamente injustificada	G Necesidad observada y médica sin alteraciones del comportamiento	H Necesidad UNÁNIME

(Subsecretaría de Salud Pública, 1980:56).

Cuadro 1.1.f

La cuantificación de la población en este esquema depende de costosas encuestas. Son fuentes distintas, una según la nosografía médica y otra según la nosografía popular o individual. Una se obtiene de los registros sanitarios y otra de las encuestas poblacionales.

Se verán algunos ejemplos de estudios poblacionales. El estado de salud de la población del Gran Córdoba (Subsecretaría de Salud Pública, 2002). Se considera Necesidad Observada (Percibido morbilidad, para la encuesta), y Utilización (Consultó, no consultó, para la encuesta) [Cuadro 1.1.g].

Necesidad observada (percepción de morbilidad) y Utilización de servicios. Gran Córdoba, 1969-71

Utiliz. de serv. sanitarios	consultó	NO (no percibió)		SÍ (percibió)		TOTALES
		A+C*	%	B+D	%	
	NO	4.384	(96,37) (63,78)	1.604	(69,01) (23,33)	5.988 (87,11)
	SÍ	165	(3,62) (2,40)	720	(30,98) (10,47)	885 (12,87)
	TOTAL	4.594	(100,0)	2.324	(100,0)	6.873 (100,0)

*Las letras se refieren al esquema anterior
(Subsecretaría de salud Pública, 2002:124, modificado)

Cuadro 1.1.g

Así de la encuesta llevada a cabo sobre una muestra de 6.873 personas autorespondientes surge que:

- 63,78% no percibió y no consultó
- 23,33% si percibió y no consultó
- 10,47% sí percibió y sí consultó
- 2,40% no percibió y sí consultó

En el primer grupo hay acciones de prevención prepatogénica o postpatogénica precoz (patologías no percibidas) que merecen consulta. También en el segundo grupo que percibió pero no consultó debe haber alguna proporción que requería realmente la consulta. No disponemos de

información como para poder cruzar estas variables con la “Necesidad definida médicamente: sí y no” cuya fuente –a diferencia de ésta que son las encuestas en muestras de población– son los registros encuadrados de nosografía médica.

Veamos como ejemplo de “no percibió y no consultó” que sin embargo tiene algún signo que obliga a consultar: un cribaje de pruebas serológicas en donantes voluntarios de sangre, presuntamente sanos.

Se aprecia una diferencia entre la NECESIDAD y la UTILIZACIÓN, entonces, que podríamos referirla –simplificando– al 23,33% que percibió la necesidad y no consultó, es decir no utilizó los recursos “oficiales” de AM. Queda pendiente el tema de la patología existente y no conocida por su portador, cuya atención sólo puede surgir de exámenes de cribaje, o de exámenes de presuntos sanos.

La demanda varía de acuerdo a la edad y el sexo según surge de la encuesta más reciente realizada en el área metropolitana de Buenos Aires en 1980, que se presenta comparada con datos para la misma área en la encuesta de 1969 [Cuadro 1.1.h y 1.1.i].

Consultas médicas anuales por encuestado según edad.

Área metropolitana del Gran Buenos Aires 1969-1980 (cuadro N°17:29, simplificado)

Grupo de edad	Consultas en 1969 (ambos sexos)	Consultas en 1980 (todas las edades)
Menos de 1	20.1	14.2
1-4	10.7	8.2
5-14	4.4	4.4
15-24	5.2	4.3
25-34	6.3	-
35-44	6.4	5.3
45-64	7.5	7.3
65 y más	12.1	9.1
TOTAL (OMS, 2004: 742).	7.2	6.2

Cuadro 1.1.h

Consultas médicas anuales por encuestado según sexo.

Área metropolitana de Buenos Aires. 1969-1980 (cuadro N°18)

Sexo	Consultas en 1969 (todas las edades)	Consultas en 1980 (todas las edades)
Varón	7.1	5.2
Mujer	7.2	7.1
TOTAL (Subsecretaría de Salud Pública, 1980)	7.2	6.2

Cuadro 1.1.i

Veamos ahora una variable socioeconómica, y su incidencia sobre la consulta. Se agruparon los individuos según sus ingresos en tres grupos principales, según estén afiliados a alguna obra social, o no [Cuadro 1.1.j].

Consultas médicas anuales por encuestado según nivel de ingreso familiar per cápita y según cobertura. Área metropolitana del GBA*

Nivel de ingreso familiar	Con cobertura	Sin cobertura
I	6.1	4.5
II	7.2	5.6
III	6.8	3.5
S/i	5.6	6.4
TOTAL	6.8	4.9

*El nivel de ingreso familiar se categoriza por la suma de los ingresos mensuales de todos los componentes del hogar dividido por el número de estos componentes tengan o no ingreso. De esta manera: Nivel I: 1 a 300 miles de pesos; II: de 301 a 1200 miles de pesos; III: de 1201 y más; s/i: sin información (Cfr. Op.cit. pg.15).

(Subsecretaría de Salud Pública, 1980)

Cuadro 1.1.j

En esta encuesta más reciente el aumento de la tasa respecto al nivel de ingresos no resulta similar. En el nivel máximo (III) la tasa disminuye respecto a la anterior, y las diferencias -en menos- para quienes no tienen cobertura son más notables.

Veamos una prestación distinta: la INTERNACIÓN, y sus cifras de utilización. La principal causa de internación y egreso es el parto, por ello para hacer una comparación entre ambos sexos, sabido esto, conviene separar el parto. Aún así, la razón de egresos para las mujeres es mayor que para los hombres (5.8 contra 5.1%) aunque varía de acuerdo a la edad. En ambos sexos los dos extremos de la vida implican una mayor demanda de internación.

Para el área metropolitana de Buenos Aires, veamos indicadores similares en la encuesta de 1980 [Cuadro 1.1.k].

Egresos anuales por 100 encuestados. Todas las causas (incluye parto). Área metropolitana del GBA. Según edad, 1969 y 1980.

Grupos etáreos	1969	1980
Menos de 1 año	4.6	5.3
1-4	-	-
5-14	2.5	2.5
15-24	6.9	6.8
25-44	6.7	7.8
45-64	4.1	5.5
65 y más	3.9	8.5
TOTAL	5.1	6.6

(Subsecretaría de Salud Pública, 2002: 40)

Cuadro 1.1.k

Llama la atención el aumento significativo de egresos porcentuales entre 1969 y 1980 en el grupo de 65 y más, lo que podría explicarse por la creación del INSSJP (PAMI, Ley 19.032 de 1971), y a un cambio cultural en cuanto al antiguo hábito de cuidar el paciente por acuerdo tácito entre familia y médico. Los análisis de la encuesta dicen que la tasa alta en el grupo menor puede ser debida a un error de interpretación de los encuestados en el sentido de anotar como internado al niño recién nacido normal en los días siguientes al parto.

En los cuadros anteriores pueden apreciarse diferencias en el uso de prestaciones de AM (reducidas a ejemplos en consultas médicas y egresos hospitalarios) según factores, principales:

- factores demográficos: sexo y edad
- factores socioeconómicos: nivel de ingreso
- factores culturales: disposición a cuidado en casa (respecto a este último se ha mencionado la influencia posible de la Oferta –creación del INSSJP– sobre la Demanda).

En un trabajo de Abadie se analizan indicadores como los expuestos obtenidos en encuestas realizadas en Francia y otros países. Resume la influencia de los factores de la demanda comenzando por los demográficos (edad y sexo): la cantidad de consultas y consumo de productos farmacéuticos aumentan en los dos extremos de la vida y tiene –además– un pico en las mujeres en edad fértil (Abadie, 1968). Por el contrario, las consultas odontológicas aumentan en la tercera década de la vida, más en las mujeres, mientras no existen prácticamente antes de los cinco años y son bajas en los grupos mayores de 65 años. Las variables socioeconómicas que el autor menciona son: el ingreso, el tamaño familiar, la condición socio ocupacional, la participación en sistemas de seguro, la educación y cultura, y la condición urbano-rural. En términos generales la demanda es a mayores ingresos, menor tamaño familiar, mejor condición socioeconómica, mayor participación en seguros, mayor educación y cultura y condición urbana. Estas relaciones varían de acuerdo al tipo de demanda, ya que en Atención Médica hay grados de “elasticidad”: menor en las consultas médicas y mayor en las odontológicas, en las prótesis y ortesis o en las especialidades calificadas “de lujo” (cirugía plástica no reparadora, psicoanálisis). La diferencia urbano-rural, ligada a factores culturales, se relaciona con la accesibilidad física y la distancia.

Citas Bibliográficas

- Abadie, J. R., *Med Adm Bs. As.*, II-1:48-58, 1968.
- Boulding, K., *El concepto de necesidad de servicio de salud*. OPS-OMS (CLAM). Buenos Aires, 1975 (traducciones n° 9).
- Congdon, T., y Mc Williams, D., *Diccionario de Economía*. Buenos Aires, Grijalbo, 1982.
- Fajardo Ortiz, G., *Atención Médica. Teoría y Práctica administrativa*. Pen. Med. Mex., México, 1983.
- Flouzat, Denis, *Economía Contemporánea*. Buenos Aires, El Ateneo, 1978.
- Green, L. A., y otros, *The eology of Medical care revisited*. En *Nex England Journal Medical*, 433 (26), 2001-4; 2005.
- Kalimo, E., en Sonis, Sonis A. y col. *Medicina Sanitaria y Administración de Salud*. Buenos Aires, El Ateneo, tomo II, 1978:280.
- Kalimo, E., “Necesidad de los servicios sanitarios”. En Holland, W. W., y otros, *Mediciones de los niveles de salud*. Barcelona, Salvat, 1982, p. 52 a 58.
- Purola, T., *Enfoque sistemético de la salud y de la política de salud*. Buenos Aires, OPS-OMS (CLAM), 1975 (traducciones n° 36).
- Reynolds, L. G., *Principios de Macroeconomía*. Buenos Aires, El Ateneo, segunda edición, 1979.
- Subsecretaría de Salud Pública. *Estudio sobre Salud y Educación Médica*. Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina, OPS. Encuesta de Morbilidad. Buenos Aires, Gran Córdoba, Series 6, n° 4, 1980.
- Subsecretaría de Salud Pública. *Encuesta sobre utilización y costos en servicios de salud. Área Metropolitana*, Ministerio de Salud, Buenos Aires, 1980.
- Subsecretaría de Salud Pública. *Encuesta sobre utilización y costos en servicios de salud. Área Metropolitana*. Ministerio de Salud, Buenos Aires, Abril 2002.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN ARGENTINA¹

Horacio Luis Barragán

1.- La Atención Médica no suele ser prioridad política

La historia hace escueta referencia a la Atención Médica. Probablemente la falta de prioridad en el relato se deba a una falta de prioridad en los hechos.

Si repasamos en grandes líneas la evolución universal, difícilmente encontraremos la Atención Médica como prioridad en el gobierno de los pueblos. Tuvo prioridad para los enfermos, para quienes les rodeaban y para los que les cuidaban. Tuvo también prioridad para las poblaciones cuando la enfermedad afectaba al conjunto. **Tucídides** (1975:88), en el siglo V antes de Cristo, hizo un paréntesis en sus relatos bélicos para describir la mortalidad de la peste sobre Atenas.

Afortunadamente hoy tenemos un instrumento –la epidemiología– para advertir a las poblaciones supuestamente sanas que están amenazadas, así como a los gobiernos que la Atención Médica debe tener un lugar de privilegio en sus políticas.

Foucault (1976:152) dice que el plan Beveridge, en Inglaterra de la década de 1940, puso la salud en el campo de la macroeconomía y dio paso a la preocupación prioritaria por el cuidado del cuerpo.

En los países desarrollados, con servicios de salud o con regímenes de seguridad social, la Atención Médica es una prioridad para el conjunto social recién después de una accidentada evolución. Estimo que no lo ha sido por muchas décadas para nuestra comunidad nacional.

Sin embargo la magnitud de los logros científicos aplicados a la salud y los recursos económicos relacionados con su financiación, ubican hoy a la Atención Médica en Argentina, sino como prioridad, en un conflictivo nudo político. Así lo testimonia la polémica en torno a las obras sociales y sistemas de prepagos.

Las dificultades para definir y concretar una política global de Atención Médica en Argentina surgieron de factores propios del sector y potentes fuerzas que son denominador común en las vallas para la definición y logro político general.

2.- Una política implica la convergencia de teoría y poder

La revisión de los intentos y logros en este sector de la Atención Médica resultará útil para valorar aquellas dificultades, reconocer el peso de los factores y fuerzas que las originaron, y proponer lineamientos de política.

Se hará referencia a las grandes líneas de la evolución de la Atención Médica en Argentina desde la perspectiva de Salud Pública y del Estado Nacional. Se intenta sólo reseñar aspectos relevantes de esa evolución, sin describirlos con detenimiento, limitándose a los principales jalones y a las figuras que encabezaron las gestiones que se estiman más importantes. No considera la

¹ Agradecimiento al asesoramiento histórico del **Prof. Jorge Iturmendi**. No todos sus valiosos aportes han podido ser incorporados en el presente capítulo.

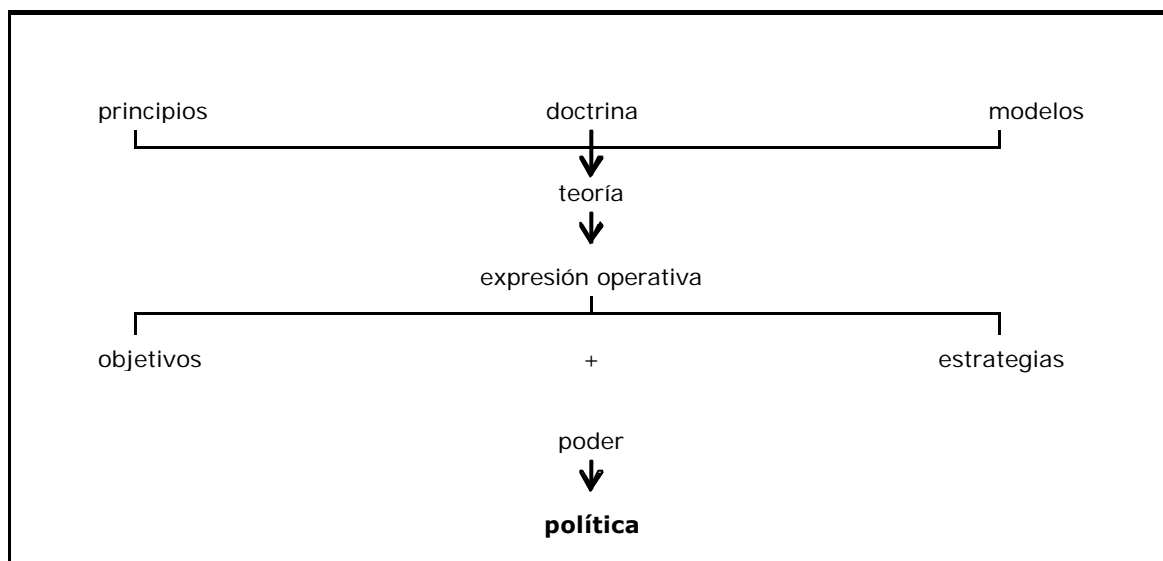
evolución de los niveles provinciales, obras sociales o grupos de presión, sino sólo con algunos ejemplos que marcan su trascendencia.

A lo largo de las décadas ha habido significativos recursos y esfuerzos volcados a la Atención Médica. Ha habido también teorías para mejorar su organización. Debe reconocerse que, aunque lejos del nivel posible y esperado, la situación sanitaria argentina no es tan negativa.

El doctor Arce Peñalva, lúcido funcionario bonaerense, decía de un hospital en 1896: "...todo es defecto de organización, no de recursos..." (Grau, 1954:58).

La organización de recursos y esfuerzos es fruto de una definición política entendiendo por tal "una guía de pensamiento para la acción". Esta guía debe expresar en términos operativos, con objetivos y estrategias definidas, lo que convencionalmente llamaremos "teoría" de Atención Médica, compuesta de: principios culturales, doctrinas asistenciales y modelos organizativos [Cuadro 2.b].

Componentes de una política de Salud

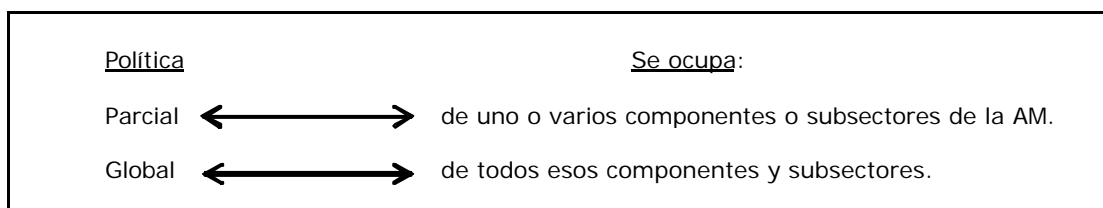


Cuadro 2.b

Toda vez que se decidió una política y algún "poder" eligió y apoyó a los hombres aptos durante el tiempo necesario para llevarla a cabo, ella tuvo su fruto.

Una política para organizar, a partir de una teoría, a los componentes y subsectores de la Atención Médica, puede ser parcial o global. Si la organización comprende uno o varios componentes o subsectores, se llamará "parcial". Si comprende a todos los componentes y subsectores, se llamará "global". Ahora bien, la magnitud y complejidad del sector Atención Médica, el alto costo de sus recursos y la necesidad que la población tiene de ella, requieren una organización "global" a partir de una política, consecuentemente "global" [Cuadro 2.c].

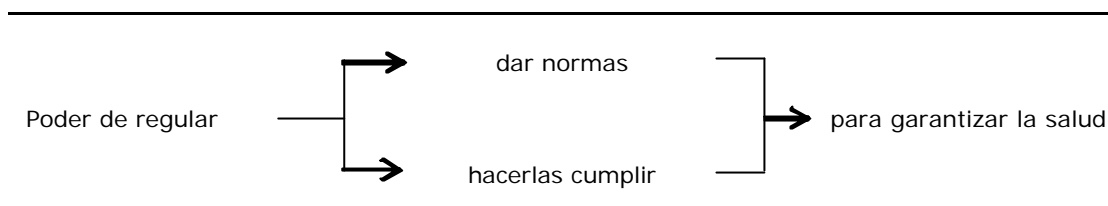
Política global y parcial de AM



Cuadro 2.c

El carácter global incluye la función de regular la Atención Médica para garantizar la salud. La regulación de los componentes y subsectores cobra sentido al tener por objeto garantizar a toda la población la prestación de servicios básicos y calificados de salud. “Regulación de la Atención Médica” es la facultad de establecer normas básicas y exigir su cumplimiento a todos los componentes y subsectores que forman el sector, cualquiera sea la propiedad o dependencia de cada uno de ellos. Se trata de una función distinta a la de conducir y administrar efectores de una propiedad o dependencia [Cuadro 2.d].

Regulación



Cuadro 2.d

La misma magnitud y complejidad del sector Atención Médica dificulta la decisión política de aplicar “poder” a la organización global. También dificulta la continuidad de la decisión, continuidad a la que llamaré, “apoyo”. Tanto en la delegación de poder como en el apoyo, quien la ejerza deberá actuar reconociendo la existencia de otros “**poderes**” concurrentes con los que resultará imprescindible “**negociar**”. Una política de Atención Médica parcial y con más razón una global, puede llevarse a cabo a partir de una teoría (principios, doctrina y modelos) expresada en términos operativos (objetivos y estrategias) negociado con los otros elementos del sector. Sólo así puede lograrse la organización de los recursos y esfuerzos. Claro está que la negociación estará, para ello, subordinada a los principios y al objetivo final de garantizar la salud.

Estas negociaciones presentan puntos clave donde suelen concentrarse las dificultades que frustran las políticas.

Teoría, expresión operativa y poder: he aquí tres componentes esenciales de una política.

Sin embargo, en la vida diaria el término “política” suele utilizarse en sentido impropio. Así, en general se llama política al mero ejercicio del poder, sin un fundamento teórico.

Este proceso para la definición y logro de políticas se desarrolla dentro de una cultura que da el “tono” de la sociedad argentina, marcado por fuertes sentimientos colectivos que determinan interpretaciones y decisiones en éste y en todos los sectores².

² La sociedad argentina viene teniendo aspiraciones de “grandeza” que reiteradas veces han chocado con la realidad y generado una frustración ya inveterada. Es probable que esta pendulación dolorosa entre aspiración y frustración se mantenga por mecanismos que afectan la valoración de la realidad. Una desubicación temporal ha transformado el presente en un sistema de recuerdos. Un defectuoso procedimiento discursivo entremezcla diariamente los temas y los conceptos. Un vacío concomitante de las palabras, sus combinaciones y representaciones (vg. discursos, documentos, normas, organismos), opera como refugio: el hablar frecuentemente ha suplido, no sólo a la acción, sino también al pensamiento. Una confusión de roles distribuidos en largas y ramificadas cadenas de poder, ha diluido las responsabilidades. Esta dilución nutre la ausencia de mecanismos sancionatorios que la retroalimentan. Una alienación de los objetivos, fruto de la aspiración a la “grandeza”, desdibuja los objetivos cotidianos, disfrazando con vergüenza los intereses lícitos y favorece que, con declamación, medren los ilícitos. La expurgación de responsabilidades se canaliza a través de “chivos expiatorios” o de una “proyectomanía irrestañable”. Un encuadramiento en ideología de todos los gestos públicos divide maniqueamente a personas y sectores. En estas raíces y, sin duda en otras, se nutre una sensación colectiva de fracaso y crece la pérdida de la esperanza. Si estos sentimientos configuran un “tono” social que ambienta la trama de las decisiones y los logros, resulta evidente la necesidad de modificarlo con otros valores.

3.- La política de salud en el período colonial

Se verán algunos hechos e ideas en la evolución de nuestra Atención Médica que permiten vislumbrar si respondió o no a una política específica global.

Se aventurará la hipótesis de que un Impacto Fundacional basado en teoría y poder, alcanzó a concretar una Política Sanitaria Colonial (Grau, 1954:1-33).

Las Leyes de Indias de 1541 establecían:

“Encargamos y mandamos a nuestros Virreyes, Audiencias y Gobernadores, que con especial cuidado, provean en todos los pueblos de españoles e indios, de provincias y jurisdicciones, se funden hospitales donde sean curados los pobres enfermos y se ejercite la caridad cristiana...” (Veronelli, 1986:114; Salvia, 1971).

Una Real Pragmática de 1617 reformaba la enseñanza de la medicina en base a las doctrinas de Hipócrates, Galeno y Avicena y disponía la persecución del curanderismo. Una característica de la colonización hispánica fue la temprana fundación de universidades³.

Debe admitirse que las leyes de la metrópoli con frecuencia “eran acatadas”... pero no cumplidas en estas latitudes, hábito que nos dejó su impronta hasta hoy.

El principio era claro: los enfermos debían ser “curados”, incluso los enfermos “pobres”. La doctrina médica era la vigente para la época y el modelo era el ejercicio de profesionales formados según esa doctrina y no el de curanderos. Tal conjunto tomó una forma operativa con el objetivo de curar y la estrategia de instalar médicos y hospitales.

Entre la definición y los hechos suele transcurrir mucho tiempo. Así fue en esta etapa: conseguir médicos no era fácil; reservar manzanas para hospitales sí lo era, pero construirlos no. En Buenos Aires, la manzana la reservó Juan de Garay en 1580 y el Hospital se inauguró en 1614 cuando ya funcionaban tempranos establecimientos en Córdoba, Santiago del Estero y Santa Fe (Molinari, 1971:74).

No obstante puede decirse que, definida la política, las acciones comenzaron. Este Impacto Fundacional demoró mucho en organizarse, quizá no tanto en función de la baja densidad histórica en ese espacio y ese tiempo.

Los cabildos primero y el Protomedicato después, fueron los encargados de llevar a cabo aquella política en América Hispana. El cabildo de Buenos Aires tuvo que hacer muchos esfuerzos para conseguir médicos titulados, que preferían radicarse en Lima, la ciudad virreinal (Molinari, 1971:116). El cabildo de Córdoba en 1604 dictó las retribuciones médicas:

“... por una visita simple: 4 reales; por visita de media noche: un peso; ...por amputación de una pierna: un peso; ...por visita a dos leguas: un peso cada legua; ...por las sanguijuelas: dos reales...” (Molinari, 1971: 122)

¡Todo un nomenclador!

4.- Las misiones jesuíticas comprendían un sistema asistencial

La colonización de América, argamasa de conflictos, involucró enfrentamientos de sectores de la Iglesia Católica con encomenderos y gobiernos locales⁴.

Las reducciones eran pueblos en los que se organizaban grupos de indios nómades a cargo de misioneros con exclusión de cualquier otro europeo. Las hubo desde 1515 por iniciativa de Fray Bartolomé de las Casas y a cargo de franciscanos se extendieron a la provincia del Paraguay en 1580⁵.

3 El primer médico se graduó en México en 1547 (Barquin, 1971:263).

4 Fray Bartolomé de las Casas hizo encendida defensa de los indígenas y severo reproche a los colonizadores. Fundó una colonia agraria para indios en Cumaná (Venezuela) y después fue obispo de Chiapas (México). Su “Brevísima relación de la destrucción de las Indias” (1552) relata acciones violentas en la conquista que consideraba “tiránicas, injustas e inicuas” y alega contra la esclavitud y la encomienda. El memorial de las Casas fue presentado a Carlos V en 1542.

5 Comprendía entonces Paraguay, Mesopotamia argentina y parte de Río Grande do Sur, con capital en Asunción.

Fueron los jesuitas quienes perfeccionaron ese experimento social en 1610. Hochwalder⁶ le llamaría “sacro experimento” y sus enemigos, “disimulado cautiverio”. Organizaron alrededor de 60 pueblos con más de 179.000 guaraníes. Vieron en ellos, un “hombre natural”, ideal para evangelizar y civilizar.

Por endoculturación, los jesuitas⁷ adoptaron la lengua indígena y gran parte de su cultura. Respetaron los sistemas de parentesco y los hábitos de trabajo colectivo. Las reducciones crecieron en un “doble aislamiento lingüístico y geográfico” (Baleiro y Duviols, 1991), protegidas de los excesos de los encomenderos y del contagio de las enfermedades europeas. Los jesuitas privaban así a los encomenderos y a los bandeirantes, de mano de obra esclava.

España cedió territorio a Portugal, incluyendo aquel en que asentaban las reducciones y Carlos III expulsó a los jesuitas de territorios españoles en 1767 (Busaniche, 1979).

En la organización jesuítica no podía faltar la sanitaria, ya que respondía a una política regional global. Preparaban a indios enfermeros que cuidaban a los enfermos, incluyendo un régimen de internación domiciliaria. Estudiaron y aplicaron la farmacopea natural indígena. Los indígenas, no obstante, sufrieron epidemias de viruela y sarampión (Barquin Calderon, 1971).

Las órdenes religiosas se integraron a la organización sanitaria oficial. Los Hermanos Hospitalarios de América Española o Betlehemitas, desde el siglo XVII, se extendieron a los primeros hospitales coloniales americanos (Veronelli, 2004).

5.- El Protomedicato desarrolló el impacto fundacional

El Protomedicato, institución originaria de Castilla y Aragón del siglo XV y transplantada a América (Sierra, 1971), nació en Buenos Aires a poco del Virreinato, en 1780. Surgió de un informe al Rey y de un reclamo contra la centralización en Lima (Tumburus, 1926).

El Impacto Fundacional fue seguido de un período de ordenamiento lento, y definió una política. El Protomedicato fue su instrumento y la obra del primer titular, el doctor Miguel Gorman, su fruto.

Esta obra puede asimilarse a la de Johan Pieter Frank en el Imperio Austro-Húngaro y a la de los médicos de la Revolución francesa en 1789.

Gorman reguló el ejercicio de las profesiones de curar y llamó a examen a los que ejercían sin haber completado la licencia, consolidando la obra de los cabildos. Dirigió esta carta a un pretendiente a médico:

“Muy Señor mío, estoy cansado de recibir tantos empeños como vuestra merced hace para eludir las órdenes de este tribunal. Si vuestra merced trabajara tanto en el estudio de la facultad como trabaja en solicitar intercesores, estuviera hoy más adelantado en ella...” (Cit. por Tumburus, 1926).

La gestión Gorman aumentó las camas hospitalarias; habilitó leprosarios; determinó aislamiento y desinfección en epidemias; ordenó notificar las infecciones; introdujo la variolización y la vacunación; reguló aranceles y precios de medicamentos; atendió el abastecimiento de agua; el ordenamiento de los basurales y las letrinas; reglamentó panaderías, mercados y cementerios; abrió una caja de previsión para médicos y boticarios; persiguió el curanderismo. Propuso la creación de la Universidad de Buenos Aires y de la Academia de Medicina de Montevideo. Desarrolló la primera Escuela de Medicina en 1801 con el plan de estudios de Edimburgo. Nombró tenientes de Protomedicato y formó discípulos (Molinari, 1971:137; Veronelli, 1975). Las enfermedades prevalentes identificadas eran la TBC y la lepra. Había frecuentes brotes de viruela (Veronelli, 2004:86).

La Política Sanitaria Colonial estaba cristalizada, la teoría, su expresión operativa y el poder. Había logrado un ordenamiento coherente para su tiempo. Estaban presentes los cuatro procesos que para Foucault (1976) caracterizan a la Medicina del siglo XVIII: aparición de una autoridad

6 Fritz Hochwalder es autor de una pieza teatral, “Así en la tierra como en el cielo”, en la que expresa el dramatismo de la expulsión de los Jesuitas de sus misiones por el gobierno de España.

7 La Compañía de Jesús (jesuitas) fue fundada por San Ignacio de Loyola con motivo de la Contrarreforma Católica en oposición a la Reforma proclamada por Lutero y los protestantes. La orden fue reconocida en 1540. La experiencia jesuítica en América fue comentada por Voltaire, Montesquieu y después por Hegel.

médico-social, su intervención en el espacio y medio ambiente, comienzo de la “medicalización” hospitalaria e introducción de mecanismos de administración médica.

Puede decirse que Gorman, primera gran figura sanitaria argentina, protagonizó una política reguladora para garantizar el acceso a la medicina de su tiempo, específica y global. Logró un ordenamiento amplio de la Salud Pública incluyendo el saneamiento y los diversos componentes y subsectores de la Atención Médica. Entre los componentes cuentan la formación de recursos humanos (vg. Escuela de Medicina), la regulación de bienes de salud (vg. precios de medicamentos), y de la condición sanitaria de otros bienes (vg. productos de panadería). Entre los subsectores reguló el privado (vg. ejercicio profesional), y ordenó y fortificó el estatal (vg. camas hospitalarias, vacunación).

Por lo expuesto se aventuró la hipótesis de que el Impacto Funcional definió y concretó una Política Sanitaria Colonial. Si se admite la corroboración de esta hipótesis cabe preguntarse ¿por qué fue así?

Algunas explicaciones posibles son:

- hubo un principio: los enfermos, incluso los pobres enfermos, debían ser curados.
- hubo una doctrina asistencial: la de Hipócrates, Galeno y Avicena.
- hubo un modelo: médicos graduados según tal doctrina, escuelas para formarlos, religiosos para cuidar pacientes, cabildos y Protomedicato para regular.
- hubo una forma operativa: los principios se expresaron en objetivos, las doctrinas y modelos en estrategias de regulación y garantía.

A partir de una visión inteligente de la realidad –la del virrey Vértiz– hubo decisión y apoyo político con transferencia de poder.

Estaban los hombres aptos: Gorman y sus colaboradores, y tuvieron tiempo para sus estrategias, más de un cuarto de siglo.

No por restarle méritos cabe señalar factores “facilitantes” de tales políticas:

- la población no tenía una gran expectativa en los servicios de salud cuyas posibilidades científicas y técnicas era limitadas en extremo.
- virtualmente no existían grupos de presión en torno a la Atención Médica; la lucha más importante fue contra los curanderos.

Consecuentemente, el poder específico transferido era grande y el requerimiento de negociación era bajo.

6.- La independencia generó nuevas situaciones

Se resumirá la etapa siguiente: la era independiente. Los objetivos predominantes de los grupos que asumieron el poder central en Buenos Aires, fueron los de un nuevo orden político y económico, que demoró 70 años en lograrse. En 1804, el Dr. Gorman proyectó la creación de una Junta de Sanidad del Puerto para el control de los inmigrantes debido a la aflicción que tenía el poder político por el riesgo de las epidemias⁸.

Los estudios médicos tenían pocos postulantes y las exigencias bélicas llamaban a los profesionales a los campos de batalla. Los estudiantes fueron adscriptos al Ejército con la creación del Instituto Médico Militar a cargo del Dr. Cosme Argerich (Molinari, 1966:365).

Los especialistas de entonces, encabezados por Gorman, planeaban una teoría global de la Atención Médica y su forma operativa. Sin embargo el poder político atendía sus rubros críticos: medicina militar y epidemias.

Había hospitales estables en las ciudades de fundación colonial y en Buenos Aires estaban regenteados por los Padres Betlehemitas.

8 No obstante la norma, en 1811, los inspectores no podían llegar a los barcos “...por falta de bote” (EMECE, 1977:19). Desde entonces una larga tradición se proyecta hasta hoy.

En 1815 el Directorio constituyó Juntas Hospitalarias para asegurar “la asistencia y curación de los enfermos, la cuenta y razón de los caudales, y demás enseres y especies del hospital”. Tuvieron poca eficacia (EMECE, 1977:77).

Caída la autoridad nacional del Directorio (1820), las provincias asumieron, entre otras, las funciones sanitarias. En Buenos Aires, la gobernación de Martín Rodríguez, ministerios Rivadavia y de la Cruz, dictó un decreto conocido como “Acuerdo de Medicina” e intentó organizar el “servicio médico de la ciudad y de la campaña” reemplazando el Protomedicato con el Tribunal de Medicina (1822). El Tribunal mejoró algo los hospitales, hizo control del puerto, estableció cuarentenas y promovió la vacunación (Grau, 1979:7).

Los hospitales oficiales asistían a la población sin recursos (EMECE, 1977:95). Los sectores pudientes eran asistidos en sus domicilios. En casos graves eran trasladados a los hospitales que tenían áreas para “enfermos de distinción”, en las que pagaban los servicios (“estancias”).

Continuaban los brotes de **viruela**, con irregular conservación y aplicación de la vacuna. Se presentó un brote de **escarlatina** descrito por Francisco Javier Muñoz (Veronelli, 2004:127).

En 1844 se instaló un Protomedicato en Córdoba a cargo de Luis Tamini, que había propuesto un proyecto sanitario de avanzada. A fines de la década de 1840 Urquiza instituyó un Tribunal de Medicina en Entre Ríos (Veronelli, 2004:131).

Desde la Independencia y a lo largo de esta primera mitad del siglo XIX, no hubo sino intentos parciales que no llegaron a configurar una política. El poder operó sin fundarse en una teoría de Atención Médica y con poca preocupación por el sector.

7.- Organización Nacional: la política de salud

Después de la caída de Rosas (1852), se revitalizaron la Facultad y la Academia de Medicina. En la Provincia de Buenos Aires el Tribunal que regulaba el sector fue reemplazado por un Consejo de Higiene Pública (1852), organismo colegiado con funciones de normatización y contralor pero sin fuerza ejecutiva o poder: faltaba aún mucho para la organización política y ni qué decir para la sanitaria (Furlong, 1950:277).⁹

Comenzaban los primeros brotes de Fiebre amarilla –ya endémica en Río de Janeiro– y de cólera (Veronelli, 2004:148).

El **cólera** llegó con la vuelta del ejército de la guerra del Paraguay en 1868. La **fiebre amarilla** produjo la epidemia más grave en 1871 que se extendió a las ciudades mayores del país. En Buenos Aires, que tenía una población estival de 150.000 habitantes, produjo la muerte de casi 20.000 (Guerrino, 1981:117). Si bien actuaron los médicos municipales, la organización oficial no fue buena –téngase en cuenta que no se conocía el mecanismo de contagio– y fue suplida por una Comisión Popular presidida por el abogado José Roque Pérez. “El gobierno, la municipalidad y todos los organismos oficiales que velaban por la salud pública aparecían impotentes frente al avance del mal” (Scenna, 1974). Además de los médicos, boticarios y sacerdotes argentinos, se presentaron voluntarios experimentados de Brasil y Venezuela (Luque, 1986:133). El presidente Sarmiento tuvo que trasladar el gobierno nacional fuera de la ciudad.

Las epidemias y los primeros estudios sobre la mortalidad infantil llevaron a la creación de la primera cátedra de Higiene Pública en la Facultad de Buenos Aires siendo su titular Guillermo Rawson, quien había sido diputado, senador y Ministro del Interior del presidente Mitre. Desde la cátedra, Rawson hizo el análisis crítico del estado de los hospitales y obras de saneamiento, del déficit de viviendas y describió los problemas demográficos y sanitarios del país. Inauguró en Argentina el concepto de “ciudad sana” que desarrollaría Emilio Coni.

Las obras de saneamiento bajo el presidente Sarmiento se ampliaron: agua corriente, potabilización, desagües, cloacas y adoquinados (Veronelli, 2004:159).

9 En 1856 la Municipalidad de Buenos Aires creó la Asistencia Pública. El Consejo de Higiene Pública asumía una función ambigua entre nación y provincia, por lo que en 1879 se creó una Junta de Sanidad transformada, en 1880, en Junta Provisoria de Higiene. A fines de ese mismo año un decreto nacional definió un Departamento Nacional de Higiene asistido por un Consejo Consultivo. En 1891 se sancionó la ley orgánica del referido departamento (Veronelli, 1975:44-46).

En 1880 los organismos sanitarios se transformaron en Departamento Nacional de Higiene asistido por un Consejo Consultivo¹⁰.

En 1883 la Asistencia Pública de la Capital quedó a cargo un consejo. Se destacaron en su conducción José Mariano Astigueta autor de un proyecto de ley sanitaria y José María Ramos Mejía quien logró una ampliación y reordenamiento de los hospitales municipales y de las acciones preventivas (Grau, 1954:9).

Volvió el cólera, entró por Rosario en 1886, se extendió a Mendoza y otras ciudades. Se reactivaron las obras de saneamiento y se hicieron acuerdos internacionales¹¹.

En 1888 se intentó dar más fuerza al organismo rector provincial de Buenos Aires, con la creación del Consejo Superior de Higiene, cuyas indicaciones pasaron a ser obligatorias. Pero seguía siendo un organismo colegiado, poco ejecutivo, sin potestad sancionatoria directa.

Había una teoría, pero el Estado bonaerense no delegaba poder a estos organismos. Así, la regulación general de la salud fue sólo normatización, sin ejecución ni evaluación.

El deterioro hospitalario continuó y se reafirmó que el hospital era sólo para “pobres enfermos”.¹² El hospital no era todavía una institución plenamente médica. Los pacientes pudientes continuaban siendo atendidos en sus casas y a sus costas en forma privada. Los médicos tenían poco que llevar consigo en equipamiento y vivían de sus ingresos privados (Veronelli, 1975:36). El ejercicio honorario en los hospitales y las bajas retribuciones de los funcionarios debilitaban la tarea hospitalaria y la conducción de la salud. Difícilmente la sociedad que no concentra a sus profesionales en funciones específicas y no los retribuye debidamente, les pueda reclamar después responsabilidades.

La falta de una organización sanitaria eficaz afectó el control de las epidemias en las últimas décadas del siglo XIX, circunstancias en las cuales la población tomaba conciencia de sus carencias colectivas.

8.- Impacto científico del siglo XIX

Alrededor de 1880 habían madurado en Europa las escuelas anátomo-clínica y bacteriológica. Sus enseñanzas llegaron a la medicina argentina: he aquí un segundo impacto que, después del Fundacional, se llamará Científico.

Virchow proclamó la teoría celular. La anestesia de Wells, Morton y Simpson, y la intuición de Pasteur respecto a la antisepsia, abrían acelerado camino a la cirugía de la lesión “localizada y extraíble”. Bright relacionaba datos de laboratorio con signos clínicos, los rayos de Roentgen permitían ver el interior del cuerpo vivo.

La ciencia y la técnica impactaban sobre la medicina y su organización y le exigían modernizarse.

Los claustros universitarios (1873) renovaron la enseñanza médica que se dictaría ahora en el hospital plenamente “medicalizado”. Entraba definitivamente el médico al hospital deteriorado y se hacía cargo de su conducción (Lain Entralgo, 1974:387 y ss.).

En la provincia de Buenos Aires, el Dr. Ángel Arce Peñalva, informaba al gobierno sobre el hospital de Melchor Romero: “...aquello no es hospicio ni colonia. Es sencillamente un depósito de locos donde no se lleva tratamiento alguno... Es tan malo y rudimentario aquello, que estamos retardados más de un siglo... todo es defecto de organización no de recursos...” (Grau, 1954:58).

La situación sanitaria era negativa pero se consolidaba la conciencia médico-sanitaria, impactada por el progreso de la medicina europea.

El saneamiento, agua potable y cloacas –como se marcó–, se adelantó a la organización de la Atención Médica desde la década de 1860, en que se comenzaron obras en las principales ciudades (Coni, 1918).

Desde la cuarta década del siglo XIX se habían ido inaugurando los hospitales mayores de las comunidades extranjeras que ofrecían una alternativa asistencial en las ciudades de mayor asentamiento inmigratorio (Veronelli, 1975:92, 38).

10 En su conducción se destacaron José Mariano Astigueta, José María Gil, Guillermo Udaondo, José María Ramos Mejía y Carlos Malbrán. Fue polémica la conducción de Eduardo Wilde (Veronelli, 2004:226-230).

11 En Mendoza los doctores Juan Bautista Gil y Francisco Cobos hicieron cortar el agua de las acequias y se redujo la epidemia (Veronelli, 2004:241)

12 Rawson decía en 1873: “los hospitales son establecimientos o casas donde se presta auxilio a los enfermos pobres” (Grau, 1954:10).

El impacto de la ciencia y la técnica, llevó a la fundación de establecimientos privados para internar pacientes que antes eran atendidos en sus casas y se resistían a ingresar a los hospitales “para pobres enfermos”.

En 1906, se creó en el ámbito del Ministerio de Relaciones Exteriores (área de beneficencia y culto) una Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, con lo que se fragmentaba en dos la rectoría estatal de la Atención Médica.

No obstante, su titular, a partir de 1906 y por cuarto de siglo, el **Dr. Domingo Cabred** (García Díaz, 1994), programó y logró el significativo aumento de las camas hospitalarias oficiales, desde alrededor de 8.000 a 15.000 distribuidas en todo el país. Habilitó establecimientos especializados para tuberculosis y psiquiatría¹³.

El **Dr. Emilio Coni** escribió los primeros trabajos sobre mortalidad y morbilidad infantil en 1885. Reorganizó la Asistencia Pública de la capital (1892), comenzando por pagar de su bolsillo los sueldos atrasados del personal hasta su reintegro. Subordinó el organismo municipal al nacional (Veronelli, 2004:295). Predicó el saneamiento de las ciudades como sustitución de las cuarentenas. Coni programó y desarrolló el saneamiento de la ciudad de Mendoza y proyectó el de Corrientes (Veronelli, 1975:53). Planteó al presidente Pellegrini la necesidad de unificar la conducción de los hospitales oficiales, lo que no pudo ser por la presión de la Sociedad de Beneficencia, que dirigía el hospital de Mujeres y el hospicio de las Mercedes (Veronelli, 2004:296 y ss.). Organizó con Tornú y Gache, la lucha contra la tuberculosis. Tuvo la visión global de un discípulo de Rawson ampliada por sus viajes europeos y planteó la necesidad de formar higienistas para dirigir las acciones de Salud Pública.

La primera médica graduada en Argentina, Cecilia Grierson, organizó una escuela de enfermería en el Círculo Médico que luego trasladó a su propia casa (Veronelli, 2004:302).

El **Dr. José Penna** y otros médicos, se ocuparon del control de las enfermedades contagiosas y consolidaron la vacunación antivariólica. Penna transformó la casa de Aislamiento de Buenos Aires en lo que hoy es el Hospital Muñiz.

Guillermo Rawson, maestro de Coni, Penna y Cabred, fue la segunda gran figura sanitaria argentina después de Miguel Gorman. A cargo de la primera cátedra de Higiene (1873), proclamó una teoría sanitaria planteando incluso el círculo vicioso de la pobreza y la enfermedad, que constató en las casas de inquilinato (conventillos) de la Capital (Rawson, 1927:69-154). Este grupo de hombres logró sólo políticas específicas parciales, no obstante la brillante trayectoria de Rawson (Loza Colomer, 1973).

El principio general no difería del de la política colonial. Ya no era la doctrina de Hipócrates, Galeno y Avicena, sino la compleja y precisa de la medicina del siglo XIX. El modelo era el de los hospitales y el de la Asistencia Médica Francesa¹⁴.

La fuerza de este impacto científico hizo patente a los médicos el deterioro hospitalario y los más luchadores se ocuparon de denunciarlo públicamente. La política sanitaria fue definida en torno a una teoría del subsector estatal, priorizando hospitales y actividades preventivas. La regulación general continuó siendo fragmentada. La teoría era parcial y el reducido poder delegado alcanzaba apenas para mejorar ese subsector.

9.- La conducción sanitaria

La regulación de la Atención Médica requería organismos más ejecutivos y bajo conducción unipersonal: el Departamento Nacional de Higiene (1891) y, en la Provincia de Buenos Aires, la Dirección de Salubridad Pública (1897). Tenían potestad disciplinaria, lo que hay que destacar, porque no hay conducción ni regulación posible sin ella. La inexistencia y falta de ejercicio de tal facultad ha invalidado, en Argentina, muchas buenas intenciones.

13 Del hospital de “Open Door”, Clemenceau, médico que sería presidente de Francia, dijo: “He visto en una casa de locos la obra más perfecta de la razón humana” (Lardiez Gonzalez, revista quirón: 138; García Díez, 1954:21 y ss.).

14 José Ramos Mejía (hijo) fundó la Asistencia Pública de la capital para emergencias y atención ambulatoria. Destacado psiquiatra, además de su función asistencial y sanitaria, escribió un libro hoy valioso: “La neurosis de los hombres célebres en la historia argentina”.

Al comienzo de la era Independiente, los organismos sanitarios fueron asesores del Poder Ejecutivo. En su seno se perfiló un objetivo institucional: lograr la delegación de poder que les permitiera actuar en forma directa. Habiéndola logrado parcialmente, buscaron un nuevo objetivo institucional: incorporar a su dependencia todos los servicios asistenciales, estatales y de beneficencia. Esto absorbió sus energías y se continuó postergando la misión pública e indelegable del Estado de regular y garantizar la salud colectiva. Tampoco lograron la incorporación pretendida. El poder político tenía otros problemas acuciantes que no eran los de Atención Médica. Por otra parte los grupos de presión en torno a ella estaban ya fuertemente constituidos y la población tenía una expectativa mayor de salud porque iba conociendo los progresos médicos.

Rawson, que predicó con acierto sobre salud, no había podido cristalizar sus ideas. Sus discípulos continuaron la lucha, con poco poder, mucha necesidad de negociación y con logros parciales. La política de Atención Médica no estaba inscripta en el marco de la política general de los gobiernos¹⁵.

Mientras tanto, en Europa se desarrollaba la Seguridad Social promovida desde los Estados. El seguro de enfermedad era parte de la política del Imperio Alemán bajo el gobierno del canciller Bismarck. Buscaba bienestar para las clases proletarias con la intención de frenar el avance del movimiento socialista.

En Argentina, los gobiernos de principios de siglo intentaron lo mismo a partir de la legislación del trabajo. El informe de Biale-Massé, sobre el estado de las clases trabajadoras, al ministro del interior Joaquín V. González, denunció la explotación de gran número de trabajadores criollos e indígenas. Tal informe inspiró un proyecto de Código de Trabajo que no tuvo andamio, aunque hubo algunas leyes entre las que se destaca la n° 9.688 (1915) sobre indemnización por accidentes y enfermedades de trabajo.

Los conflictos sociales se agravaron en la década de 1910. A pesar de ellos se celebraron fastuosamente los centenarios del 25 de mayo y del 9 de julio.

Los estudiantes de Córdoba proclamaban la Reforma Universitaria de 1918, año en que llegó a la Argentina la pandemia de gripe.

10.- Mutualidades con diversas orientaciones

El movimiento mutualista fue complejo. Iniciado por los tipógrafos (1857), elite intelectual del movimiento obrero, agrupó distintas ramas de trabajadores. Nació del primer gremialismo como en el caso de la Fraternidad –Sociedad de maquinistas y foguistas (1887)–.

La inmigración europea impulsó la mutualidad de connacionales para recomponer vínculos sociales y brindarse ayuda mutua. En 1914 eran 127 en Capital Federal y correspondían a nueve nacionalidades (Belmartino, 1987:20).

Las mutualidades se multiplicaron al impulso del socialismo, de la Iglesia Católica –en los años siguientes a la Encíclica Rerum Novarum (1891), que promovió los círculos católicos de obreros– y de algunas empresas, que descontaban aportes y hacían contribuciones para financiarlos.

El movimiento social cristiano se desarrolló al impulso de círculos de estudio de las encíclicas pontificias orientados por el Pbro. Federico Grote y se difundió en once congresos del catolicismo argentino, entre 1884 (presidido por José Manuel Estrada) y 1921, que reclamaron por la justicia social, la legislación laboral y de seguridad social y la función social de la propiedad.

La diversidad de orígenes de las mutuales y gremios y la rivalidad entre socialistas y católicos dificultaron su federación y acción conjunta.

A principios del siglo XX aparecieron mutualidades fundadas por médicos-empresarios, que reclutaban “abonados” entre sectores obreros y ofrecían una cobertura restringida con apelación final a la asistencia pública.

Entre nuestros primeros sociólogos, Alejandro Bunge (1919) cuestiona las mutualidades de origen gremial por la restricción de sus servicios y los círculos católicos por su prédica doctrinaria.

15 El presidente Roca había vetado la primera ley de creación del Departamento Nacional de Higiene (Veronelli, 1975). Pellegrini, presidente de la Nación (1890-1892) y uno de los más lúcidos políticos de su tiempo, sensible a la presencia y a los cuidados del médico había desatendido la propuesta de Coni para unificar los establecimientos estatales y de beneficencia en una red sanitaria. Aquella sensibilidad queda testimoniada en su oración fúnebre en la muerte de Ignacio Pirovano uno de los fundadores de la cirugía argentina (Cramwell, 1939:68).

Surgieron también asociaciones mutuales en las Fuerzas Armadas, la Policía y Bomberos de Capital Federal, en algunos ministerios y reparticiones oficiales.

En el censo de mutualidades de 1927 se aprecia una concentración de socios y capital en muy pocas: 2 mutualidades suman el 25% y 6 el 55% de los socios, 3 reúnen el 40% del capital social (Belmartino, 1987:21). Esta dispersión se repetirá en las Obras Sociales, generando unas ricas y otras pobres.

Durante la década de 1930 se multiplicaron las mutuales de reparticiones públicas y de empresas. Un proyecto de ley de Ángel Giménez (1935) propuso financiarlas con un descuento proporcional de los sueldos y una contribución patronal equivalente (Belmartino, 1987:23).

Las mutuales tendían, entonces, a tener servicios propios. El modelo era un consultorio central y médicos de "secciones". Se agregaron equipos de radiología y laboratorios bioquímicos. La farmacia absorbía un equivalente de los gastos médicos. Los gastos administrativos eran altos: entre 15 y 25% (Belmartino, 1987:27).

La forma de retribución a los médicos era por salarios o por consulta. En las organizaciones médico-empresarias los profesionales tendían a recibir muy bajos estipendios. El trabajo de Belmartino hace un meticuloso análisis de ingresos, gastos y costos por paciente.

La proliferación de **medicamentos "específicos"** aumentó los costos de la AM. Surgieron entonces las primeras propuestas de Vademecum, "petitorios farmacéuticos" o "estándares", siendo Ángel Giménez uno de sus primeros impulsores (Belmartino, 1987:32-33).

También para entonces creció el costo de la especialización y tecnología médicas, a la vez que el incremento de la demanda asistencial.

La Federación de mutuales se impulsó desde 1918, en congresos organizados por el Museo Social Argentino. Se estimaba entonces que en Capital Federal había 100 mutuales con alrededor de 150.000 afiliados (Belmartino, 1987:40). Hubo intentos de federarlas, pero poco duraderos. En 1935 se eximió de impuestos a las mutuales (Ley 12.209).

En la década de 1940 comenzaron las discusiones sobre la obligatoriedad de la asociación mutual, tomando como modelo la Caja de Socorros Mutuos de Policía y Bomberos de la Ciudad de Buenos Aires.

El gobierno de la Revolución de 1943 asumió el tema de las mutualidades y en cierta forma politizó la demanda poblacional de salud y previsión (Belmartino, 1987:57).

La Dirección Nacional del Trabajo pasó a Secretaría de Estado y promovió una secuencia de decretos-leyes que a poco definieron su orientación. Comenzó con la obligación de mutualizarse al Personal Civil de la Nación con aportes del orden del 1% de los salarios y continuó, entre otros, con el personal ferroviario en cuyo caso se definió el aporte del trabajador y la contribución patronal (Belmartino, 1987:58).

La sindicalización en Argentina tuvo un largo proceso. Se consolidó de forma particular con el peronismo. La revolución de 1943 se inició con cierta hostilidad hacia los sindicatos. No obstante Perón, dentro del gobierno, valoraba la cuestión social y por otro lado temía la lucha de clases. A medida que el líder aumentaba su poder negociaba con los sindicatos. No le fue fácil ubicar a los organismos estatales como intermediarios entre los empresarios y los trabajadores. Sin embargo, logró poner a los sindicatos de su lado a través de los convenios colectivos, del reconocimiento de personería gremial a una sola asociación por rama, de la promoción de dirigentes comprometidos con su posición y con el desarrollo de la Confederación Gremial del Trabajo (CGT).

El final de la Segunda Guerra Mundial creó una difícil situación para la Argentina y Perón fue visto por amplios sectores como el hombre que podía afrontarla. La mayoría de los dirigentes y trabajadores apoyaron a Perón cuando se vio obligado a renunciar y lo reivindicaron en el episodio del 17 de octubre de 1945. El partido laborista, nacido en el movimiento obrero y la UCR-Junta Renovadora, lo llevaron a la Presidencia de la Nación en 1945.

Controlados diversos conflictos, el sindicalismo se expandió¹⁶ y se organizó, centralizado en la CGT. Tuvo una fuerte subordinación al gobierno en función de reformas laborales favorables a los trabajadores y de un aumento del 80% de los salarios reales entre 1945 y 1948 (Dougou, 2002:374).

En 1949 hizo crisis la economía próspera por el deterioro de los términos del intercambio de los productos primarios argentinos respecto a los de importación y el aumento de la inflación

16 En 1946 tenía 877.330 afiliados y en 1954 2.256.580 (Dougou, 2002:369).

(Dougou, 2002:377). Algunos sindicatos volvieron a las huelgas, pero fueron intervenidos o declarados ilegales.

La CGT impuso un verticalismo que respondía a Perón y ejerció una función disciplinaria sobre las huelgas. Los sindicatos crecían en número de afiliados lo que, por otra parte, dificultaba la participación directa de sus miembros en la conducción. Se fue generando en su seno una dirigencia que formaba cuadros con experiencia administrativa y distribución de funciones que desembocó en la “burocratización” de las conducciones en torno a grupos de sindicalistas profesionales hábiles en la negociación, las comisiones paritarias y los tribunales laborales (Dougou, 2002:386). Entre las funciones a su cargo quedaron las prestaciones sociales y asistenciales a través de las OOSS. Por otra parte, se constituyeron en una rama del partido oficial, decisivo en la reelección de Perón en 1952, a pesar de la nueva crisis económica de 1951 y del incremento del costo de la vida. No obstante las circunstancias y los conflictos de esta crisis, equilibrada por poco tiempo, los sindicatos siguieron apoyando al régimen peronista aún en el proceso de su caída, en 1955. Se había formado un fuerte movimiento obrero con sólida dirigencia que sobrevivió la Revolución de 1955. Aún a pesar de las intervenciones que le siguieron y de avatares posteriores, el movimiento y su dirigencia permanecieron como fuerte grupo de poder hasta la actualidad.

11.- Subsectores de Atención Médica

La expectativa de la población respecto de la salud iba creciendo pero las doctrinas y las políticas oficiales enfocaban el problema sólo parcialmente.

El hospital estatal, ya plenamente “medicalizado”, era a su vez centro de educación profesional y de asistencia a pacientes sin recursos. Esta separación es clave en la evolución sanitaria argentina. En la década de 1920, la revista de los estudiantes de la Escuela de Medicina de La Plata denunciaba: “el uso de los hospitales por gente pudiente en detrimento de los médicos y de la gente de pueblo que necesitaba atenderse en ellos” (cit. Barragán H. L., 1981:46)¹⁷.

En el marco de esta evolución de la Medicina, la asistencia privada requería algo más que los consultorios y las visitas domiciliarias a los pacientes con recursos. Comenzaron entonces a desarrollarse los sanatorios privados.

Ante la enfermedad, los pacientes de pocos recursos, que crecían en número, tenían estas alternativas: el hospital estatal o el de beneficencia, que en virtud de su carácter “para pobres”, les producía rechazo, o el privado, que no podían pagar. Entonces se formaron grupos de operarios para socorros mutuos (Cortés, 1985:54). En América Latina el nacimiento de la Seguridad Social fue fruto de la presión de trabajadores de áreas críticas: administración, enseñanza, fuerzas armadas y servicios públicos (Isuani, 1985; Meza Lago, 1985; Germani, 1955).

12.- En Argentina hubo tendencia a la centralización nacional

Un conflicto perdurable se formalizó en la década de 1920. Siendo director del Departamento Nacional de Higiene, **el Dr. Gregorio Araújo Alfaro**¹⁸, en la Primera Conferencia Sanitaria Argentina (1923), señaló las desgraciadas diferencias entre el estado de salud de las poblaciones del interior y de la capital¹⁹. Decía: “Se ha visto siempre en nuestro régimen federal de gobierno el obstáculo principal a una organización sanitaria eficiente de la profilaxis y la asistencia pública” (Vacarezza, 1980). Si bien varias provincias tenían su Consejo de Higiene, los recursos eran reducidos²⁰.

17 Este carácter se refleja en la literatura. En “Las del Barranco”, de Laferrere, la madre reprocha a la hija: “Sos el retrato de tu pobre padre, así era él y así le fue!...Tenía tus mismas ridiculeces y se llenaba la boca con tus mismas pavadas... El capitán Barranco no se vende!... El capitán Barranco no se humilla!... El capitán Barranco cumplirá con su deber!... Y el capitán Barranco entre miserias y privaciones terminó en un hospital... porque no había en su casa recursos para atenderle” (Amuschategui, 1965:137).

18 Araújo Alfaro había sido secretario de Coni, condujo el Departamento Nacional de Higiene un tiempo bajo el presidente Irigoyen y durante el período del presidente Alvear. Fue el gran promotor de programas materno-infantiles.

19 Sobre esto había sido exhaustivo Bialek Massé.

20 En la Conferencia Sanitaria Nacional de 1923, Wenceslao Tello, delegado por Jujuy, reclamaba una organización nacional y decía: “Vamos a ciegas. En algunas localidades argentinas son más los que mueren que los que nacen” (Veronelli, 2004:402).

Santa Fe transformó su Consejo en Dirección General (1932) y tuvo el primer Ministerio Provincial de Salud Pública y Trabajo (1941) (Veronelli, 2004:454).

El conflicto jurisdiccional venía ya desde fines del siglo XIX entre la autoridad nacional y la de la ciudad de Buenos Aires, que logró más recursos que el resto del país. Se verificaba en Atención Médica una constante de todos los sectores: por dos siglos, el país fue despojado del fruto de sus esfuerzos para construir y mantener su capital. Todo convergía a ella y el poder habitualmente “se hacía porteño”.

En 1923, la conciencia de la postergación del interior buscaba una solución supletoria para las provincias despojadas. En Salud Pública difícilmente sus conductores podían encontrar otra solución que la centralización, a contramano del federalismo. Las inquietudes continuaban centradas en el hospital estatal pero se habían ampliado a las campañas verticales, como la lucha antituberculosa y el programa materno-infantil.

Nació entonces (1926) la Misión de Estudios de Patología Regional Argentina (M.E.P.R.A.) para la lucha en terreno contra la enfermedad de Chagas y otras endemias, bajo la decidida conducción del Dr. Salvador Mazza, uno de los más grandes testimonios y esfuerzos en la historia de la sanidad argentina.

No se renunció formalmente a la regulación general de la Atención Médica ni se dejó de valorar el nacimiento de la Seguridad Social, pero los objetivos y estrategias (expresión operativa de la teoría vigente) se concentraron subsectorialmente, como venía ocurriendo. El poder delegado era parcial y las energías de los protagonistas se agotaron en el esfuerzo de coordinación con la beneficencia, la centralización estatal y las incipientes campañas referidas.

La centralización reclamada desde Aráoz Alfaro, recién encontró decisión política en 1943, cuando el Departamento Nacional de Higiene se transformó en Dirección Nacional de Salud Pública y tuvo a su frente al Dr. Eugenio Galli, maestro de Anatomía de la Facultad de Medicina de La Plata. Esta decisión buscaba una integración de los servicios que Galli no pudo lograr por la resistencia de los mismos organismos oficiales, y renunció. El país perdió una figura, que, por su trayectoria pudo haber sido fecunda (Carrillo, 1974:337). Había habido teoría y expresión operativa, aunque seguía siendo parcial, y también decisión política y transferencia de poder, pero la transferencia no fue sólida frente al conflicto: cada servicio estatal tenía su propia política institucional y no quería someterse a una política superior. No hubo continuidad ni apoyo político.

Las líneas de esta etapa cuyos conductores sanitarios aspiraban a la renovación de los establecimientos estatales y a la centralización nacional, convergieron en la figura del Dr. Ramón Carrillo.

Carrillo, después de Gorman y Rawson, fue la tercera figura mayor de la sanidad argentina. Hubo otras gestiones positivas como la del **Dr. Tiburcio Padilla**, del **Dr. Miguel Sussini**²¹, de **Juan Jacobo Spangenberg**²² y las construcciones sanitarias y los consejos locales de salud del gobernador bonaerense Manuel Fresco, que era médico (cit. Barragán H. L., 1981:45). Pero política sanitaria concretada después de tantos esfuerzos frustrados fue, sin duda, la de Carrillo. Alcanzó lo que no tuvo la generación anterior de conductores: decisión política, y lo que no logró Galli, apoyo político²³.

Con Carrillo al frente se creó la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación en 1946, que alcanzó rango de Ministerio (Diario de sesiones de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación, 1980:1429 y ss.). Su acción fue fecunda y global: elaboró una nueva teoría de Atención Médica a partir de los principios sociales de su gobierno y con la doctrina médica actualizada del calificado profesional que era, especializado en neurocirugía.

Pero, además, Carrillo era un hábil político, dio forma operativa a su teoría (Leyes 13.012 - 13.019), y supo obtener el apoyo del Presidente. Perón vio, sin duda, la salud en perspectiva social y así lo testimonia el apoyo que dio a su ministro (Carrillo, 1977).

21 Sussini fue director del Departamento Nacional de Higiene. Consiguió crear una colonia para leprosos en la isla Cerrito, organizó la lucha contra la lepra, el tracoma, la anquilostomiasis, la peste y el paludismo según lo recuerda Carlos Alberto Alvarado.

22 J. J. Spangenberg estuvo al frente del organismo sanitario nacional alrededor de 1930. Afrontó brotes de viruela, paludismo y peste. En la década de 1940 comenzaban los casos de poliomielitis (Veronelli, 2004:437).

23 Debe tenerse en cuenta que el mundo occidental tendía a reubicar la Atención Médica con el concepto de salud pública; se creaba la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se hacía su Oficina Regional.

La decisión, la transferencia de poder, y el apoyo presupuestario, permitieron duplicar las camas hospitalarias de 60.000 a 120.000 aproximadamente, regionalizar la asistencia y comenzar a multiplicar centros ambulatorios. Se construyeron institutos especializados y los policlínicos del conurbano de la Capital Federal –con fondos de la Fundación “Eva Perón”–, se consolidaron y ampliaron los programas verticales, se logró la disminución de la mortalidad infantil y de la incidencia de la tuberculosis. Se hizo efectiva, ya disponiendo de DDT, la lucha contra el paludismo, bajo la dirección de los doctores Alvarado y Coll. Se formaron recursos humanos técnicos y se incorporaron equipos de complejidad a los establecimientos estatales. Se promovía la formación médica de postgrado y en Salud Pública, se apoyó la precursora Escuela de Salubridad de Santa Fe (Veronelli, 2004:512).

En el marco provincial, el Ministro bonaerense Carlos Alberto Bocalandro, gobernación Mercante, multiplicó las construcciones, sembró de unidades especializadas el territorio, supervisó personalmente su funcionamiento, y promovió la lucha contra las enfermedades prevalentes. Una nota común de estos grandes conductores sanitarios, que se repetiría con Oñativia, fue su alta visión política, purificada de mezquindades de comité.

La política social del primer gobierno peronista alcanzó nivel constitucional con la reforma de 1949 que, fuera de la controvertida modificación en vistas a la reelección presidencial (art. 77), introdujo los derechos sociales del artículo 14 bis, orientada por **Arturo Sampay**, bajo una visión social cristiana.

La Atención Médica fue privilegiada en la política general de los gobiernos de 1946 a 1954. Pero el General Perón inscribió también entre sus prioridades a las Obras Sociales sindicales, por un camino distinto al de la Salud Pública.

Puede decirse, como de Gorman, que Carrillo planteó una teoría específica global. Sesgada su doctrina hacia el subsector estatal, veía en él la solución para garantizar la salud. Por otra parte enfocó los diversos componentes de la Atención Médica, el Saneamiento del Medio, incursionó en el problema de los medicamentos y planteó un Programa de Higiene y seguridad Industrial. Sin embargo, las circunstancias generales no le permitieron, a mi criterio, cristalizar una política específica global.

13.- El subsector oficial y el de OOSS durante la gestión de Carrillo

La promoción y control de los sindicatos y de sus obras sociales fue parte esencial de la política del General Perón. El nuevo modelo de financiación de la Atención Médica de los trabajadores creció hasta constituir el subsector de mayores recursos económicos, aunque con poca capacidad instalada propia. Aislado el hospital estatal, “hospital de los pobres”, gratuito, sede de la enseñanza progresivamente masiva, no obstante la modernización de la gestión de Carrillo, las obras sociales se volcaron a financiar la asistencia de sus beneficiarios en el subsector privado, que creció dinámicamente por ese impulso.

Carrillo pensó una integración oficial con la Seguridad Social. Proyectó la creación de un servicio nacional de salud. Así parecen insinuarlo algunos discursos en el marco de su acción (García Díaz, 1983). Una de las inquietudes de Carrillo era el número de camas hospitalarias, sobre lo que decía:

“Tenemos actualmente un déficit de 90.000 camas. Esta es la realidad. No estamos pues en condiciones de brindar a la colectividad el servicio que podría exigir si este servicio respondiera a un seguro, es decir, si se requiriera de un mínimo de desembolso personal. El ciudadano que paga un seguro cualquiera, exige el servicio correspondiente. Ya no estamos en condiciones técnico hospitalarias de atender todas las prestaciones, es preferible crear el Fondo Nacional de Salud Pública y no el Seguro de Enfermedad, que obliga a prestar servicio. El fondo se puede formar por un impuesto indirecto, que permita llegar a una financiación más adecuada para el sostenimiento hospitalario. Habrá que desterrar, entonces, en la psiquis de nuestro pueblo, el concepto de gratuidad de los servicios de los hospitales” (Carrillo, 1951).

Las cajas de previsión eran, para Carrillo, el paso más concreto para el seguro. Decía:

“Si el seguro social, en su aspecto de asistencia médica, pasara a ser aplicado en su técnica por las Cajas de Previsión, tendríamos a la larga que transferir el Ministerio de Salud Pública y todos los hospitales a dichas instituciones, o en su defecto, crear, sobre la base del Instituto de Previsión o Banco del Seguro Social, una red hospitalaria que, aparte de demorar muchos años en construirse, traería la superposición de servicios, la dualidad de los mismos, su encarecimiento, y coexistirían dos organismos de sanidad para una misma cosa: uno, el del Ministerio de Salud Pública de la Nación y otro, el del Instituto de Previsión Social. En otros términos, llegaríamos a un desorden en la materia (sic), peor que el que existía antes de la creación del Ministerio...” (Carrillo, 1951).

Carrillo proponía la transferencia del 25% de los fondos de Previsión al Ministerio, para que este “haga las prestaciones o las mejore, utilizando o ampliando para ello la red hospitalaria que ya existe en el país” (Carrillo, 1951)²⁴.

El ministro no tomaba en cuenta al subsector privado, que para su tiempo tenía poco desarrollo de internación. Así obtuvo la transferencia de fondos de previsión con destino a la ampliación programada. Su pensamiento parece orientado, similar al modelo británico de Beveridge, a un servicio nacional de salud fundado en la red oficial y financiado por la Seguridad Social. No obstante sus previsiones, el subsector que se desarrolló intensamente fue el privado y la financiación de la Seguridad Social se volcó a él. Y su anuncio resultó profético en cuanto a la dualidad de conducción: el Ministerio y el Instituto de Previsión, que prefigura al INOS y a la Administración Nacional del Servicio de Salud (ANSSAL).

La fragmentación dual de un Departamento Nacional de Higiene dentro del Ministerio del Interior y una Comisión Asesora de Asilos y Hospitales, en el Ministerio de Relaciones Exteriores se había superado con la creación del Ministerio de Salud. Ahora se abría otra fragmentación dual entre este mismo Ministerio y las Obras Sociales.

Esta dicotomía en la conducción sanitaria fue prevista por Carrillo, que intentó evitarla. Ahora una rama sería la de Salud Pública a cargo de los establecimientos y programas oficiales; otra, sería la de Seguridad Social, operada por multiplicidad de entes. Salvo alguno de ellos como el de Ferrovianos, que instalaron efectores propios, el resto derivaría sus beneficiarios a efectores privados.

14.- Modelos integrados

El gobierno de la Revolución de 1955 llamó en consulta a expertos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que en su informe en 1957 criticaron al Ministerio de Carrillo²⁵ por tener mucho poder y pocos resultados y también al subsector privado en expansión (Veronelli, 2004:546). Se actualizó así un viejo conflicto preconizando la descentralización estatal. Se transfirieron hospitales nacionales a jurisdicciones provinciales y municipales con resistencias locales por el cargo presupuestario que ellos significaban (Veronelli, 1975:75)²⁶.

A fines de la década de 1950 se crearon las Unidades Docentes para la formación de pregrado y las Residencias Hospitalarias (Santas, 1981:46-59). La primera reunión argentina de Educación Médica (1957) impulsó una reforma dificultada después por la falta de recursos y la creciente sobrepoblación estudiantil.

En 1956 el país fue azotado por la epidemia de poliomielitis con alrededor de 6.500 casos notificados (Veronelli, 2004:547). La aplicación sucesiva de la vacuna Salk y la Sabín redujeron los casos en años posteriores.

24 La Fundación Eva Perón tuvo, entre otras funciones sociales, un plan paralelo de construcción de hospitales no coordinado con el del Ministerio Nacional. Belmartino anota que en 1951 manejaba un presupuesto del orden de los \$800 millones frente a los \$407 millones del Ministerio y otros organismos nacionales de salud (Belmartino, 2005).

25 Ramón Carrillo renunció a mediados de 1954. Después de la Revolución de 1955 fue investigado y privado de sus bienes. Se empleó como médico en una compañía minera norteamericana en Belem (Brasil). Allí murió en la pobreza en 1956.

26 La Revolución de 1955, para Veronelli-Veronelli Correch, inauguró una política sanitaria “adversativa” (Veronelli, 2004:535).

Bajo la presidencia del Dr. Arturo Frondizi (1958-1962), ministerio Héctor Noblia, se intentó una descentralización por la cual la Nación mantenía la administración y el presupuesto de sus hospitales pero transfería a las provincias la conducción técnica (Veronelli, 1975:76).

La meritoria gestión de Héctor Noblia comenzó con la vacunación Salk, impulsó el control de la Fiebre Hemorrágica Argentina, desarrolló el plan de lucha contra la enfermedad de Chagas-Mazza y contra el *Aedes Aegypti* (Veronelli, 2004:583). También promovió la formación de recursos humanos, apoyó las Residencias Hospitalarias y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires (ESPUBA). Asimismo Noblia encomendó a profesionales calificados la elaboración de un Repertorio Terapéutico Nacional (Veronelli, 2004:587).

Se fortalecieron los programas verticales y se comenzaron a aplicar los nuevos criterios de Atención Médica que preconizaba la Oficina Sanitaria Panamericana. Tomaba cuerpo una nueva teoría cuyas formas operativas y cuyos hombres fueron aprovechados por la gestión siguiente.

Las experiencias más notables en este período (1958-1962) se verificaron en algunas provincias, lo que expresaba la inquietud jurisdiccional por las dificultades de la Nación en encontrar una política global.

En 1957 se creó el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) para los empleados de la provincia y municipios de Buenos Aires al impulso del Ministerio bonaerense de Rodolfo Eyherabide y la conducción de Sergio Provenzano. Sin efectores propios y sentado el principio de libre elección, el IOMA fue un ente autárquico de derecho público. Estableció un nomenclador de prestaciones e hizo acuerdos con instituciones privadas. En 1958 se desarrolló la Colegiación Médica en Buenos Aires, con antecedentes en Santa Fe.

En San Juan bajo la gobernación del Dr. Américo García, ministerio Valois Martínez Colombes, se instituyó un Servicio Provincial de Salud.

En Buenos Aires bajo la gobernación del Dr. Oscar Alende, ministerio Osvaldo Mammoni, se ideó la Reforma Hospitalaria (1961) aplicada a establecimientos piloto en La Plata (Gonnet) y Mar del Plata.²⁷ El gobernador Alende informó a la Legislatura sobre la fragmentación y falta de coordinación de la AM así como de la capacidad de profesionales y personal hospitalario; su aspiración a la dedicación completa y buena retribución; consideraba engañosa la gratuidad indiscriminada y proponía hospitales piloto que conviniere con sindicatos y seguros y trabajaran en todos los horarios²⁸. Por otra parte Alende reclamaba la transferencia de hospitales nacionales a la provincia con sus presupuestos.

Este modelo intentaba dinamizar el subsector estatal y coordinarlo con las Obras Sociales pero los conflictos y algunas distorsiones llevaron a anularlo bajo la gobernación Marini y el ministerio Abelardo Costa.

Dice Holmberg, que la anulación de la Reforma Hospitalaria de Buenos Aires demoró veinticinco años la coordinación de la Atención Médica en el país (Holmberg, 1981:23). Sin embargo, la medida fue defendida por algunos protagonistas. De profesionales que trabajaron en el Hospital de la Reforma nació un modelo en Mar del Plata, que es uno de los más serios en escala reducida: el Hospital Privado de la Comunidad.

El ministerio Costa, siguiendo la gestión nacional de Oñativia, implementó una adelantada Atención Primaria en el conurbano de las capitales federal y provincial²⁹. La teoría difundida por la OPS, el costo creciente por el progreso de la Medicina y el incremento de la demanda, reclamaban encarar una política específica global que incluyera una red de efectores periféricos.

La década de 1960 fue precursora en el ámbito del Ministerio de Salud bonaerense: se introdujeron las estadísticas sanitarias, se normalizaron y categorizaron los establecimientos estatales, se definió la regionalización sanitaria, se impulsaron las unidades sanitarias, se ordenó la planificación y un ordenamiento integral del sector que fue paradigmático para otras jurisdicciones.

27 Las leyes bonaerenses 6462 y 6488 (reglamentada por decreto 1248/61) estatuyeron la reforma en base a un proyecto de 1958.

28 Mensaje del 02/05/58 y discurso del 11/07/58.

29 Una figura clave en el desarrollo de la red de Unidades Sanitarias, que volvería a serlo en el plan "Francisco Javier Muñiz", fue la Dra. María Esther Pellitero, distinguida pediatra y mujer generosa, que recorrió para instalar y promover esas unidades, los barrios marginados de ambos Conurbanos. Una precursora de la AMP en Argentina.

15.- El impacto social generó las obras sociales

La maduración de las fuerzas sociales iba a producir sobre la Atención Médica un tercer impacto, después del Fundacional y el Científico, que se llamará Social. Tal maduración fue producto de los densos movimientos de la década de 1940, de una industrialización sustitutiva acelerada y de una concentración demográfica en el conglomerado del Gran Buenos Aires. Este conglomerado generó y genera los problemas más difíciles de solucionar en materia de servicios de salud. En aquel marco y al impulso de la política gubernamental, se desarrolló la sindicalización y se hicieron poderosas las obras sociales (OOSS).

El impacto social canalizado en estas instituciones no fue sino la toma de conciencia de los sectores de menores recursos, obreros industriales y de servicios, de su derecho al bienestar y a la salud.

La expectativa de soluciones médicas crecía y consecuentemente la demanda de prestaciones. Esta demanda tendía a apartarse del subsector estatal y a volcarse a los efectores privados bajo el financiamiento de las OOSS.

Los prestadores privados se agruparon entonces, así como también las instituciones que reunían a los profesionales de salud. No obstante las primeras desconfianzas hacia la “medicina mutualizada”, el cuerpo profesional comprendió que sólo ella podría financiar la asistencia. Se concretó también la colegiación de los profesionales de salud: los estados provinciales delegaron por leyes “ad hoc” el control de la matrícula, del ejercicio y de la ética profesional en entes paraestatales llamados Colegios o Consejos Profesionales. El Colegio de Médicos (distritos y Consejo Superior) de la provincia de Buenos Aires fue de los primeros (Decreto-Ley 5413/58).

Así, este Impacto Social configuró poderosos grupos de presión en el sector: los sindicatos y las asociaciones de prestadores. No se hará referencia aquí al tema de los medicamentos y la tecnología médica, cuyos productores e intermediarios crecían y conformaban también grupos similares.

Sin embargo, en la conducción superior del Estado, los efectores estatales y las Obras Sociales pertenecían a áreas distintas; se había dado la fragmentación que Carrillo temía. El subsector privado y las empresas de producción y venta de bienes de salud tenían una regulación que no alcanzó a ser operativa por falta de poder de los organismos sanitarios. Téngase en cuenta que la regulación es un objetivo de orden público y configura una función irrenunciable del Estado en cualquier perspectiva política.

La escuela de administradores, cuando éstos eran de escuela, se había forjado inicialmente en la teoría higienista de Rawson y luego en la de Carrillo. La teoría del sanitarismo norteamericano, en la línea de la Universidad John Hopkins, se desarrolló en la Argentina recién en la década de 1960 a partir de la gestión Noblia. La integración de los nuevos sanitaristas a los organismos oficiales generó inicialmente desconfianzas ideológicas. Había en ellos una preferencia por el subsector estatal y elaboraron algunos modelos de seguro que afligieron a las instituciones profesionales, temerosas del detrimento del subsector privado.

De todas formas no estaba maduro el objetivo institucional de adquirir poder real para coordinar y regular todo el sector de Atención Médica. Aún hoy los proyectos políticos tienen una orientación parcial hacia el hospital estatal y las obras sociales, con poca referencia a formas de regulación para todo el sector.

16.- Oñativia y Holmberg orientaron una política global

En la década de 1960 surgió una nueva gestión fecunda bajo la presidencia del Dr. Arturo Illia (1963-1966). El ministro Arturo Oñativia promovió una planificación global de la salud con relación al desarrollo general, instrumentada técnicamente. Oñativia era, como Carrillo, un distinguido profesional en su especialidad –la endocrinología– y un hábil político. Como aquél, tenía un concepto cabal de la política. Estuvo secundado por un grupo de colaboradores de su partido, como el Dr. Nosiglia, y de otras extracciones.

El ministro Oñativia puso en marcha un sistema de evaluación y planificación que incluyó un programa de estadística y un catastro general de recursos. En base a este último se tomó conciencia

de la magnitud y complejidad del sector y de la necesaria interrelación de sus componentes y subsectores (Veronelli, 1978:77).

Los programas verticales fueron reactivados lográndose una significativa disminución de la mortalidad infantil, se afrontó un brote epidémico de Fiebre Hemorrágica Argentina, y con apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo implementó un servicio de agua potable para poblaciones rurales.

Uno de los grandes méritos de la gestión Oñativia fue encarar el problema de los medicamentos y proyectar las leyes que se conocen con su nombre. Ampliamente debatidas en el Congreso fueron sancionadas en 1964: la Ley económica (Ley 16.462) y la Ley técnica (16.463). Esta legislación produjo el rechazo de los países desarrollados del Club de París, interesados en el cobro de las patentes (Veronelli, 2004:612). Si bien su aplicación posterior fue parcial, señalaron el peso de ese tema en el campo de la Atención Médica.

Teniendo en cuenta la dicotomía entre el subsector estatal y el de Obras Sociales, patentizado en la información obtenida del catastro, Oñativia propuso un modelo de Servicio para la Atención Médica de la Comunidad, que sirvió de fundamento al modelo de la gestión Holmberg.

Oñativia, después de Gorman, Rawson y Carrillo, es la cuarta figura mayor de la sanidad argentina. Su gestión dio forma operativa a la moderna teoría de Atención Médica, introducida en la gestión Noblia. Obtuvo del presidente Illia la transferencia de poder para implementar una política específica global, aunque aún sesgada hacia el subsector estatal (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1965).

Bajo el gobierno de facto del general Juan Carlos Onganía (1966-1970) el ministerio fue reducido a Secretaría de Salud. No obstante, se distinguió la gestión del Dr. Ezequiel Holmberg y del subsecretario Dr. Alberto Mondet.

Se intentó nuevamente la descentralización del subsector estatal lo que se concretó en establecimientos seleccionados, excepto en las grandes jurisdicciones.

El aspecto más conflictivo de esta gestión fue la creación (Decreto-Ley 17.102) de los “hospitales de la comunidad”. Invocando el mejor rendimiento de los recursos y la más amplia prestación de servicios, se constituyeron establecimientos oficiales, conducidos con la participación de la comunidad, con criterio de área geográfica de salud, que podían convenir con obras sociales y efectores privados. De esta manera respondería mejor a las necesidades de la población y se financiarían no sólo del presupuesto sino también del arancelamiento de sus prestaciones. Esto motivó el cuestionamiento de instituciones profesionales gremiales que tenían la competencia con la asistencia privada.

La gestión analizó las Obras Sociales, apreciando la magnitud de su desarrollo. En el subsector privado, con relación a la política general de precios y salarios, congeló honorarios y aranceles (Ley 17.850) y estableció un Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas (Decreto-Ley 18.483). La secretaría tomaba así intervención en los tres subsectores: estatal, privado y de obras sociales.

La gestión de Holmberg-Mondet fue trascendente en todos los campos de la salud: formación del recurso humano (vg. impulso a las Residencias y creación del CONAREME –Consejo Nacional de Residencias Médicas–; convenio con OPS para el CLAM –Centro Latinoamericano de Atención Médica– en la ESPUBA –Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires–) información más amplia que la habitual (vg. Encuestas de Salud), reuniones regulares del sector, control de bienes de salud (vg. impulsó al Instituto de Farmacología, según una de las leyes de Oñativia), control sanitario de otros bienes (vg. Código Alimentario Argentino), regulación del ejercicio de las profesiones y de la farmacia (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1965: 80 y ss.).

Para ese entonces (1966) se había iniciado y recibió impulso el programa de salud rural en Jujuy bajo la conducción del Dr. Carlos Alberto Alvarado, figura mundial de la lucha contra el paludismo y precursor de la Atención Primaria de la Salud: se obtuvo con este programa una notable disminución de la mortalidad infantil en aquella jurisdicción (Alvarado y Tanoni en Sonis, 1978).

En 1970, gobernación Felipe Sapag, la provincia de Neuquén desarrolló un plan de salud bajo la conducción de Néstor Perrone y Elsa Moreno. Usó una estrategia de horizontalización de programas, fortificó los centros de AMP y las áreas programáticas y coordinó los niveles de AM. Su alta eficacia se prueba con la reducción de la mortalidad infantil de 110 a 75 ‰ en un año (Veronelli, 2004:641).

Merecen un análisis aparte las acciones y proyectos que se multiplicaron en otras jurisdicciones argentinas, entre las que se destacó Santa Fe, gobernación Vázquez, ministerio Sandoz (1967) (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 1968).

La teoría moderna de Atención Médica, cuyos primeros especialistas comenzaron a actuar bajo las gestiones Noblia y Oñativia, tenía ahora una clara expresión operativa con cierta variedad de modelos. La autoridad sanitaria nacional que requirió y obtuvo decisión y apoyo político, estaba en manos de hombres idóneos. Pero no tendrían el tiempo de Gorman.

El mismo enfoque global hizo penetrar a los protagonistas en un campo minado. Se trataba de cambiar conceptos como el arraigado del hospital gratuito, “para pobres”, tantas veces reafirmado. Se buscaba un camino para superar aquella gratuidad indiscriminada e injusta que había señalado Carrillo. Era evidente que el hospital público subvencionaba “en especies” (García Días, 1994: 234-235), a las Obras Sociales al atender a aquellos de sus beneficiarios que, aportando y sin poder afrontar coseguros, recurrían a él.

Un reproche que se hizo a Holmberg y Mondet es que querían “desentenderse” de ese hospital. No es justo, lo que querían era “entenderse” en lo que debían, en la regulación y garantía de la salud.

Estas afirmaciones me obligan a hacer una manifestación descriptiva y un juicio personal. He señalado repetidamente al Hospital Público como herencia colonial y dedicado a los pobres. Lo he señalado como centro de educación médica. No es su agravio sino su gloria. No es su pasado sino su proyección. Lo racional no será cambiar su esencia: el enfermo es siempre pobre, menesteroso del dolor y el sufrimiento, y tanto más si tiene carencias económicas. Lo racional será organizarlo y coordinarlo mejor, redimirlo de su mala administración, abrirlo a todas sus posibilidades, hacerlo eficaz, y eficiente en el ritmo de su vida cotidiana.

El dinámico crecimiento del subsector privado (Albarellos, 1980:125-133), careció de regulación con lo que se sobredimensionó en forma anárquica.

La gestión de Holmberg y Mondet puso teoría con expresión operativa y logró decisiones y apoyo político: poder. Pero no contaba sólo la política del Estado Nacional, sino las políticas de los grupos de presión: sindicatos, obras sociales y entidades gremiales médicas. La negociación con ellos no fue feliz e impidió la plena cristalización de esta gestión (Holmberg, 1981:26).

La amplitud de la crítica contra esta gestión, muestra, años después, que se trataba efectivamente de una política global; sin embargo los tiempos no estaban maduros antes de 1970 para una negociación fecunda, y la lúcida gestión Holmberg-Mondet quedó inconclusa (1981:24).

Las instituciones profesionales y de establecimientos privados fueron precursoras en varios aspectos: convenios con Obras Sociales desde 1948 (los primeros con IOMA, Bs. As.) y el primer nomenclador (“Libro Verde”) desde 1959; incorporación de procedimientos de normatización y auditoría; categorización de especialistas; registro de profesionales y equipamiento (De la Plaza, 1985:174-178). Las mismas instituciones convinieron con la Seguridad Social regímenes de prestación y pago, en una perspectiva amplia y naturalmente salvaguardando el interés parcial que representaban.

La Comisión de Obras Sociales presidida por el Dr. Mondet sería fundamento de la norma que inauguraría una nueva etapa, señalando la magnitud de las Obras Sociales y lo absurdo de que la autoridad sanitaria se concentrara sólo en los efectores de su propiedad.

17.- Lineamientos expuestos

Los lineamientos expuestos en este capítulo han sido resumidos en el cuadro 17, en el cual:

- Se han marcado diez casilleros horizontales con los principales rubros de Salud Pública.
- El sentido transversal marca aproximadamente los períodos en el transcurso del tiempo.
- Los renglones marcados por dos líneas en el interior refieren los principales subsectores de la Atención Médica.
- Las líneas verticales (rectas y curvas) indican los subsectores o rubros sobre los que actuó con mayor intensidad cada gestión principal. En general vienen de arriba hacia

abajo, desde la autoridad central hacia subsectores y rubros, excepto en el caso de Rawson que tiene influencia desde la cátedra universitaria.

- Las flechas que relacionan a las líneas principales indican incorporación o salida de algunos tipos de establecimientos a un subsector (vg. los hospitales de beneficencia se fueron incorporando al subsector estatal).
- Las líneas cortadas en la continuación de algunos subsectores o tipos de establecimientos (vg. hospitales de beneficencia, hospitales de colectividades extranjeras) indican la integración o fusión de los mismos a otros subsectores.
- Se marcan el mínimo de flechas sólo para orientarse cronológicamente.
- El orden de las referencias son: 1) Período y algunos jalones históricos; 2) organismo que ejerce la autoridad sanitaria nacional y referencia a los de algunas jurisdicciones; se mencionan al lado de algunos de los titulares principales; 3) se indican las bases políticas y algunas acciones principales; 4) se indica la evolución de los subsectores estatal y de beneficencia y 5) del mutual y de Obras Sociales y 6) del subsector privado; 7) se indican los programas y acciones principales; 8) se marcan algunos jalones de la educación del recurso humano; 9) se anotan las principales acciones de saneamiento ambiental y salud en el trabajo; 10) se hace referencia a las principales entidades profesionales de salud.

**Resumen de relaciones entre etapas históricas y rubros de salud en Argentina
Siglos XVIII a XX.**

(continúa en página siguiente)

R. Argentina. Salud Pública. Cuadro resumen de las principales gestiones y acciones. Desde 1617 a 1974.				
1° Etapa	Colonial Fundacional	Impacto	Independiente 1830-1852	
2. Hito hist.	Gobernación (1617) (1776)	Virreynato	Rev. Mayo (1810), Juntas, Triunvirato, Indep (1816), Directorio, Caída del Direct. (1820), Gobernadores. Pte. B. Rivadavia (1826-1828)	Gobenedores, predom. Rosas (1829-32 y 1835-52)
3. Autoridad Sanit.	Cabildos Gorman)	Protomedicato (M. (A)	Tribunal de Medicina (PBA, 1822)	
4. Fundamento	Leyes Indias		Decret. "Arreglo Medicina"	
5. Organ. d/ Gestión	(1804)	(a) Jta. Sanidad Puerto	(a) Jtas. Hospitalarias (1815)	
6. Probl. Epidemiológicas	Epidem. de viruela			
7. Efectores				
SS. estatal	(a) Hosp. p/ "pobres enfermos"		Hosp. p/ "pobres de solemnidad" Pdr. Bletemitas reemplaz. p/ Soc. Beneficencia	
SS. privado	Medicos, ciruj., boticarios, barberos. Asist. e internación domiciliaria		Mismos profesionales. Misma modalidad	
SS. mutual y solidario	Mini Hosp. Parroquiales Experiencia Misiones Jesuíticas			
SS. OOSS				
Programa Espec.	(a) Vacuna a/variólica (1785). (a) Notificación de enfermedades. (a) Aislam. de enferm. Infectocontag.			Se pierde la vacuna
8. Fiscalización	(a) Ctról. licencia profes. (a) Inhibición curanderos			
9. RRHH	Pocos médicos. (a) 1° Esc. de Med. Proyecto Univ. y Academia		Inst. Méd. Militar (1814-20) Dpto. Med. c/ creación UBA (1822)	
10. Investigación				F. J. Muñiz prepara vacuna e/ país (1832)
11. Saneamiento	(a) Ctról. mercados y panaderías. (a) Ctról. basurales. Instalación letrinas			
12. S. laboral				
13 Entidades	(a) Montepío p/ profes.			
14. Grup. Presión	Curanderos		Emergentes Guerra Indep. Sociedad Beneficencia	

Notas: La letra mayúscula (A) indica el impulsor principal y las minúsculas (a) los rubros en que intervino su gestión.

1° Etapa	Organización Nacional Impacto científico	<u>Siglo XX</u>
2. Hito hist.	Caída Rosas Migr. Ultramar.... (1852) (1880-1913)	Const. Nac. Unión Nacional (1853) (1862)
3. Aut. Sanit.	Consej. Hig. Púb. Dpto. Nac. Higiene (PBA, 1852) (1880) Direc. Salubridad (Arce Peñalva).... (E. Coni)	Jta. Nac. Sanid. (1879) Adm. Sanit.
4. Fundam.	(b) Doctr. Higienismo	(G. Araújo Alfaro ... M. Susini) Direcc. Nac. SP (1943) (C) (E. Galli... R. Carrillo)
5. Org. d/ Gestión		Avances científicos -tecnolog. (b) Com. Hosp. (D. Cabred; 1902)
6. Probl. Epidemiológicos	Br. Viruela (1869) Epid. Cólera (1868) Epid. F. Amar (1871)	Epid. Gripe (1918-19) Paludismo/ E. Chagas Mazza
7. Efectores		Proyec. de Centraliz.
SS. estatal	Reafirmación hospital p/ pobres	(b) Aum. hosp. camas (1923) Proyect. Centraliz. conflictos (c)
SS. privado		Crecen 1 ^{ros} sanatorios
SS. mutual y solid.	Mut. Socorros Mutuos (1850) Expansión (Est. A. Bunge) Hosp. Colectiv. Extranj.	Congreso de Mutualidades-Asociaciones (b) Liga vs TBC (1901) Hosp. Colectiv. se abren a/ ptes. privados
SS. OOSS		
Prog. Esp.		Patronato Infancia (1892) (b) Prog. vs Enf. Infecc. (J. Penna) Prog. Mat. Inf. (c)
8. Fiscalizac.		
9. RRHH	Esc. Enfermeía (C. Grieson; 1892)	Cátedra de Higiene (B) (G. Rawson; 1873)
10. Investig.		Reform. Enseñanza Ins. Bialeto Massé (1915) MEPR (S. Mazza, 1926)
11. Saneam.	Agua pot. Ciud. Bs. As. Plan Coni p/ Mendoza (Czo. 1869) Corrientes (1896)	(b) Est. S/Conventillos (b) Camp. vs. Paludismo (C. Alvarado, 1936)
12. S. laboral		Proy. Cod. Trab. (J. V. González); Ley 9688 /Accid. Trab. (1915) Leyes prevención
13 Entidades	Asoc. Méd. PBA (1860)	Soc. Méd. Arg. (1873) Soc. Cient. Arg. (1873)
14. Gr. presión	Soc. Benefic.	Provincias y ciud. Bs. As. Agremiac. Profes. 1° Congr. Méd. Grem. (1936)

Notas: Las letras mayúsculas (B y C) indican el impulsor principal y las minúsculas (b y c) los rubros en que intervino su gestión (B: Rawson desde la Cátedra).

1° Etapa	Impacto social	Revol. 1955		
2. Hito hist.	Pte. Perón		Pte. Frondizi (1958-1962)	Pte. Illia (1963-1966)
3. Aut. Sanit.	Secr. (1946) Minist. SP (1949) (R. Carrillo h/1952) (D)		Min. H. Noblía (E)	Min. A. Oñativia (F)
4. Fundam.	(d) Planificación – Doctrina Centralización	Informe OPS (1957) Sanitarismo (EE.UU.) Pro- descentralización	(e) Descentralización (e) Especialización (e) Estadist. Sanit.	(f) Planificación. Desarrollo
5. Org. D/ Gestión	Actuac. Fundac. “Eva Perón”			
6. Prob. Epidemiológicos		Epid. poliomiilitis (1956)	Epid. F. Hemorr. Arg.	
7. Efectores				
SS. estatal	(d) Construyó hospitales grales. y espec. (d) Duplicación de n° camas		PBA: Hosp. Reforma (Gob/Allende - Min. O Mammoni) PS. Juan Serv. Prov. Sal. (Gob. A. García - Min/ Martínez Colombres)	PBA: Cese Hosp. Reforma (f) Multiplicación de Unid. Sanit.
SS. privado		Expansión efectores privados p/ financ. OSS		Modelo Hosp. Com. (M. del Plata)
SS. mutual y solid.				
SS. OOSS	OOSS Sindicales c/ apoyo legal y polít.		PBA: IOMA (1957) y OOSS provinc.	(e) Catastro OOSS
Prog. Esp.	(d) Serv. Nac. Enf. Chagas-Mazza (1951)		(e) Reactiv. Prog. Mat. Inf. y otros verticales. (e) Control F.H.A. (e) Listado medicamentos	(e) Leyes Medicam. (e) Inst. Nac Farmacol.
8. Fiscaliza.				
9. RRHH	(d) Esc. Enfermería y Técnicos		(e) ESPUBA - Bachill. Sanit Unid. Doc. Asist/Residencias	(e) Ampliación formación técnicos y auxiliares.
10. Investig.	Pr. Nobel Med. B. Houssay (1947)	Creac. CONICET		
11. Saneam.	(d) Control paludismo (DDT)		Carta. Pta. del Este (1962). (e) Servic. Agua potable Rural	
12. S. laboral				
13 Entidades	Iros. Convenios (1948)		Colegios Profesionales (1958). 1 ^{ros} Nomencladores	
14. Gr. Presión	Sindicatos C.G.T.			

Notas: Las letras mayúsculas (D, E y F) indican el impulsor principal y las minúsculas (d, e y f) los rubros en los que intervino su gestión.

1° Etapa

2. Hito hist.	Revol. 1966 - Pte. Onganía (1966-1970)	Pte. Lanuse (1971 - 1973)	Pte. J.D. Perón /M. E. de Perón (1974-1976) / Revol. 1976
3. Aut. Sanit.	De Minist. a Secretaria (E. Holmberg – A. Mondet) (G)	Min. Bien. Soc. (F. Manrique)	Secr. Salud. M. Bien Soc. (D. Liotta) (J. López Rega)
4. Fundam.	(g) CLAM e/ ESPUBA		
5. Org. d/ Gestión	(g) Reun. Autor. Sanit. Prov.	SS. Seg. Soc. (S. de Estrada)	
6. Prob. Epidemiológicos			
7. Efectores			
SS. estatal	(g) Serv. Hosp. Comun. (DL. 17.102) P. Jujuy: Salud Rural (C. Alvarado). P. Sta. Fe: Servicios Comunidad		Modelo Serv. Nac. Sal. SNIS (L. 20748)
SS. privado	(g) Sist. Pago (DL 19.702). (g) Congelac. Aranceles (DL. 17.850) y NN (DL 18.483)		
SS. mutual y solid.			
SS. OOSS	(g) Comis. OOSS (A. Mondet)	DL 18.610 INUS. Creac. INSSJP – ISSARA	
Prog. Esp.	(g) Inst. Nac. Farmacol. (contin.)		
8. Fiscalizac.			
9. RRHH	(g) Ejerc. Profesional (DL 17.575) (g) Impulso Residencias (CONAREME)		
10. Investig.		P. Nobel quím. L.F. Leloir (1970)	
11. Saneam.	(g) Código Aliment. (DL. 18.284/1969)		
12. S. laboral		Higiene y Segur. Trab (DL. 19587/1972)	Contrato Trabajo (L. 20744)
13 Entidades			
14. Gr. Presión	Rechazo de Confederac. de Prestadores/CGT.		Rechazo CGT-Confederac. Prestadores a Plan Liotta.
Nota: La letra mayúscula (G) indica el impulsor principal y la minúscula (g) los rubros en que intervino su gestión.			

Citas bibliográficas

- Albarellos, J.C., "Las obras sociales y los prestadores privados". Medicina y Sociedad, tomo 3, volumen 3, 1980.
- Alvarado, C. A. y Tanoni, E., "El plan de Salud Rural en la Provincia de Jujuy", en Sonis y otros, *Medicina sanitaria y administración de salud*. Buenos Aires, El Ateneo, 1978, tomo 2, p. 827-830. Cfr. Holmberg Op. cit. (45):26.
- Baneiro Saguier, R. y Duviols, J. P., *Tentación de la Utopía. La República de los jesuitas en Paraguay*. Barcelona, Tusquets-Círculo, 1991.
- Barquin Calderon, M., "Historia de la Medicina", en Patiño, J. F., *Situación de la educación Médica en América Latina*. Federación Panamericana de Asociación de Facultades de Medicina, ediciones del autor, México, 1971.
- Belmartino, S., *La Atención Médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Siglo XXI, Buenos Aires, 2005, p. 117.
— *Las instituciones de salud en la Argentina, desarrollo y crisis*. Ministerio de Educación y Justicia. Secretaría de Ciencia y Técnica. Buenos Aires, 1987.
- Biale Masse, J., *Informe sobre el estado de las clases obreras argentinas a comienzos de siglo*. Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1985.
- Busaniche, J. L., "Historia Argentina". Buenos Aires, En Hertling, L., *Historia de la Iglesia*. Herder, Barcelona, Solar Hachette, 1979, sexta impresión, 1982.
- Carrillo, R., Cfr. Obras Completas Op. cit (37). Veronelli Op. cit (11):67 y ss. R. Argentina. Secretaría de Salud Pública. Plan analítico de Salud pública. Buenos Aires, 1947. Alzugaray R. F. Ramón Carrillo o la Salud Pública. En: Todo es historia, nº 117 (1977):7-27.
- Carrillo, R., *Obras completas*. Buenos Aires, EUDEBA, segunda edición, 1974, tomo II.
— *Teoría del hospital*. Ministerio de Salud Pública de la Nación, Buenos Aires, 1951, p. 108.
- Cfr. Barquin Calderon op. (7): 73-105. Cfr. Pardal, R. Medicina Aborigen Americana, Bs. As., 1956. Sierra, Vicente. Historia de la Argentina. Unión de Editores Latinos, Bs. As., 1956. Tomo 1600-1700: 621. Seggiaro, L. A. Medicina Indígena en América. EUDEBA, Bs. As., 1969. Sendrail, M. Historia Cultural de las Enfermedades. Espasa-Calpe, Madrid, 1983. Respecto a la persistencia de las concepciones indígenas cfr. Trabajos de Vivante, A. y Palma, N. H. vg. Palma, N. O. Estudio Antropológico de la Medicina Popular de la Puna Argentina. Cabargon, Bs.As., 1973.
- Cfr. Isuani E. A. Los orígenes conflictivos de la seguridad social argentina (1900-1912). Centro Editor de América Latina, Bs. As., 1985. Cfr. Meza Lago O. El desarrollo de la Seguridad Social en América Latina, Santiago de Chile, Naciones Unidas, 1985. Cfr Germani G. Estructura social Argentina. Ed. Raigal Bs. As., 1955:52.
- Cfr. Veronelli Op. cit (11):62-66. Cfr. Alzugaray Op. cit: (39):18.
- Cit por Barragán H. L. La asistencia hospitalaria general en La Plata. Quirón, 12 (1 y 2), 1981.
- Cit. Por Tumburus, J. Síntesis Histórica de la Medicina Argentina. El Ateneo, Bs.As., 1926. Cfr. Facsimil en Sierra, V. op. cit. (10). T. III:620.
- Comentado por Perez Amuchastegui A. J. Mentalidades Argentinas. EUDEBA, Bs. As., 1965.
- Coni, E., *Memorias de un médico higienista*. Buenos Aires, Plaihan, 1918.
- Cortés, R., *La seguridad social en la Argentina. Las Obras Sociales*. Cuadernos Médicos Sociales, Rosario, 1985, (34):51-70.
- Cramwell, D., *Nuestros grandes cirujanos*. Buenos Aires, El Ateneo, 1939.
- De La Plaza, C., *Participación de los médicos en la seguridad social*. Medicina y Sociedad, tomo 8, volumen 5, 1985.
- Dougon J. En: Torre J.C (dir). Los años peronistas (1943-1955) 8º t. de "Nueva Historia Argentina". Sudamericana, Bs. As. 2002.
- EMECE Distribuidores. Bs. As. 1800-1830. Ed. EMECE, Bs.As., 1977; t. II Salud y Delito.
- Foucault, M., *La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina*. Educación, Medicina y Salud tomo 10, volumen 82, 1976.
- Furlong Op. cit. (6). Cfr. Tumburus. Op. cit. (13).
- García Díaz, C. J., "La salud en el mundo de cambio", en Mera, Jorge A., *Los servicios de salud en Argentina. Fundación Universitaria Hernandarias*, Buenos Aires, 1994, tomo II, Cfr. Malamud, M., Domingo Cabred. Revista Salud Pública, MSP, p. 122 y ss.
- Grau, C., *La sanidad en las ciudades y pueblos de la provincia de Buenos Aires*. La Plata, Impresiones Oficiales, 1954.
- Guerrino, A. A., La generación medica del ochenta. Quirón 12 (1 y 2), 1981.

- Holmberg, E., *¿Existen políticas de salud?* Medicina y Sociedad, tomo 4, volumen 6, 1981.
- Hospital Privado de la Comunidad (Mar del Plata). Una experiencia en administración y financiación de la salud. Mimeografiado, M. del Plata, 1981.
- Isuani E. A. Los orígenes conflictivos de la seguridad social argentina (1900-1912). Centro Editor de América Latina, Bs. As., 1985; Meza Lago O. El desarrollo de la Seguridad Social en América Latina, Santiago de Chile, Naciones Unidas, 1985; Germani G. Estructura social Argentina. Ed. Raigal Bs. As., 1955:52.
- Lain Entralgo, P., "Historia de la Medicina". Barcelona, Salvac, 1974. Cfr. Barragán, H., *Evolución histórica del hospital*. Revista SAS, primera sección, 1982, p. 1-20.
- Lardiez Gonzalez, J., en Quirón 12, p. 1-2.
- Loza Colomer, J. L., *Homenaje al maestro Guillermo Rawson*. La Plata, 1973, mimeografiado.
- Luque, P.L., "Los médicos en las epidemias". Revista Semilogía Médica, segundo Congreso Nacional de Historia de la Medicina Argentina, 1971. Cfr. Groussac, P., "La fiebre amarilla de 1871", en Busaniche, J.L., *Estampas del pasado*. Buenos Aires, Hispamérica, 1986, tomo I, p. 122-124.
- Molinari, J. L., "Historia de la Medicina Argentina". Cfr. Salvia, C. y Laplume, S. O., Apuntes para la historia sanitaria del Virreinato del Río de La Plata. Imprenta López, Bs. As, 1937, Sem Méd 138 (16), 1971, p. 549 y ss.
- "Historia de la Medicina desde la Presidencia de Mitre hasta 1930. Academia Nacional de la Historia. Historia Argentina Contemporánea". El Ateneo, Buenos Aires, 1966, segundo tomo, Cfr. Babini, J., *La evolución del Pensamiento Científico en la Argentina*. Buenos Aires, La Fragua, 1954, p. 65.
- Nación Argentina. Política Sanitaria y Social. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Buenos Aires, 1965.
- Provincia de Santa Fe. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Jornada de Entes para la Atención Médica de la Comunidad (ley 6312/67), Santa Fe, 1968. Cfr. Neri A. Salud y política Social. Buenos Aires, Hachette, 1982, p. 108. Cfr. García Díaz C. Op. cit (49):84-93.
- R. Argentina. Diario de sesiones de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación. 17º reunión (6-7/8/1974).
- Rawson, G., *Escritos científicos*. W. M. Jackson, Buenos Aires, s/f.
- Salvia, C., "Apuntes para la historia de los hospitales de la América Colonial Española". Sem Méd 137 (30), 1970, p. 1045 y ss. Cfr. Furlong G., *Los hospitales en Argentina con anterioridad a 1950*. Sem Med 2º Congreso Nacional de la Historia de la Medicina Argentina, 1971, p. 270-278.
- Santas, A., *Políticas de salud. Experiencia argentina*. Medicina y Sociedad, 4(1-2), 1981.
- Scenna, M. A., *Cuando murió Buenos Aires*. Buenos Aires, La Bastilla, 1974.
- Tucídides. Historia de la Guerra del Peloponeso. Porrúa, México, 1975.
- Veronelli, J. C. y Veronelli Correch, M., *Los orígenes institucionales de la salud pública en la Argentina*. OPS repres. Argentina, Buenos Aires, 2004. Se intercala esta cita de una obra reciente y exhaustiva por los hechos documentados que agrega y su reflexión crítica.
- Medicina, Gobierno y Sociedad. Buenos Aires, El Coloquio, 1975. Cfr. Molinari op. (5): 82; Furlong op. (6).
- Ministerios y sistemas de servicios de salud en América Latina. Bol. Of. Sanit. Panam. 100 (1), 1986.

LOS PROYECTOS DE SEGUROS Y SERVICIOS

*Horacio Luis Barragán
Jorge Luis Rossotti*

1.- Los prolegómenos y las alternativas

1.1.- Las Obras Sociales comenzaron a mediados de la década de 1940

Hasta comienzos de la década de 1940, excepto las mutuales, no se habían desarrollado en Argentina seguros de salud que permitieran, mediante el pago de una prima, transferir a un fondo financiero el riesgo de la contingencia-enfermedad. La población de altos ingresos asumía esa contingencia en forma directa ante los prestadores privados de Atención Médica. En tanto los grupos de menores recursos asistían al hospital estatal, que aunque transformado en servicio público, mantenía características de entidad caritativa.

Mutuales sin fines de lucro intentaron dar respuesta a una demanda insatisfecha. Así surgieron seguros de salud vinculados a las asociaciones gremiales de trabajadores.

En paralelo al desarrollo económico, la urbanización y la sindicalización, crecieron los seguros de salud voluntarios de índole gremial. En tanto, el cese de la corriente inmigratoria y el costo creciente de la Atención Médica propiciaron que las mutuales de connacionales ampliaran su mercado incluyendo sectores poblacionales externos a sus comunidades.

En 1946, durante el primer gobierno del General Perón, y con el Dr. Ramón Carrillo al frente de la Secretaría de Estado de Salud Pública¹, se había alentado una mayor participación del subsector estatal en la provisión de los servicios de Atención Médica.

Se produjo así el aumento de la capacidad en los hospitales estatales. Esta expansión estatal en la oferta de servicios se detendría al inicio de la década de 1970, reduciendo su preeminencia frente a los restantes subsectores.

A fines de la década de 1940 la medicina asistencial tendió a ser más integral con la aparición de acciones de promoción y protección de la salud y su organización se profesionalizó. El aumento del costo de la Atención Médica, sumado a una creciente cantidad de población asegurada, derivó en una reducción en la utilización de los servicios privados por pago directo. Esta merma en los ingresos directos fue compensada por el aumento en la demanda de servicios financiados por las Obras Sociales en formación, que se inclinaron por contratar las prestaciones privadas y no las estatales, como lo esperaba Carrillo.

1.2.- Una compleja trama política

En septiembre de 1955 la llamada “Revolución Libertadora” derrocó al General Perón. Asumió la presidencia, el General Eduardo **Lonardi**, de extracción nacionalista, que proclamó “ni vencedores ni vencidos”. De esta manera pensó en lograr un entendimiento con los sindicatos y la CGT. Pero esa misma política llevó al General Pedro E. **Aramburu**, de extracción liberal, a reemplazar a Lonardi en noviembre del mismo año.

¹ La Secretaría alcanzaría categoría de Ministerio en 1949.

El Gobierno Provisional convocó a los partidos políticos a una Junta Consultiva donde prevalecía la idea de que el justicialismo era un fenómeno artificial y por consiguiente se hacía posible una “desperonización” general (Di Tella, 1998:293). Así, se proscribió el peronismo y fueron intervenidas la CGT y los sindicatos, convocando a los sindicalistas “libres”, que se habían opuesto a Perón, para que controlaran algunos de ellos.

En economía se implementó el **Plan Prebisch**² para controlar la inflación y las demandas salariales, así como estimular las inversiones. El problema salarial impulsó la protesta sindical. Perón en el exilio llamó a la resistencia y en 1956 se formó un comando Sindical Peronista que, evolucionó a las “62 Organizaciones”. Los gremios no peronistas y menos opositores conformaron las “32 Organizaciones”.

En 1955, el gobierno de Aramburu (1955-1958), como se dijo, adoptó medidas tendientes a la descentralización de los servicios del subsector estatal, transfiriéndose hospitales nacionales a jurisdicciones provinciales y municipales. De esta forma se trataba de disminuir el papel centralizador que había llegado a tener el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social³.

Proscrito el Peronismo, el Radicalismo (UCR) fue el partido principal pero las diferencias internas lo llevaron a su división en UCR del Pueblo y UCR Intransigente (UCRI) lideradas respectivamente por Ricardo Balbín y Arturo Frondizi. Este último, al tiempo que conformaba un grupo intelectual de planificación política y se oponía al Gobierno Provisional, buscaba un acuerdo con Perón en el exilio. Así fue como, en las elecciones de 1958, Frondizi ganó la presidencia con apoyo del voto peronista, en virtud de un pacto con su líder⁴. Ese pacto lo obligaba a legitimar al movimiento proscrito y promover una legislación favorable al sindicalismo.

Frondizi llamó a elecciones en los gremios intervenidos e impulsó la unidad de CGT, aunque ella se mantuvo dividida en las 62 y las 32 organizaciones. El gobierno logró la aprobación de una ley de Asociaciones Profesionales favorable al sindicato único, al tiempo que otorgó un importante aumento salarial.

El gobierno de Frondizi, promovió la industria y autorizó la creación de algunos sindicatos de empresa (vg. de FIAT, en Córdoba). De esos sindicatos, que nucleaban operarios nuevos y mejor pagos, nació un movimiento obrero independiente. Dócil, al principio, a las empresas, se hizo, a poco, militante “clasista” y fuerte opositor del gobierno y de las “burocracias” sindicales centrales (James, 2003).

1.3.- El ordenamiento de las OOSS se hizo en un complejo marco político y sindical

Durante la presidencia de Frondizi (1958-1962) cobró relevancia la nueva teoría de Atención Médica orientada por el sanitarismo norteamericano. Se capacitaron recursos humanos y se suscribieron convenios con la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Durante el gobierno del Dr. Arturo Illia (1963-1966) y el ministerio de Arturo Oñativia, se intentó dar respuesta a la atomización de OOSS al hacer una Encuesta Preliminar sobre ellas en 1965. El estudio concluyó que el Estado Nacional era el financiador más importante de las Obras Sociales, y que la heterogeneidad dominaba el sistema. En efecto, las entidades financiadoras tenían una multiplicidad de regímenes y las prestaciones variaban de alcance. Asimismo, detectó insuficiencia de información sobre el funcionamiento del sistema y de la población cubierta.

En junio de 1966 las Fuerzas Armadas depusieron al Dr. Illia y designaron presidente de facto al General Juan Carlos Onganía (1966-1970).

Con el antecedente de los conflictos sindicales que habían jaqueado al gobierno del Dr. Illia, se hizo un acercamiento a los sindicalistas⁵.

Así, se mantuvo la ley de Asociaciones Profesionales, contra la opinión del sector liberal que propugnaba el gremialismo libre al estilo europeo, pero se estableció un régimen de arbitraje

2 Raúl Prebisch era un economista tucumano que trabajaba en la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) con gran prestigio internacional.

3 Las transferencias serían revertidas en 1958 y vueltas a promover en 1961 (Veronelli, 1975:75).

4 Intervinieron Rogelio Frigerio por la UCRI y John William Cooke por Perón.

5 José Alonso (sastre) y Augusto Vandor (metalúrgico), que tenían a cierta autonomía respecto de Perón, se presentaron en la asunción de Onganía dispuestos al diálogo con el gobierno de facto. No les interesaba formar el gobierno sino mantener el control y las prerrogativas de los sindicatos (Di Tella, 1998:312).

obligatorio que dificultaba las huelgas. En estas condiciones los sindicalistas lanzaron un Plan de Acción que fue reprimido con dureza por el gobierno.

El ministro de economía Krieger Vasena (marzo 1967) lanzó un plan antiinflacionario, suspendió las convenciones colectivas, hizo un módico aumento de salarios y un inmediato congelamiento por dos años junto con tarifas y combustibles (Romero, 1998:235). Esta era parte de la política de racionalización económica y modernización del Estado (James, 2003:154).

En marzo de 1968 el gráfico Raimundo Ongaro, de orientación socialcristiana ganó la Secretaría General de la CGT frente al candidato de tendencia dialoguista con el gobierno. Entonces se dividió la conducción sindical en una "CGT de los Argentinos" liderada por Ongaro y opositora al gobierno, y una CGT "de la calle Azopardo" que reunía a los sindicatos en diálogo con el gobierno.

La encuesta del gobierno Illia sirvió de antecedente para el gobierno de Onganía. Se constituyó la "Comisión Coordinadora de los Servicios Sociales Sindicales", y se encomendó una investigación sobre los mismos a la Comisión Nacional de Obras y Servicios Sociales⁶.

El informe final arribó a conclusiones similares: los logros obtenidos por las OOSS eran desalentadores, las variaciones de eficiencia entre ellas eran extremas, y la administración no se ajustaba a técnicas de organización.

El gobierno Onganía dio relevancia a las políticas sociales creando un Ministerio de Bienestar Social, que incluyó la Secretaría de Salud Pública a cargo del Dr. Ezequiel Holmberg. Éste, apoyado por un prestigioso grupo de sanitaristas, intentó poner en marcha un programa de reorganización de las instituciones del sector.

La Secretaría de Estado se propuso racionalizar a un sistema heterogéneo, que otorgaba beneficios dispares y era ineficiente en el uso de los recursos. Decidió una estrategia fundada en la intervención reguladora del Estado.

La Secretaría promovió un ordenamiento financiero y administrativo uniforme, agrupando a las diferentes instituciones en una entidad única organizada en cada provincia y Capital Federal, garantizando a sus beneficiarios prestaciones prioritarias de Atención Médica. Buscando el saneamiento financiero de las Obras Sociales, reguló el costo de los servicios contratados al subsector privado, con la fijación de nomencladores, aranceles, pautas de contratación y normas administrativas a nivel nacional.

La iniciativa contó en principio con la adhesión de las Obras Sociales, favorecidas con la sanción de leyes que establecían la homogeneización y el congelamiento de aranceles.

Por su parte las organizaciones gremiales de profesionales de salud, se opusieron.

1.4.- El Decreto-Ley 18.610: un sistema de OOSS

Hacia 1970 algunas OOSS desarrollaban una estrategia directa de prestaciones con sanatorios de internación, policlínicos ambulatorios, médicos a domicilio y farmacias propias. Ferroviarios, bancarios, metalúrgicos y obreros de la carne eran algunos ejemplos de esta forma de organización. Otros gremios desarrollaban la estrategia indirecta a través de convenios con federaciones médicas, con sanatorios privados y farmacias.

El gobierno de Onganía se fijó como objetivo financiar las prestaciones de salud, mediante seguros solidarios, lo que contribuía a un acercamiento a los gremialistas "negociadores".

La década de 1960 finalizó con un subsector de obras sociales en pleno crecimiento financiero; con un subsector estatal que luego de su expansión fue perdiendo participación en la oferta total; y con el subsector privado que enfrentaba un cambio cualitativo en la demanda, la demanda directa era menor y mayores los contratos con Obras Sociales, lo que generó cambios en las modalidades de trabajo.

El Decreto-Ley 18.610 fue preparado en los Ministerios de Bienestar Social (Carlos A. Consigli) y de Trabajo (Rubens San Sebastián) y en la Secretaría de Seguridad Social (Santiago de Estrada). Reconoció las Obras Sociales existentes, dispuso su clasificación, determinó aportes y contribuciones mínimas y priorizó el otorgamiento de prestaciones médico asistenciales. Asimismo admitió el carácter privado de parte de ellas, en especial las sindicales, que agrupaban más del 50% de los beneficiarios, y no legisló respecto de su conducción.

6 Decretos 2318/67 y 17230/68.

La misma norma creó el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y, en su ámbito, el Registro Nacional de Obras Sociales y el Fondo de Redistribución (FR).

Su aplicación ordenó el campo de las obras sociales al margen de la autoridad sanitaria y del hospital estatal, pero consolidó la fragmentación del sistema argentino de OOSS.

1.5.- Las OOSS fueron encuadradas en una clasificación

El Decreto-Ley 18.610 tendía, a sistematizar y coordinar el funcionamiento de las obras sociales, otorgando prioridad al seguro de salud. Determinó la constitución obligatoria de obras sociales para todos los trabajadores en relación de dependencia.

Las Obras Sociales comprendían las de la Administración Central del Estado, Organismos del Estado y Empresas Descentralizadas; de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, de Administración Mixta y de las Asociaciones Profesionales de Trabajadores con Personería Gremial, cualquiera fuera su naturaleza, organización jurídica o denominación; así como a las Obras Sociales de Personal de Dirección. Excluía, aunque podían adherirse, las Obras Sociales provinciales, las municipales y las de las Fuerzas Armadas.

Las Obras Sociales Estatales, se habían originado dentro de organismos oficiales; las Privadas fueron definidas como asociaciones civiles sin fines de lucro, comprendiendo a las Sindicales, las de Convenio y las de Personal de Dirección. Las de Convenio fueron creadas a raíz de la existencia de servicios de Atención Médica organizados por las propias empresas para sus trabajadores. Las de Administración Mixta, eran dirigidas por cuerpos colegiados con participación del Estado, del sector laboral y, según cada caso, del empresario.

De esta forma se agrupaban tanto las Obras Sociales de origen estatal como las de origen privado.

1.6.- Los beneficios de las OOSS

Los aportantes tenían derecho al goce de los beneficios emergentes, el personal en relación de dependencia de la actividad respectiva y su grupo familiar primario. Integaban dicho grupo familiar, el cónyuge, los hijos menores de 18 años y las hijas menores de 21 años⁷.

El titular del beneficio debía ser un trabajador en relación de dependencia cualquiera fuera su categoría⁸.

En las Obras Sociales de Personal de Dirección se incluían los integrantes de directorios, gerentes, subgerentes, contadores generales y jefes superiores.

Conforme a su reglamentación, se establecieron dos categorías de beneficiarios: titulares y familiares. Los beneficiarios mantenían tal carácter aún en caso de cese del contrato de trabajo por un plazo de cobertura de 90 días⁹.

1.7.- Contribuciones y aportes

Los recursos financieros que establecía la ley para las Obras Sociales provenían del 2% de contribución patronal por la remuneración de cada trabajador a su cargo y el aporte del 1% de la remuneración de cada trabajador más otro 1% cuando hubiere familiares a cargo del mismo. Se fijaba un 2% de los haberes previsionales de jubilados y pensionados que se incorporaran al sistema.

Los empleadores se constituían en agentes de retención de los aportes correspondientes a los trabajadores debiendo depositarlos juntamente con sus contribuciones.

7 Se consideraban incluidos los ascendientes en primer grado cuando se encontraban a cargo del titular. Los límites de edad no regían en el caso de que los hijos estuvieran incapacitados y a cargo del aportante.

8 Se preveía además la inclusión de los trabajadores a domicilio y talleristas (Decreto-Ley 12.713) y los distribuidores y vendedores de diarios y revistas siempre que estuvieran representados por una entidad gremial.

9 Los beneficiarios familiares de un titular fallecido podían optar por continuar en la Obra Social efectuando los aportes realizados por el causante.

Las asociaciones profesionales de trabajadores destinatarias de los recursos podían crear o adecuar su respectiva Obra Social. Esas Obras Sociales serían conducidas por las respectivas asociaciones, con la única condición de poseer individualidad administrativa, contable y financiera en forma independiente de la actividad sindical.

Las Obras Sociales debían destinar sus recursos en forma prioritaria al otorgamiento de prestaciones médico asistenciales mínimas, pudiendo además ofrecer servicios de carácter social, cultural y recreativo.

1.8.- Las funciones del INOS

La autoridad de aplicación del régimen era el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), organismo descentralizado del Ministerio de Bienestar Social. Su misión era la de promover, coordinar e integrar las actividades de las Obras Sociales, así como controlarlas en sus aspectos técnicos, administrativos, financieros y contables.

El Instituto sería conducido por un directorio integrado por un presidente y diez vocales (5 representando al Estado, 3 a los trabajadores, y 2 a los empresarios) designados por el Poder Ejecutivo. Las decisiones que adoptara el Instituto serían obligatorias para las entidades comprendidas en su jurisdicción.

El INOS administraba el Fondo de Redistribución (FR) que funcionaría como cuenta especial en su jurisdicción. Se integraba con los siguientes recursos:

- 1) A cargo del empleador: una contribución del 3% de la remuneración que percibieran sus trabajadores en el sueldo anual complementario (SAC) o aguinaldo.
- 2) A cargo del trabajador: un aporte del 3% de su remuneración correspondiente al sueldo anual complementario (SAC).
- 3) Los recursos provenientes de afectar hasta un 35% de los aumentos salariales del primer mes –dispuestos por convenio– de las contribuciones y aportes para las Obras Sociales.
- 4) Los reintegros de los préstamos a las obras sociales.
- 5) Otros (vg. subsidios, subvenciones, multas).

Estos recursos debían destinarse a incrementar o mejorar la capacidad instalada propia de las OOS o asistirlos económicamente.

1.9.- El Decreto-Ley 18.610: fruto de una negociación política

La sanción del Decreto-Ley 18.610 fue, en parte, una concesión a los sindicatos por un gobierno debilitado¹⁰ luego de la revuelta de trabajadores y estudiantes conocida como “el Cordobazo”, a comienzos de 1969.

La ley otorgaba a los sindicatos un fuerte poder económico, ya que serían ellos mismos quienes administraran los recursos de sus obras sociales. Si bien es cierto que el INOS importaba una instancia de control, estaría por verse si tendría el poder para ejercerlo.

Las organizaciones sindicales pasaron a ser el interlocutor principal del gobierno en materia de salud y quedaron postergados los subsectores estatal y privado de prestadores. Se fortaleció el desarrollo de las Obras Sociales Sindicales, ya que al ampliar la población de contribución obligatoria, se incrementaron sus fondos. Ello alentó, en un primer momento, a que se ampliaran las instalaciones propias para brindar prestaciones de manera directa. El paso del tiempo descartó este mecanismo como solución integral, optándose por la contratación del subsector privado que, por ello, se expandió.

10 En 1967 la reforma previsional había eliminado a los representantes sindicales de la administración de las cajas previsionales, por lo que el gobierno de Onganía otorgó, como compensación, una porción de poder a los sindicatos. Holmberg afirmó que el proyecto originario se trabajó durante los años anteriores al de su sanción, pero fue modificado desde una perspectiva provincializadora a una corporativista (Veronelli, 2004:639).

El subsector privado se reorganizaba en el marco de su expansión y comenzó a desempeñar un rol preponderante en los programas médico-asistenciales a través de convenios entre las OOSS y las organizaciones profesionales y sanatoriales. Su flexibilidad para ajustarse a los cambios y expectativas impulsó su mayor participación en la oferta de servicios.

El subsector estatal, que contaba con más recursos pero menos flexibilidad funcional, no se adaptó a los nuevos enfoques de la Atención Médica. Esto lo privó de modificar las estructuras y funciones de sus efectores, según las nuevas características de la demanda.

1.10.- Las leyes aumentaron la población de las OOSS

En junio de 1970, en el marco de grandes confrontaciones civiles, Onganía fue depuesto y reemplazado por el Gral. Roberto M. Levingston. En marzo de 1971 fue reemplazado por el General Agustín Lanusse que restableció la actividad partidaria e inició la retirada de las FFAA del gobierno (Romero, 1998:257).

Desde 1971, con relación a aspiraciones electorales del gobierno de facto y del ministro Manrique, se transfirió el INOS desde Bienestar Social al Ministerio de Trabajo, apartándolo aún más de la Salud Pública y se crearon OOSS destinadas a cubrir sectores poblacionales extensos, los contratados para obras públicas o concesiones para ellas, jubilados y pensionados nacionales, trabajadores rurales, docentes y empleados de comercio [Cuadro 1.10].

R. Argentina. OOSS incorporadas al régimen del dec.-ley 18.610 con posterioridad a 1970.

OOSS	Decreto-Ley	Beneficiarios
Personal contratado	18.825	Personal contratado para obras públicas nacionales o concesiones
INSSJP	19.032	Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Conocido como PAMI.
ISSARA	19.316	Instituto Nacional de Servicios Sociales para Trabajadores Rurales y Afines. R. Argentina
OSPLAD	19.655	Obra Social para la Actividad Docente
OSECAC	19.772	Obra Social para Empleados de Comercio y Actividades Civiles

Cuadro 1.10

En 1971 se sancionó el Decreto-Ley 18.980 que alentaba la creación de Obras Sociales para el personal jerarquizado no incluido en convenios colectivos de trabajo. En ese mismo año, el decreto-Ley 19.032 creó el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), que extendía la cobertura asistencial obligatoria a jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión, incluyendo autónomos, y a sus grupos familiares primarios. Este Instituto elaboró un Programa de Asistencia Médica Integral conocido por su sigla PAMI.

La tendencia continuó con la sucesiva creación de otras OOSS para trabajadores sin cobertura: conductores de taxis (Decreto-Ley 20.283/73) y trabajadores de temporada (Decreto-Ley 21.092/73).

En 1970 las OOSS cubrían alrededor del 30% de la población del país y en 1976 alcanzaban al 80 % (Veronelli, 2004:640).

En 1974-1975 el sistema estaba constituido por 392 OOSS del INOS con una población beneficiaria de 14.400.000 personas.

Por estos años, comenzaron a desarrollarse sistemas de salud privados, cuyo objetivo era captar a la población de ingresos medios y altos, descontentos con los servicios obligatorios, o sin esa cobertura. Se produjo así un incremento del flujo de capitales hacia el sector de AM.

1.11.- Las formas de retribución a la AM se diversificaron

La tradición reconocía el pago por prestación como modalidad única de retribución a los prestadores. En vez el Decreto-Ley 19.710 (marzo de 1972) con el fin de lograr “el mejor nivel (de prestaciones) al menor costo y máximo aprovechamiento de recursos”, estableció diferentes formas de pago a los prestadores [Cuadro 1.11].

R. Argentina. OOSS. Formas de pago de prestaciones. Decreto-ley 19.710 (1972)

FORMAS	CARACTERÍSTICA PRINCIPAL
Remuneración fija	Sueldo con o sin bonificaciones
Cápita	Número de inscriptos en prestadores de 1° nivel por un valor por inscripto en \$
Cartera fija	Número de inscriptos en prestadores de 2° nivel por un valor por inscripto en \$
Prestación	Un valor por cada acto profesional, cada insumo médico y día de internación
Mixtas	Combinación de las anteriores

Cuadro 1.11

Así como el Decreto-Ley 18.610 había creado un registro de OOSS, el Decreto-Ley 19.710 creó uno de prestadores. Habiendo sido dictada al tiempo de la creación de los hospitales estatales de autogestión (Decreto-Ley 19.337) estos podían requerir a las OOSS el pago por prestaciones a los beneficiarios que atendían. Esta apertura generó un conflicto con las instituciones profesionales y sanatoriales.

El Decreto-Ley 19.710 creó también una Comisión Paritaria Nacional conformada por representantes de la CGT y de las confederaciones de prestadores bajo la presidencia de un funcionario público y sometidas sus conclusiones al laudo del Ministerio de Trabajo.

1.12.- El Seguro Nacional Integrado de Salud

Durante la tercera presidencia de Perón (1973-1974) la reforma del sector salud se instrumentó a través del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), proyecto a cargo del Secretario de Salud Pública Doctor Domingo Liotta.

En junio de 1973 Liotta hizo público el proyecto de reforma sanitaria. Analizaba la situación del sector, se refería al órgano de conducción, y a la financiación del futuro sistema.

Liotta señaló el desorden en la organización y distribución hospitalaria, el descreimiento entre los integrantes del equipo de salud, los magros resultados obtenidos en la protección de los grupos sociales vulnerables, la falta de acceso igualitario a una medicina dispar en cantidad y calidad, entre otros aspectos de la realidad sanitaria del país.

Proponía la conducción normativa, financiera y administrativa del Sistema Nacional Integrado de Salud como responsabilidad directa del Estado. Se constituía un Consejo Nacional de Salud con participación de los distintos actores del sector.

La financiación se sustentaría en los principios de solidaridad social y justicia distributiva. Liotta proponía aumentar los presupuestos estatales para salud con fondos de rentas generales y reordenar los recursos de otros sectores para conformar un Fondo Financiero Sanitario Nacional.

Finalmente, organizaba una Carrera Médica Nacional y otra para el equipo profesional y técnico: ingreso por concurso, estabilidad, posibilidad de ascenso y retribución justa.

La reacción ante este programa no se hizo esperar, y Liotta debió enfrentarse con los escollos de los intereses sectoriales. Si bien el Secretario no lo explicitó, se deducía que la infraestructura de las Obras Sociales sindicales sería incorporada al sistema proyectado. Así, los representantes sindicales gestionaron ante los legisladores la excepción de sus OOSS en ese sistema. Sostenían que éstas cumplían sus objetivos, y que el nuevo proyecto no los garantizaban. Argüían que el subsector estatal tenía un desarrollo precario que le impediría integrarse con el privado y con las Obras Sociales.

1.13.- El debate parlamentario del SNIS fue determinado por grupos de presión

La propuesta que llegó a debatirse en el Congreso fue fruto de negociaciones entre los grupos de presión, tomando forma las Leyes 20.748, del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y 20.749, de Carrera Sanitaria (1974). La representación oficialista admitió que por la puja de los sectores de interés, el proyecto llegaba a Diputados con grandes modificaciones (Diarios de sesiones de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación: 1413). La representación radical aún adhiriendo a los principios se opuso al proyecto¹¹.

La ley 20.748 declaraba la salud como derecho de todos y enunciaba que “al Estado le competía actuar como financiador y garante económico en la dirección de un sistema que será único e igualitario”. El principio de solidaridad mutua era reemplazado por el de solidaridad nacional. La ley era de aplicación sólo en Capital Federal, Tierra del Fuego y dependencias. Se invitaba a las jurisdicciones provinciales, universidades y subsector privado a incorporarse por medio de convenios.

El Consejo Federal, órgano de conducción del sistema, debía impartir las directivas de acuerdo a la política nacional, crear áreas programáticas, evaluar su funcionamiento y a coordinar los recursos disponibles.

La ley, aunque distó en aspectos sustanciales del proyecto original, provocó el rechazo de las Obras Sociales, del subsector privado y otros actores del sistema, siendo solamente adoptada por las provincias de San Luis, La Rioja, Chaco y Formosa. El SNIS (Diarios de sesiones de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación: 1424), se fue debilitando hasta que en 1977 desapareció del presupuesto nacional.

En marzo de 1976 se produjo un nuevo golpe de estado, manteniéndose el gobierno de facto hasta 1983.

1.14.- El Decreto-Ley 22.269 reemplazó al decreto-ley 18.610

En 1977, el Decreto-Ley 21.640 suspendió la obligación de utilizar el Fondo de Redistribución del INOS en forma exclusiva para el sostenimiento de las obras sociales. Aumentó los ingresos del FR con el 10% de la recaudación mensual de las OOSS y el 50% de los recursos especiales de cualquier naturaleza y determinó que su orientación estaría dada según las prioridades del Ministerio de Acción Social para efectores o programas de Atención Médica.

En octubre de 1978, por el Decreto-Ley 21.883, se transfirieron establecimientos nacionales a la Municipalidad de Buenos Aires y a distintos estados provinciales. Esta medida, aunque fundada en la descentralización hospitalaria, provocó desajustes presupuestarios que afectaron el funcionamiento integral de los gobiernos locales, al no preverse una transferencia de recursos financieros.

El área de Salud se mantuvo como Secretaría de Estado en el ámbito del Ministerio de Bienestar Social y fue designado interventor del INOS el Capitán de Navío Roberto Ulloa cuya gestión, en el marco de la circunstancia política, es rescatable (Mera, 1994:252).

Ulloa (Ulloa, 1977:23) consideraba a las OOSS como “gestoras” de los fondos solidarios y organizadoras de la demanda hacia el componente prestador, lo que exigía su independencia financiera.

Proponía modificar la legislación para definir la naturaleza jurídica de las OOSS con personería y gobierno propios así como el carácter exclusivo y público de sus fondos.

A fines de 1976 expresaba la dificultad del INOS, que no obstante su potestad legal, no podía agrupar OOSS, ya en población o recursos, en razón de “connotaciones gremiales” (Ulloa, 1977:31)¹².

11 Dijo el diputado Nosiglia: “Porque una estructura administrativa, por frondosa que sea, no satisface la necesidad de una política sanitaria, y menos aún si esa estructura se obtiene creando un sistema integrado que no es integrado, que busca una medicina única e igualitaria y entroniza la desigualdad” (Diarios de sesiones de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación: 1422). Otro parlamentario calculaba que la estructura proyectada alcanzaba a 720 directivos.

El diputado Falabella hablando del hospital Rawson de Buenos Aires dijo: “Ya no solamente le piden al enfermo que lleve el remedio, no sólo le dicen que lleve la sábana y si quiere ser operado debe comprar el bisturí (risas) sino que además le piden que lleve un papel, porque los médicos que atienden en el Rawson hoy, 6 de agosto de 1974, no tienen papel para extender una receta” (Diarios de sesiones de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación: 1432). Con lo que exhibía las dificultades del subsector estatal.

12 El estudio de 280 OOSS gremiales indicaba que había 111 de menos de 5.000 beneficiarios, 93 de entre 5.001 y 50.000, 18 de entre 50.001 y 100.000 y sólo 18 de más de 100.000 beneficiarios (Ulloa, 1977:31).

La resolución del INOS 238/76 se adelantaba a definir el carácter público de esos fondos, basándose en su carácter de contribuciones especiales obligatorias. Las consideraba consecuentemente “tributos” y de carácter público¹³.

Así, en 1980 se promulgó una ley de OOSS (Decreto-Ley 22.269) gestada en el ámbito del Ministerio de Economía¹⁴ (J. A. Martínez de Hoz) que reemplazó al Dec.-Ley 18.610. Tenía la impronta del cuestionamiento al gremialismo. Sin embargo el proyecto se modificó por negociaciones con ese sector.

Su vigencia no impactó en el subsector de AM ya que ni siquiera sus innovaciones sobrevivientes a la negociación alcanzaron a aplicarse: ni la regionalización de las OOSS a través de los EOS (Entes de Obra Social) ni la opción por seguros privados reservando un 10% del aporte en la OOSS de origen.

El mecanismo de concertación entre partes (artículo 38) tampoco se implementó aunque fue retomado en el siguiente gobierno constitucional. Se implementó en su lugar, el aumento de los aportes del trabajador del 2% al 3% y se crearon las sindicaturas en las OOSS.

Según el censo de octubre de 1980, la población del Gran Buenos Aires alcanzaba 9.710.223 personas (2,9 millones en Capital y 6,9 millones en los 19 partidos aledaños). Se calculaba que para ese entonces el 85% de esa población tenía obra social gremial, por lo que la cobertura alcanzaba algo más de 8,2 millones de beneficiarios. Una encuesta del INDEC del primer semestre de 1981 estimó que la proporción de personas con obra social gremial había descendido al 60% por el desempleo y que según la proyección caería en el segundo semestre casi al 50%, reduciéndose la población beneficiaria a 4,8 millones de personas (*El Día*, 12 de marzo de 1982).

1.15.- El gobierno de Alfonsín proyectó el Seguro Nacional de Salud

El gobierno del Dr. Raúl A. Alfonsín (10 de diciembre de 1983 al 08 de julio de 1989) centró su política de AM en las OOSS, no en el subsector estatal y recreó el Ministerio de Salud y Acción Social, ubicando al INOS en su jurisdicción. La Nación carecía de efectores estatales propios ya que los hospitales habían sido transferidos a provincias y municipios y sufrían franco deterioro¹⁵. La conflictiva presentación del SNIS (durante el ministerio de Liotta y el gobierno de J.D. Perón), por otra parte, era relativamente reciente.

El ministerio de Aldo Neri y el INOS, conducido por José Alberto Mera¹⁶, reconocieron al conjunto de las OOSS, aunque heterogéneo e incoordinado, como una forma de seguro de salud que en cuanto “paradigma sanitario había reemplazado al anterior: el hospital” (Mera, 1994:255). En vez el modelo de Liotta, el proyecto de SNIS, se centraba como en su momento el de Carrillo, en el hospital estatal.

Con aquel criterio se proyectaron las nuevas leyes de OOSS tendiendo a extender su cobertura a la población sin recursos con cargo económico compartido entre la Nación y las provincias y a separar financiera y organizativamente los gremios de las OOSS gremiales.

13 La definición del carácter público de los recursos de las OOSS y el relevamiento de efectores propios que mandaba aquella resolución del INOS involucró un cuestionamiento a la acción gremial. Ulloa llegó a sostener que las OOSS no estatales eran delegaciones del Estado, lo que no significaba la pérdida de la titularidad estatal de los recursos y bienes (Ulloa, 1977:30). No debe llamar la atención que en la serie de conferencias entre las que se inscribe la de Ulloa, publicadas por el Ministerio de Bienestar Social nacional, aún habiendo invitados argentinos de diversas posiciones políticas, de agrupaciones profesionales y cámaras empresarias, no hay ningún dirigente gremial (Ulloa, 1977:índice).

14 El plan económico de Martínez de Hoz (1977) revaluó el tipo de cambio, liberó las importaciones y desreguló el sistema financiero. Sus efectos, según Ferrer, fueron el dismantelamiento de la industria, el incremento de la importación, el aumento de la deuda externa, la reducción del ingreso per cápita y el déficit de la balanza de pagos (Ferrer, 1998). A costa de esa deuda, en las condiciones indicadas, se incorporó equipamiento pesado en el subsector privado.

15 En 1985 Neri tramitó un préstamo del BID para construir once hospitales en el interior según un Programa de Rehabilitación de la infraestructura en Salud. El Ministerio de Economía dudó en la posibilidad de cubrir la contraparte. La gestión Storani hizo un ajuste en los valores de los proyectos y se recibieron u\$s 125 millones. Las obras demoraron.

16 Mera y otros miembros del equipo del radical Neri provenían de la Democracia Cristiana. El funcionamiento de la Comisión motivó a Mera a decir que “no se requiere una ley especial para delinear y proseguir una política” y que la comisión “llegó a una serie de acuerdos por primera vez en su historia; el principal de todos ellos fue el hecho mismo de llegar a un acuerdo” (Mera, 1994:251).

Se reconstituyó y funcionó entonces la Comisión Paritaria Nacional¹⁷. Su misión era concertar normas, tarifas de las prestaciones de AM y convenios entre confederaciones de prestadores y la CGT.

La CGT ya era un fuerte grupo de poder en AM. En los encuentros de la comisión se consolidó el segundo grupo de poder: las confederaciones de prestadores reconocidas como contraparte paritaria. Inscriptos en el registro de prestadores del Decreto-Ley 19.710 quedaron legitimados y se abrió un diálogo con coincidencias y desacuerdos, pero positivo.

El equipo de Neri, como él mismo, tenía formación y experiencia sanitaria. Trazó su política de AM con eje en las OOSS en tanto eran instrumentos reales de asistencia y aceptadas en la cultura de beneficiarios y prestadores.

El Ministerio elaboró con participación de sectores sindicales, empresarios y prestadores el documento "Bases para una Legislación sobre Seguro Nacional de Salud" (29 de noviembre de 1984). Fue considerado por el Consejo Federal de Salud (COFESA) del que surgió el documento "Coincidencias sobre la Política de Salud" (14 de diciembre de 1984) según los lineamientos de aquellas bases (Mera, 1994:257).

El proyecto fue presentado al Congreso Nacional en setiembre de 1985 y modificado como variable de ajuste en un "paquete" de normas gremiales. Los principios enunciados eran difícilmente discutibles pero su aplicación había sido neutralizada por la presión sindical. El Diputado radical Cáceres dijo en el Congreso: "...este proyecto de ley forma parte de un conjunto de iniciativas, de un acuerdo entre el Poder Ejecutivo y la CGT"¹⁸, en el marco de otros problemas, "se reordenó el tema de la deuda externa y se tranquilizaron las aguas con Chile y con Brasil...". Cáceres concluyó con dudosos conceptos republicanos: "Por ello, la modificación de cada punto y cada coma prácticamente estaría vedada a los legisladores, porque existe un cierto olor a pacto de la Moncloa..." (Diarios de sesiones de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación: 2374). En abril de 1986 renunció el Ministro Neri siendo reemplazado por Conrado H. Storani.

Pero la oposición se animó a discutir en el recinto. Los intransigentes reprochaban la duplicación en dos leyes y la falta de referencia al hospital estatal¹⁹. De los 30 millones de habitantes sólo 23 tenían cobertura de OOSS. Reclamaban el 1,5% del PBI para cubrir, a través del subsector estatal, a los 7 millones restantes. Anunciaban así, con penoso acierto, "una nueva frustración en política de salud".

Los liberales describían un sistema de salud deteriorado que no tendría solución con las leyes propuestas. Reprochaban al proyecto modificado aumentar el poder a los sindicatos con un mecanismo estatista y centralizado. Era, decían, "un sistema burocratizado, sin participación de los médicos ni en el directorio del ANSSAL" (Administración Nacional del Seguro de Salud, que reemplazaba al INOS), que no consideraba al hospital público e ignoraba el subsector privado "que, como todos nosotros sabemos, está quebrado" (Diarios de sesiones de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación: 2750 y ss).

La democracia cristiana coincidía en el deterioro del sistema de AM y señalaba con alarma el crecimiento de los prepagos con objetivos de lucro.

Los diputados de origen obrero apoyaban la aprobación de uno de los componentes de la ley de OOSS "que les devolvía lo propio".

El proyecto se discutió y, expurgado de lo que afectara la cautividad poblacional de las OOSS, se promulgó en diciembre de 1988 como leyes 23.660, del Sistema Nacional de OOSS, y 23.661, del Sistema Nacional de Seguro de Salud²⁰.

El proyecto se denominó Servicio Nacional de Salud (SNS) y programó ampliar la cobertura al 100% de la población incluyendo autónomos y carecientes, mediante la optimización de los recursos (Mera, 1994:256).

17 Se disponía de los antecedentes normativos de similar comisión de 1975 que hubieran sido útiles para un ordenamiento (Mera, 1994:252).

18 La CGT había presentado como alternativa el "Proyecto Azul y Blanco" y un grupo Sanitario Justicialista había elaborado otro "Salud: proyecto matriz" dirigido por Hugo Arce que en 1988, adaptado, tuvo consenso en la provincia de Mendoza (Arce, 1993).

19 Para ubicarse en la época señalaban que un médico cobraba la visita 4 australes a 90 días de plazo y con descuento del 20%, y que una enfermera ganaba 140 australes por mes.

20 Era ministro de Salud el Dr. Barrios Arrechea. Pero fue el ministro de trabajo, Carlos Alderete, el negociador con la CGT y pudo más que el de Salud. Mera destaca que siendo el ministro un hombre del interior -Barrios Arrechea había sido gobernador de Misiones- tampoco impulsó la federalización de las OOSS que sobrevivió en el texto legal (Mera, 1994:258).

Con la expectativa, entre otras de la reelección del presidente Alfonsín había sido negociado debilitando sus fundamentos y prescripciones. El resultado no fue exitoso: las leyes no fueron reglamentadas hasta el gobierno de Menem, y la ANSSAL siguió intervenida como lo había estado el INOS.

En lo prestacional la tasa de inflación, la falta de ajustes arancelarios y las demoras de pagos por parte de las OOSS produjeron el cese de ventas de medicamentos en ambulatorio para sus beneficiarios por parte de la mayoría de las farmacias (*La Nación*, 27 de abril de 1989) y sucesivos cortes de servicios por otros prestadores²¹.

En febrero de 1989 el Ministro de Salud Barrios Arrechea anunció la normalización de las OOSS intervenidas durante 13 años.

En noviembre de 1989 (*La Nación*, 16 de noviembre de 1989) las obras sociales nacionales y provinciales difundieron una solicitada, “Sin salud no hay Revolución Productiva”, con pautas de concertación de prestaciones en el marco de la Ley 23.661: plazos de obligaciones, valores según el Nomenclador Nacional, contratación a diferentes subsectores, ilegalidad de los cortes de servicios y transparencia en las administraciones.

1.16.- El Sistema Nacional de Seguro de Salud (SNS): un nuevo intento de coordinación

El SNS planteó el principio de solidaridad nacional pero no alcanzó a definir instrumentos eficaces para modificar el vigente de solidaridad grupal. Las OOSS eran más de 300 y agrupaban, en su mayoría, trabajadores de similar actividad con la consecuente heterogeneidad de características. Esta heterogeneidad y la disimilitud de poblaciones aportantes determinaban una crítica insuficiencia operativa y financiera en muchas de ellas.

Los aportantes-beneficiarios no tenían real representatividad en el gobierno de las OOSS toda vez que los miembros de los directorios eran propuestos y designados por los sindicatos y el Estado según el caso. No se previó la elección directa por parte de los aportantes-beneficiarios.

Las fuentes de financiamiento continuaban siendo las mismas aunque se aumentaba la ya incrementada contribución patronal del 4,5% del salario al 6% y se mantenía en 3% el aporte del trabajador. Mantenía también el régimen de terceros contribuyentes pero aumentaba la proporción de este origen con destino al Fondo de Redistribución. En el primer aspecto la propuesta siguió el proceso de aumentos porcentuales desde el Decreto-Ley 18.610 (2% empleador y 1% trabajador). Este mecanismo contribuye a la redistribución de la renta nacional, pero también puede inducir la retracción de empleos²².

Si bien planteaba la financiación, por parte del Estado, de la cobertura de indigentes o programas especiales, ella quedaba librada a la variación presupuestaria.

Los mecanismos de control estatal eran multiplicados por la propuesta. Entre ambas normas aparecen tres instituciones: el DINOS (Dirección Nacional de Obras Sociales), la ANSSAL (Administración Nacional del Seguro de Salud) y las Sindicaturas de cada OOSS.

La ANSSAL reemplazó al INOS y estuvo intervenida hasta 1989. Se normalizó estando a cargo de Carlos Semilla²³, bajo el último Ministro de Salud del gobierno Alfonsín, Barrios Arrechea.

Sin perjuicio de estos organismos, el mismo Estado designaba los directorios de las OOSS estatales y mixtas, aunque una proporción de ellos era a propuesta de las asociaciones de trabajadores.

La propuesta suprimía la priorización de los establecimientos estatales como efectores de las OOSS, como lo establecía el primer proyecto –fallido– del mismo gobierno.

No obstante hacer referencia a la plena utilización de la capacidad instalada existente, no sentó el principio de libre elección o de elección alternativa de prestadores por parte de los beneficiarios.

21 Las clínicas de Santa Fe cortaban servicios a OSDE, (1987). La Federación Médica de Provincia de Buenos Aires (FEMEBA) entraba en serias fricciones con IOMA. La Junta Central de Clínicas que sería a poco la Confederación de Clínicas y Sanatorios de Argentina (CONFELISA) anunciaba el “colapso del Sistema de Salud existente” (*La Nación*, 31 de enero de 1987).

22 Aunque el proyecto no ponía vallas explícitas, no tuvo aplicación el artículo 4º del Decreto-Ley 22.269 según el cual se podía optar por un seguro privado sin dejar de participar solidariamente en el social a través de la contribución patronal y una proporción del aporte personal.

23 Semilla distribuyó subsidios a ocho obras sociales (*La Nación*, 17 de Febrero de 1989).

Por otra parte admitía la ampliación de capacidad instalada propia de las OOSS. Esta posibilidad debió ser acotada para no restringir a los beneficiarios el acceso a otros efectores (vg. al privado cuando la OOSS no tenga un efector propio en un área dada) y para desalentar la multiplicación de inversiones en capital fijo.

La participación de las provincias era voluntaria y operaba por una regionalización en las funciones de la ANSSAL.

2.- La crisis y sus proyecciones

Jorge Luis Rossotti

2.1. La crisis hiperinflacionaria influyó en el comportamiento de los subsectores

A partir de 1989 el país arribó a una aguda crisis inflacionaria que se extendió hasta el año siguiente, con un cambio anticipado de autoridades nacionales en el marco de graves episodios de rebelión social. Entre los rasgos distintivos del comportamiento de los actores del sector salud merecen destacarse:

- En el primer trimestre la paridad del dólar se multiplicó por 25 y los precios minoristas alcanzaron una tasa del 208% mensual; idéntica evolución siguieron los insumos hospitalarios (vg. medicamentos, material descartable) anulándose el crédito en las transacciones comerciales, de forma tal que las compras de los efectores debieron pagarse al contado.
- Los hospitales estatales no tuvieron suministros como consecuencia de sus regímenes de contrataciones, basados en licitaciones y pagos diferidos. Por ello, sus compras se realizaron por intermedio de las cooperadoras, que se rigen con normas privadas; en tanto algunas jurisdicciones apelaron a excepciones con compras directas y pagos al contado, o bien a través de las desnaturalizadas cajas chicas.
- Los proveedores de bienes y servicios preferían pagar las multas por incumplimiento antes que mantener el precio y condiciones de sus ofertas.
- Los efectores privados mantuvieron su funcionamiento con aumento de aranceles; pero los dependientes de las obras sociales quedaron neutralizados en su capacidad operativa por la imposibilidad de soportar la dilación de los pagos. De esta forma, cuando pudieron descargaron parte de su costo financiero requiriendo pagos adicionales a los beneficiarios, o en su defecto rechazaron la demanda.
- Las obras sociales perdieron capacidad financiera por el deterioro del valor del salario, la evasión de aportes y contribuciones y el permanente reajuste de aranceles.

La demanda de Atención Médica de los beneficiarios se difirió; mientras que los requerimientos impostergables fueron derivados a los hospitales estatales que vieron incrementada su demanda habitual de trabajo.

Ante la renuncia de Alfonsín, se anticipó el traspaso del mando al nuevo Presidente, Dr. Carlos Menem.

2.2.- En la década de 1990 el mercado rigió la vida social y se redefinió la intervención estatal

La asunción del Dr. Menem perfilaba una política favorable al movimiento obrero ya que asumía las reivindicaciones sindicales, tenía el apoyo de la CGT y prometía mejorar las condiciones de vida de los sectores asalariados. Sin embargo, una vez en el gobierno, el Presidente se alió con sectores liberales transformando su programa en un proceso de conversión económica neoliberal; cambio que derivó en la ruptura del diálogo con los sindicatos. Este giro del Gobierno en su alianza

política tuvo diversas consecuencias. En el plano partidario, se conformó un grupo disidente que se conocerá como “el grupo de los ocho” y que luego daría lugar a la formación del Frente Grande.

Por otra parte, en el ámbito sindical, se produjo una nueva división de la Central Obrera: la “CGT San Martín”, oficialista, y la “CGT Azopardo”, opositora. La fragmentación del movimiento obrero brindó un marco propicio para la implementación de las reformas estructurales.

El Poder Ejecutivo logró un elevado grado de autonomía por la crisis generada por el proceso inflacionario de 1989-1990, que le dotó de un margen de maniobra suficiente para actuar sin una legislación emanada del Congreso Nacional. Los aspectos reseñados son importantes para comprender el liderazgo construido por el Presidente desde el Estado Nacional en la década de 1990.

2.3.- El sindicalismo modificó su forma de actuar como grupo de poder

En marzo de 1991, luego de una serie de infructuosos programas de estabilización, el Gobierno lanzó el Plan de Convertibilidad y un conjunto de reformas entre las que se destacan la privatización de las empresas estatales, la desregulación de los mercados internos, la liberalización del sistema financiero y la reestructuración del Estado.

El Plan tuvo efectos positivos en cuanto a la evolución de los precios y, luego de un cierto crecimiento económico, el nivel de actividad volvió a experimentar variaciones positivas hasta mediados de la década, momento a partir del cual comenzó a deteriorarse una vez más.

Los resultados en materia laboral y social no siguieron idéntico recorrido. Las políticas económicas implementadas tuvieron efectos negativos sobre el mercado de trabajo; verificándose un aumento sostenido del desempleo y una fuerte precarización del empleo, acompañado por un aumento en los niveles de pobreza e indigencia de amplios sectores de la población. El sector Salud sufrió también los efectos de las políticas de liberalización implementadas por el Gobierno ya que la financiación de las OOSS está ligada al mercado de trabajo. El aumento en la tasa de desempleo o del empleo en negro implicó una reducción en la recaudación por parte de las OOSS.

2.4.- El gobierno Menem se orientó a la desregulación

El primer gobierno del Dr. Menem (8 de julio de 1989 al 8 de julio de 1995)²⁴ no se ocupó de la federalización de las OOSS pero reglamentó las Leyes 23.660 y 23.661 (Decretos 358/90 y 359/90). Se preparaba la desregulación, concepto que se universalizó bajo el Ministerio Cavallo (Decreto 576/93).

No obstante bajo el gobierno Menem la ANSSAL pasó a manos de dirigentes sindicales²⁵.

Desde la ANSSAL Andreoni reclamó (1991) salvar a las OOSS acosadas por deudas emergentes del alto costo de la AM y por haber estado intervenidas las OOSS durante 15 años fuera de las manos de los sindicalistas, desde sus intervenciones en 1976.

En agosto de 1991 comenzó la revisión de la situación de las OOSS, en primer término las sindicales. El Ministro de Salud y Acción Social, Avelino Porto (16/01/91 al 14/11/91) convocó a las universidades para auditar las deudas y patrimonios de las OOSS²⁶.

24 Menem designó Ministro de Salud al Dr. Julio Corzo e Interventor de la ANSSAL al sindicalista Luis Barrionuevo, expresión de la alianza con la CGT San Martín. En septiembre, por el fallecimiento de Corzo, llegó al Ministerio el Dr. Antonio Erman González quien bajo la consigna “Sin salud no hay revolución productiva” intentó concertar con las entidades prestadoras. En febrero de 1990 fue remplazado por el Doctor Eduardo Bauzá que anunció los Decretos 358/90 y 359/90 reglamentarios de las Leyes 23.660 y 23.661, especialmente en lo referente al Fondo Solidario de Redistribución. En noviembre Bauzá fue reemplazado por el Lic. Alberto Cohan y se realizó el 1er Congreso Nacional de Salud en la Seguridad Social. En Marzo de 1991, con el cambio de gabinete que llevó al Dr. Cavallo a Economía, fue Ministro de Salud y Acción Social, el Dr. Avelino Porto.

25 Sucesivamente: Luis Barrionuevo (Gastronómicos), Guerino Andreoni (Mercantiles), Moisés Ikonikov (no sindicalista) y José Luis Lingeri (Obras Sanitarias).

26 Los dirigentes sindicales se opusieron y se los acusó de querer mantener en el “misterio” sus cuentas *La Nación*, 6 de agosto de 1991). La ANSSAL proponía que la auditoría fuera hecha por el Tribunal de Cuentas de la Nación y la Dirección de OOSS, negándose a pagar a las universidades.

Con la reelección del Presidente Menem en 1995 (08/07/95 al 10/12/99) y Domingo Cavallo como Ministro de Economía (8 de julio de 1995 al 26 de julio de 1996) se impulsó de nuevo la desregulación de las OOSS.

El Ministerio Cavallo propuso la reducción de las contribuciones patronales. Reclamaba la fusión de las OOSS de menos de 10.000 beneficiarios, la regulación de las prepagas por la Superintendencia de Seguros de la Nación y la limitación de las coberturas dobles o triples. Propuso asimismo que PAMI pagara una cápita a las OOSS por las que optaran sus beneficiarios y la afiliación de los autónomos a las OOSS tal como lo preveía la Ley 23.661. Consideraba dificultoso el intercambio de servicios entre obras sociales sindicales a costa de la entidad de origen e insistía en las fusiones (*Clarín*, 29 de mayo de 1995).

Los sindicalistas, apoyados en el Presidente de la ANSSAL –José Luis Lingeri– promovieron las prestaciones médicas obligatorias –con limitaciones–, y el intercambio de servicios en vez de la fusión entre obras sociales (*Clarín*, 29 de mayo de 1995).

Los empresarios protestaban por la contribución patronal del 6 % a las OOSS y proponían la posibilidad de transferir voluntarios a la prepaga²⁷.

3.- El conflicto de la desregulación

Horacio Luis Barragán

3.1.- Las prepagas comenzaron a tener dificultades

Al tiempo de esta controversia las prepagas argentinas habían quedado sin crecimiento de afiliaciones²⁸.

En febrero de 1995 se dictó una ley haciendo obligatoria la cobertura total farmacológica de pacientes de HIV-SIDA y drogadependientes²⁹. Quedaban fuera de esas obligaciones, las obras sociales provinciales y las prepagas (*Clarín*, 10 de febrero de 1995). El diputado Ortiz Maldonado, autor del proyecto, quiso involucrar a las prepagas afirmando que no gastaban más del 17% de su recaudación en prestaciones médicas³⁰.

3.2.- El Ministerio de Economía se confrontó con las OOSS sindicales

El proyecto del Ministerio de Economía (*Ámbito Financiero*, 25 de septiembre de 1995; *Clarín*, 12 de junio de 1995):

- a) bajaba el “costo patronal” reduciendo contribuciones sociales. La reducción se hacía en mayores proporciones en función del grado de desarrollo de las provincias y sus regiones [Cuadro 3.2.a] (*Clarín*, 13 de diciembre de 1995)

27 Sostenían que **los trabajadores con sueldos de \$ 1.100 o más podían contratar prepagas** y que podrían reunir de 2,5 a 5 millones de beneficiarios. Esa transferencia de beneficiarios sería positiva en tanto los empresarios sostenían que **el 70% de las OOSS no cumplían con las prestaciones**. Para los trabajadores con salarios entre \$ 500 y \$ 1.100 sostenían que debía hacerse cargo el Estado y no los sindicatos (*Ámbito Financiero*, 30 de mayo de 1995).

28 Se incorporó entonces al mercado el grupo brasileño AMIL, unas de las diez primeras empresas de salud del mundo, aspirando captar población de 30 años de edad promedio y de altos ingresos. Preveía una cobertura amplia para pacientes de HIV-SIDA y aún de Homeopatía. AMIL es propietaria de la red de farmacias FARMALIFE que en Brasil descuenta el 50% en ambulatorios (*Clarín*, 24 de mayo de 1995).

En el otro extremo, se estimaba entonces que había entre 180.000 y 350.000 jubilados y pensionados sin cobertura médica, a los que había que agregar peones rurales, personal del servicio doméstico y subocupados (*Clarín*, 5 de abril de 1995).

29 La ANSSAL anunció que reservaría \$ 38 millones anuales para cubrir 200.000 pacientes de HIV-SIDA y 120.000 drogadependientes.

30 En febrero de 1995 la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires aumentó la alícuota del Impuesto a los Ingresos Brutos que comprendía a las empresas de medicina prepaga. Víctor Alderete, presidente de CIMARA y de Diagnos, sostuvo que esas empresas no podrían absorber el costo y que deberían subir las primas entre 2 y 6,5%. En Capital Federal ascendían a 2,5 millones de personas (*Clarín*, 3 de febrero, 1995).

Argentina. Montos por reducción de contribuciones patronales. Proyecto dic. 1993

Contribuciones	Monto estimado (mill. \$)
Previsionales	1755
Asignaciones familiares	845
Fondo de desocupación	169
OOSS (sindicales)	663
PAMI	221
Total	3653
(El Cronista, 21 de septiembre de 1995).	

Cuadro 3.2.a

- b) abría la opción de elección de OOSS a partir del 1º de noviembre de 1995;
- c) incluía en el derecho a optar a los beneficiarios del PAMI a una obra social, fuera o no la de su origen;
- d) transfería a los beneficiarios no contributivos (pensiones graciables y por discapacidad) del PAMI a un programa de la Secretaría de Desarrollo Social financiado con fondos de ANSSAL;
- e) encomendaba al Ministerio de Salud y Acción Social la elaboración de un Programa Mínimo Obligatorio (PMO) para todas las OOSS;
- f) mandaba fusionar a las OOSS que no pudieran cumplir con el PMO;
- g) prohibía la doble y triple afiliación a OOSS;
- h) daba garantía para que todo aportante dispusiera de \$ 30/mes/grupo familiar, que de no lograrse por la OOSS propia se completaría con el FR de la ANSSAL;
- i) incorporaba a las prepagas como posibilidad de opción para beneficiarios de OOSS;
- j) transfería la administración de los fondos de la ANSSAL (FR) a la DGI previendo una distribución precisa:
 - \$ 120 millones para prestaciones de alta complejidad y costo;
 - resto para que la Secretaría de Desarrollo Social cubriera a beneficiarios de pensiones graciables transferidos desde PAMI;
 - a esta Secretaría se le restaban los recursos para reforzar a las OOSS que no alcanzaran a disponer los \$30/mes/grupo familiar (alrededor de \$100 millones/año)³¹.
- k) prepararía un padrón fidedigno de las OOSS para lo que aportarían datos la ANSSAL, la ANSES y la DGI.

En agosto de 1995 el Decreto 292/95 estableció las prestaciones mínimas obligatorias (PMO) – cuyo listado sería incluido en la resol. MSAS 633/96– y dio plazo de 60 días para que las OOSS que no pudieran cubrirlas se fusionaran con otras. Al mismo tiempo el **Poder Ejecutivo Nacional** (PEN) reduciría los aportes patronales para las OOSS de 6% al 4%.

La propuesta de Cavallo motivó la reacción sindical por la reducción de los ingresos a sus OOSS al reducir la contribución patronal, y por la transferencia de la administración del FR de la ANSSAL, dirigida por sindicalistas, a la DGI. El sindicalismo defendió las OOSS encuadrándolas como “parte esencial de la cultura nacional”, de base solidaria no sólo para atender la salud sino para lograr calidad de vida, y las confrontó con los seguros comerciales³².

La confrontación dentro del gobierno ubicó a Cavallo frente a la mediación de Bauzá, finalmente resuelta por el presidente Menem.

Así, la CGT no admitió esos extremos y sobre la base de los acuerdos preelectorales a mayo próximo, apelaron al presidente Menem y lograron (*Hoy*, 21 de septiembre de 1995):

31 Se estimaba que eran pocas pero para el Ministerio de Trabajo involucraba a 1,5 millón de beneficiarios (35% de los activos) (*Clarín*, 19 de septiembre de 1995).

32 Una solicitada de FATSA con esos contenidos se detuvo en señalar que la reducción de contribuciones patronales esgrimida como instrumento para aumentar la ocupación no lo había logrado. Criticó al Estado de no ocuparse de la evasión y retener el PAMI, intervenirlo, manejarlo y “saquearlo” (*Clarín*, 13 de diciembre de 1995:38).

- que la reducción de contribuciones fuera de 6% a 5% (en lugar del 4%), con lo que el monto perdido para las OOSS fue de \$330 millones en vez de \$663 millones/año. Asimismo que la reducción fuera uniforme en todas las provincias y regiones del país;
- que la opción de elección de OOSS se postergara para enero de 1996. Esa fecha se postergaría nuevamente para a enero de 1997;
- que la opción de beneficiarios de PAMI se limitara a sus sindicatos de origen, en caso de tenerlos;
- que los beneficiarios no contributivos de PAMI por discapacidad no fueran transferidos a la Secretaría de Desarrollo Social, aunque si los otros no contributivos;
- que se excluyeran de las PMO prestaciones de alto costo como los trasplantes, enfermedades mentales, infecciosas y SIDA;
- por su parte, se comprometía a asumir beneficiarios de PAMI transferidos y a fusionar OOSS pequeñas tendiendo a pasar de 300 a 100 entidades. El equilibrio de las obras sociales, privadas de un 1% de las contribuciones patronales, se lograría con el Fondo de Redistribución, manejado por la DGI que proveería automáticamente el complemento económico para llegar a \$30 de cápita³³.

Tanto el Ministerio de Economía como la CGT estaban interesados en cumplir requerimientos del Banco Mundial para aportar a un Fondo de Reversión de Obras Sociales por un monto de U\$A 400 millones³⁴.

Para este entonces había numerosas OOSS en rojo, en especial las provinciales y el PAMI, con fuertes deudas a los prestadores privados que tenían que retraerse ya sea por cierres totales o reducción de camas disponibles. N. Larroca, presidente de la Confederación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina (CONFECILISA), advertía que de las 50.000 camas privadas que había en el país podían quedar el 50% (*Ambito Financiero*, 4 de octubre 1995).

Las prepagas estaban en proceso de reestructuración a través de fusiones e incorporación de empresas internacionales que pagaban por reintegro.

3.3.- El Programa de Reversión fue requerido por numerosas OOSS.

El Programa de Reversión tenía un fondo de \$ 370 millones, 150 millones del BM y \$220 millones de la ANSSAL³⁵.

33 Si los beneficiarios con doble cobertura optaban por una sola, se reduciría el número de 1.500.000 con recurso inferior a los \$ 30 a 1.000.000 de beneficiarios. Entonces, el Fondo debería redistribuir \$ 10 millones mensuales cuando recaudaba \$ 20 millones y el resto quedaría para prestaciones de alto costo (*Clarín*, 19 de septiembre de 1995).

34 Se dio tiempo a los institutos para hacer una nueva OOSS de cuya dirección se suprimiría la representación empresarial. Los institutos de OOSS eran: Ferroviario, de la Industria de la Carne, Seguros, de Personal de la Industria del Vidrio, de Actividades Rurales, de Docentes, de Empleados de Comercio y del Ministerio de Economía (*Ambito Financiero*, 25 de septiembre de 1995). No así a Bancarios, instituto del que se dispuso la liquidación suprimiendo el tercer aporte de 1% sobre comisiones e intereses en las transacciones bancarias, cuyo monto se estimaba en \$100 millones (*Ambito Financiero*, 25 de septiembre de 1995). Bancarios era, junto con Seguros, beneficiado con tercer aporte, que se suprimió en marzo de 1996 (Decreto 263/96). Se sostuvo la hipótesis de que esta liquidación tenía por objeto debilitar a la asociación bancaria en vísperas de una reforma del sector financiero que involucraría despidos masivos. Zanola, subsecretario general de la asociación era opositor a la política del gobierno. Otra hipótesis la relaciona con las aspiraciones de los prepagos de captar sectores de clase media desprotegidos. Asimismo la actitud diferencial del gobierno servía de instrumento para provocar una ruptura en la dirigencia sindical: Zanola opositor y Cavalleri, mercantil, negociador. Cavallo consideraba a Zanola, secretario general de ese gremio, responsable de problemas sufridos por el Banco de la Nación.

El gremio "denunció" la "expropiación" que según él tenía incidencia irrisoria en esas bases (*Clarín*, 25 de marzo de 2000). El ISSB tenía entonces 473.000 beneficiarios. En abril de 1996 la Asociación Bancaria firmó un acuerdo de asistencia técnica con la firma estadounidense Coopers and Lybrand –por \$ 200.000– y con la Universidad George Washington (USA). Aspiraban lograr un acuerdo con el ministro de Trabajo y el de Economía para formar una obra social mixta que involucrara a los banqueros relacionados con la consultora (*Clarín*, 26 de abril de 1996). Un interventor, Víctor Alderete, siguiendo los parámetros del Decreto 587/95, sostuvo que el ISSB se había endeudado, no por la supresión del tercer aporte, sino por la sobredimensión de su personal. El Policlínico Bancario, con 300 camas, tenía más de 2000 empleados (7 por cama) (*Ambito Financiero*, 18 de abril de 1996). Admitían que el gasto en personal era del 9% y en administración 10% más (*Clarín*, 9 de octubre de 1995).

35 Los préstamos se otorgaban a 12 años con interés de 3,75% (originalmente 7,8%) anual y tres años de gracia. En 1967 se amplió a \$350 millones que el BIRF desembolsaría en tres etapas una de \$150 millones y dos de \$100 cada una.

Estaba destinado a OOSS de la ANSSAL de más de 10.000 beneficiarios que cumplieran una calificación. El BM promovía una cobertura universal mínima. De las 95 OOSS de esa población, 86 se inscribieron y a mediados de 1996, 10 habían recibido el préstamo (*Clarín*, 27 de junio de 1997). Se programaba:

- el saneamiento financiero y la cancelación de deudas;
- el fortalecimiento organizacional, la adecuación del personal, el desarrollo informático y de auditoría.

A mediados de 1997 el PEN³⁶ acordó con el BM un cronograma de reconversión de las OOSS llamado PROS (Programa de Reconversión de Obras Sociales) y de apertura a las prepagas que establecía:

- implementar la Superintendencia de Servicios de Salud;
- regular por ley a las prepagas médicas y autorizarlas para recibir transferencias de beneficiarios de OOSS de personal de dirección³⁷;
- promover la competencia entre las OOSS de personal de dirección;
- exigir a las prepagas un capital mínimo de \$250.000, reservas equivalentes a una facturación y a que no rechazaran beneficiarios con enfermedades preexistentes, asegurar contratos de duración mínima de 12 meses y con especificación de todo lo excluido;
- implementar la Dirección de Programas Especiales en el Ministerio de Salud que reemplazaría a la ANSSAL en el manejo de parte del Fondo de Redistribución para prestaciones complejas y costosas.

Definido en sucesivas normas y demorada su operatividad, por fin la desregulación de las OOSS se aplicó a partir de diciembre de 1996 (Resolución del Ministerio de Salud 633/96)³⁸.

4.- Presiones y resistencias

4.1.- El proceso de desregulación de las OOSS fue resistido

El proceso de reforma de la Seguridad Social no es más que el reflejo de una marcada estratificación económica que además revela una lógica interna fragmentada, con presencia de sectores corporativos que intentan la imposición de sus intereses, con ausencia de resortes parlamentarios con peso político para cambiar el rumbo de lo decidido a través de la negociación.

El Decreto marco de la desregulación de la economía (Decreto 2289/91) implicó ya para las obras sociales una pérdida del control sobre la recaudación de los aportes. Esto constituye un antecedente del futuro decreto de desregulación de las obras sociales que comienza a anunciarse a principios de 1993 pero que se efectivizó en 1997.

Ello se fundamenta no sólo en razones de calidad, eficiencia y fiscalización, sino también en cuestiones de equidad y justicia social. Sin embargo, un proyecto de tal naturaleza exige una

36 El Ministerio de Economía se inspiraba ahora en la "Propuesta de reforma del sistema de Seguridad Social" (agosto de 1995) del Consejo Empresario Argentino (CEA), fuerte grupo de poder que reunía alrededor de 50 empresas líderes y trabajaba con la Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas (FIEL). Tenía el apoyo de la Fundación Konrad Adenauer. La propuesta en cuanto a las obras sociales daba libertad de afiliación, ponía una cobertura mínima estándar (PCS) y reaseguraba para prestaciones de alta complejidad. Calculaba un valor per cápita de \$ 22,5 por mes y transformaba la contribución patronal en un impuesto para un Fondo de Seguro de Salud que cubriría a los que no alcanzaban aquel valor. En el PAMI proponía un mecanismo similar a las AFJP para que los activos aportaran a sus cuentas con miras a tener un seguro de salud por valor de \$ 22,5/mes cada dos personas. Proponía reducir el costo laboral de 50% a 36,4% (*Clarín*, 6 de diciembre de 1995).

37 Las OOSS de personal de dirección eran 24 con una población de 400.000 beneficiarios (*Clarín*, 27 de junio de 1997).

38 Las condiciones de transferencia eran, entre otras: cambio una sola vez al año con beneficios a los 90 días, las receptoras no podían establecer tiempos de carencia, regímenes de preexistencia ni exámenes para condicionar el cambio y debían cubrir a beneficiarios con padecimientos crónicos facturando el costo por 9 meses a la OOSS anterior.

aplicación gradual así como su debido análisis de factibilidad, extremos estos que resultan trascendentes a la hora de implementarlo.

El proceso de desregulación de las obras sociales, que medió entre los años 1997 y 2000, arrojó algunos efectos esperados así como ciertas consecuencias imprevistas.

Entre los primeros merece destacarse la concentración del mercado, a partir de la disminución de instituciones; prueba de lo cual lo constituye el hecho de que de las 360 obras sociales existentes a inicios de la década de 1990, quedaron cerca de 200 hacia fines del milenio.

Con relación a las consecuencias imprevistas se encuentra el denominado “descreme del mercado”: ciertas obras sociales, con un elevado universo de beneficiarios y solvencia económica financiera, captaron los usuarios de mayor aporte contributivo lo que redundó en el aumento del riesgo del sistema de OOSS.

En virtud de estos hechos las OOSS sindicales se opusieron a la reforma, impidiendo el proceso de libre elección de los afiliados. Entre el mes de abril de 1997 y octubre de 2000, sólo el 3 % de la población del sistema (estimada en 19 millones) hizo uso de la opción de cambio vigente. La resistencia se incrementó e incluso se agudizó con el empobrecimiento de la economía de fines de la década de 1990, a la que se adicionó la campaña electoral presidencial.

El camino transitado se detuvo. El poder sindical demostró una vez más su fuerza y, junto a otros intereses sectoriales, reanudaron las críticas al proceso desregulatorio y al carácter no solidario del sistema denunciando los riesgos de privatización del sector salud. Así, y en miras de garantizarse el apoyo sindical en el proceso electoral, el Gobierno suspendió el proceso de libre elección de las obras sociales, difiriendo su discusión a resultados de la elección presidencial.

4.2.- El nuevo Gobierno recibió presiones para retomar las reformas pendientes

Al asumir el nuevo Presidente, Dr. Fernando De la Rúa, las presiones para avanzar en reformas estructurales condujeron a las autoridades a implementar por vía de decretos reglamentarios las modificaciones al sistema nacional de obras sociales; al igual que el Gobierno precedente.

El Decreto 455/00 aprobó el Marco Estratégico Político para la Salud que debía seguir el Ministerio de Salud. El propósito consistió en la materialización del derecho a la salud satisfaciendo las necesidades de la comunidad; las estrategias se orientaron a cambiar el modelo de atención afianzando la Atención Primaria y las políticas tenderían a garantizar la cobertura sanitaria a toda la población.

Por otra parte, se dictó el Decreto 446/00 que permitió el ingreso de empresas de medicina prepagas en la libre elección de la cobertura por parte de los beneficiarios. Al mismo tiempo, se fortaleció el Fondo Solidario de Redistribución aumentando los aportes al mismo en relación con el nivel salarial y se aseguró una cápita por beneficiario y no por afiliado³⁹.

A poco tiempo de hacerse efectiva la libre competencia y ante un importante número de recursos legales presentados por obras sociales y empresas de medicina prepagas, el PEN emitió un nuevo Decreto (1305/00) que aportó mayor precisión a los anteriores.

4.3.- El año 2000 se inicia con una crisis económica y social

El Gobierno de la Alianza ganadora de la elección presidencial, asumió la administración de un país sumido en una grave crisis económica y social.

La desvalorización de la moneda de Brasil; eventos externos desfavorables, como la apreciación del dólar; el deterioro de los términos de intercambio y una mayor dificultad de acceso a los mercados de capitales por los países en vías de desarrollo, son algunas de las causas que propiciaron la pérdida de perspectivas de recuperación de una economía con altas tasas de desempleo y un riesgoso programa de ajuste fiscal, apoyado por el Fondo Monetario Internacional (FMI) y los Organismos multilaterales de crédito (Banco Mundial).

³⁹ El Decreto 1140/00, coincidió con una visita de un equipo de técnicos del Fondo Monetario Internacional (FMI) y se limitó a aclarar cuestiones del decreto anterior, respetando la fecha de implementación predeterminada.

En otro sentido, el Gobierno no pudo mantener la coalición política entre radicales y frepasistas, al tiempo que se acentuaba el enfrentamiento del PEN y el Congreso.

La renuncia del Vicepresidente Dr. Carlos Álvarez, como consecuencia de los escándalos asociados a la compra de votos en el Senado para la aprobación de la reforma laboral, aumentó la desconfianza interna e incrementó el riesgo país en los mercados internacionales.

Para revertir esta situación, la estrategia económica del Gobierno fue el “blindaje económico” –un enorme paquete de créditos– que permitiría garantizar el cierre del déficit público y pagar las deudas internas y externas. El mes de enero de 2001 mostró algunas señales positivas, lo que se vio favorecido por la baja de las tasas de interés internacionales y por la recuperación de la economía brasileña, con perspectivas de aumento de las inversiones externas. No obstante, las condiciones políticas no permitieron que el “blindaje” cambiara las expectativas de riesgo elevado del país.

En el mismo sentido, resultaba inviable definir una estrategia institucional sin concretar las reformas pendientes, como la reducción del déficit público y el aumento de la competitividad, la reforma laboral y de la previsión social así como la reestructura y la reforma de los sectores sociales incluyendo el sector salud.

5.- Plan Federal de Salud

5.1.- El 2001 resultó infructuoso para avanzar en la desregulación de obras sociales

Un escenario de fuerte inestabilidad económica, convulsión social y disputas políticas resultó inadecuado para que durante el año 2001 se avanzara en la desregulación de las obras sociales. El blindaje económico, acordado con los acreedores externos, previó el progreso de ciertas reformas estructurales, entre ellas la “Reforma Integral del Sistema del Seguro de Salud” y así se retomó la senda interrumpida hacia fines del año 1999.

El proyecto de ley 1503/00, de diciembre de 2000, entró en vigencia el 1 de enero de 2001 con los siguientes dispositivos:

- El proyecto incorpora al Sistema del Seguro de Salud, no solamente las obras sociales nacionales, sino también las provinciales y las empresas de asistencia médica prepaga. Por otra parte, desaparece la diferencia entre las obras sociales de dirección y las sindicales, ya que las primeras deberán aceptar afiliados con menores contribuciones.
- Los afiliados podrán optar por su obra social y cambiarla una vez a por año.
- Los ciudadanos argentinos tendrán un único número de registro en el sistema de salud (estatal o privado) para facilitar el proceso de recupero de costos así como el traslado de un sistema a otro.
- Los desempleados recibirán durante tres meses posteriores al cese de su actividad, las prestaciones contempladas en el Programa Médico Obligatorio (PMO) por su entidad adherida.
- El Ministerio de Salud será la instancia de regulación y fiscalización del sistema, y supervisará la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) y el PAMI. Por otra parte, deberá garantizar el cumplimiento de las prestaciones básicas existentes en el Programa Médico Obligatorio (PMO) y las prestaciones médicas de alta complejidad, alto costo y baja frecuencia de utilización. La Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), sucesor de la ANSSAL, órgano directo de regulación del sistema, se financiará con un aporte máximo equivalente al 3% de los recursos del Fondo de Redistribución.
- Queda establecido un sistema solidario de financiamiento de seguro social, a través del cual todos pueden tener idéntica cobertura médica sin carencias ni exclusiones.
- Se mantiene el mecanismo de recuperación de costos de los Hospitales Públicos de Autogestión por asistencia a beneficiarios de OOS.
- Los productores deberán utilizar el nombre genérico de los medicamentos dispensados en las farmacias, así como los médicos deberán hacer sus prescripciones con el nombre

de estos genéricos. Las Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) deberá fiscalizar esas disposiciones. El Gobierno confeccionará un compendio de genéricos, que constituirá el vademécum social.

El proyecto representaba un avance al aumentar la escala de competitividad del sistema, posibilitando que las empresas de medicina prepagas recibieran directamente los recursos de las primas aportadas por los trabajadores que las eligieron, sobre el mismo marco regulatorio de las obras sociales. Por otra parte, cualquier entidad que participe del sistema deberá contar con un patrimonio determinado al efecto que contenga reservas líquidas según su incumbencia geográfica; además de asegurar el otorgamiento de un Plan Médico que contenga como piso, las prestaciones incluidas en el PMO. Los planes médicos adicionales ofrecidos deberán ser aprobados por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

Las críticas al proyecto de desregulación de las obras sociales surgieron de los distintos subsectores involucrados. Así, las OOSS de dirección no aceptaron la obligatoriedad de recibir clientes de menor poder adquisitivo y administrar planes menos costosos como el Programa Médico Obligatorio (PMO). Las empresas nacionales de medicina prepaga adujeron que fue diseñado para favorecer la internacionalización de los seguros de salud. Las empresas de origen extranjero no quisieron participar del modelo en tanto no se definieran sus reglas de gestión.

El subsector de empresas de medicina prepagas argumentó un trato inequitativo con las obras sociales, ya que éstas no pagan impuestos y ellas sí.

Hacia fines de marzo de 2001 y con Domingo Cavallo nuevamente al frente del Ministerio de Economía, mediante el Decreto 377/01 se dejó sin efecto la desregulación de obras sociales.

No obstante, en el transcurso de 5 años desde la apertura para pasarse de OOSS, desde 1998 hasta abril de 2003, se transfirieron 730.000 beneficiarios preferentemente a OOSS de personal de dirección [Cuadro 5.1].

Trasposos. OOSS que más ganaron. 1998-2003

Obra Social	Personas
Personal del ACA	92.164
Seguros y reaseguros	65.566
Unión personal civil	56.885
Organismos control externo	45.451
Turf	28.056
Personal jerárquico	26.326
Comisarios navales	25.825
Aeronavegación entes privados	16.206
Supervisores ind. metalmecánica	15.024
Árbitros deportivos	14.570
Petroleros	12.719
Cevecera	9.242
Otros	324.538
Total	732.572
(Clarín, 21 de abril de 2003)	

Cuadro 5.1

5.2.- Los resultados de las reestructuraciones no fueron todos los esperados

Jorge Luis Rossotti

Nos permitiremos ensayar algunas consideraciones de este intrincado y apasionante período (década de 1990) de reformas y contrarreformas; marchas y contramarchas, pujas distributivas; y esencialmente poder, lamentablemente con ausencia de solidez teórica, que a modo de común denominador de nuestra propia historia han demorado la resolución de problemáticas inherentes al interés público.

La lenta y acotada ejecución del proceso de desregulación de obras sociales se debió, entre otras causales, a la inexistencia de un plexo normativo global, a la oposición del sindicalismo, y a la falta de organización de las instituciones para enfrentar la apertura del sistema. Por tales circunstancias el Gobierno tomó la decisión de que la competencia se aplicase inicialmente sólo entre obras sociales sindicales; en tanto en una etapa posterior se contemplaría el ingreso al sistema de las empresas de medicina prepaga.

La nueva medida no obtuvo el efecto aguardado, y así lo demuestran las encuestas realizadas durante el período 1996/1998 que señalaron que la mayoría de los afiliados apoyaba la libertad de elección, no obstante lo cual el grado de predisposición al cambio fue muy bajo. En los primeros años de vigencia (1997-1999), la apertura limitada de la libre elección entre obras sociales sindicales no provocó una migración significativa, ya que sólo el 7% del total de afiliados titulares optó por otra entidad. Si se contempla el periodo 1998/2004 alrededor de 1.360.000 afiliados titulares –que representan el 19% del total de padrón– han ejercido su derecho de cambio de obra social; ello en base a información obtenida de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) en 2005. El grupo predominante de afiliados que optaron es aquel que percibe una remuneración superior al promedio del sistema y son jóvenes; aspecto que deriva en una selección adversa y un eventual desfinanciamiento del sistema.

El Programa Médico Obligatorio (PMO), consistió en un paquete básico de prestaciones asistenciales que comenzó a aplicarse en 1995 para las obras sociales y en 1996 para las empresas de medicina prepagas, no sin generar resistencia por parte de estas últimas. La conformación de la Administración de Programas Especiales (APE) con dependencia de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) se responsabilizó de administrar subsidios para las obras sociales correspondientes a los programas de alta complejidad creados en el marco del Programa Médico Obligatorio (PMO), pero la aplicación extendida del menú generó un considerable aumento en los gastos de las entidades. La profundización de la crisis en el año 2000 y el fin de la convertibilidad ajustaron aún más los beneficios de este programa. La creación del Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) disminuyó la cobertura en medicamentos y prácticas especializadas; además de modificarse el financiamiento de las obras sociales incrementando la contribución patronal del 5% al 6%.

Por otra parte, se transparentaron algunos mecanismos del Fondo Solidario de Redistribución (FSR). Se implementó un mecanismo de redistribución automática que aseguraba un mínimo pago mensual (\$40 por cada titular con sus familiares) eliminando el otorgamiento de subsidios encubiertos del FSR para determinadas obras sociales sindicales, y enfocando su uso al mejoramiento de la equidad y a restringir la selección adversa. El Fondo compensaba automáticamente la diferencia en caso que el monto de la contribución de sus afiliados no llegara al mínimo estipulado.

Luego, se parametrizó al tamaño de la familia como criterio para mejorar la equidad, pero este criterio se suspendió en 1999 por la presión sindical; no obstante el mecanismo hizo más transparente las transferencias y contribuyó a que las obras sociales tuvieran mayor previsibilidad financiera.

El Fondo de Reversión de Obra Social (FROS) financiado por intermedio del Banco Mundial, tenía como objetivo mejorar la viabilidad técnica y financiera de las obras sociales. Así, fueron 90 las entidades que se presentaron, de las cuales 55 precalificaron pero sólo 30 alcanzaron definitivamente los criterios para obtener el crédito. El total de beneficiarios de estas 30 entidades (en su mayoría de más de 50.000 afiliados) cubrían a casi 5.000.000 de usuarios y representaron a la mitad de los beneficiarios del total del sistema.

La comparación de ciertos indicadores entre obras sociales reconvertidas y no reconvertidas muestra que las entidades adheridas al Programa, lograron reducir el porcentaje de gastos administrativos y aumentar los gastos para prestaciones médicas. Las entidades reconvertidas ofrecían en el año 2000 una mayor cantidad de planes superadores del Programa Médico Obligatorio (PMO) en relación a las entidades no adheridas. Para los representantes del Banco Mundial y del Ministerio de Salud, la evaluación del Programa resultó altamente satisfactoria, dado que el préstamo fue ejecutado totalmente y se han alcanzado los objetivos planteados.

En lo referente al modelo de cuidado de la salud, se intentó aumentar la cobertura médica para cumplir con el PMO; se propició fortalecer la red de Atención Primaria de la Salud creando centros con la orientación de médicos de familia. Dichas modificaciones mejoraron los sistemas médicos de auditoría y la capacidad organizativa y administrativa de las entidades, incidiendo en un mejor

sistema de información para los beneficiarios, pero el rol del médico de familia funcionó más como un filtro para no acceder libremente a consultas y a la realización de prácticas con especialistas.

La creación de mecanismos regulatorios para mejorar la eficiencia interna de las entidades se vio entorpecida por la excesiva burocracia, la ausencia de voluntad política, la falta de una visión planificadora global y el predominio de prácticas que intentan sólo convalidar acuerdos entre los principales protagonistas.

5.3.- Bases del Plan Federal de Salud

Jorge Luis Rossotti

El gobierno del Dr. Néstor Kirchner, bajo el Ministerio de Salud y Ambiente del Dr. Ginés González García presentó al Consejo Federal de Salud (COFESA) las Bases del Plan Federal de Salud, cuyo prólogo reza que la ideología antiestado y el individualismo no solidario afectaron la economía y consecuentemente la salud de las naciones.

El documento señala que es el producto de la crisis que el país y el sector atravesaron en las últimas décadas; agregando que resulta también el corolario del esfuerzo que los responsables de la salud en las provincias y en la Nación, realizaron para evitar mayores dificultades. En tal sentido, el Ministerio de Salud de la Nación comenzó una ronda de acuerdos sectoriales y transversales en el marco del Diálogo Argentino- Sector Salud.

Al mismo tiempo, los ministros y secretarios de salud otorgaron un nuevo impulso al Consejo Federal de Salud (COFESA), permitiendo adoptar medidas por consenso pleno frente a la emergencia. Fruto de la labor fue el Acuerdo Sanitario de San Nicolás de los Arroyos, en marzo de 2003, que constituyó uno de los antecedentes del documento en análisis.

La relación Nación-provincias, materializada en el COFESA y, simultáneamente, la vinculación de provincias-municipios, constituyen el eje articulador por donde transitarán las reformas: fiel reflejo de la consagración constitucional de la autonomía provincial y municipal, que promueve el protagonismo conjunto de todos los niveles de gobierno.

La transferencia de hospitales de la Nación a las provincias había sido un proceso signado por marchas y contramarchas que modificaron las bases equitativas del subsector estatal, con predominio de objetivos financieros.

5.4.- El documento del COFESA

La ausencia de un diseño institucional que acompañara al proceso de descentralización, agudizó las disparidades preexistentes y originó una gran heterogeneidad de respuesta a nivel provincial.

El proceso de descentralización fiscal tuvo una multiplicidad de respuestas locales, tanto en la forma como en sus resultados en términos de equidad y eficiencia. La ausencia de coordinación desde el nivel central permitió esa gran heterogeneidad de conductas a nivel provincial y municipal que responde a la taxonomía de cada sistema como a la política sectorial adoptada en cada lugar.

El gobierno nacional y los gobiernos provinciales propician ahora acordar un eje articulador de reformas, tendiente a mejorar la situación de los ciudadanos sin cobertura, hacer más eficiente la prestación de salud y mejorar la equidad del sistema. Ello debe buscarse a partir del reconocimiento de sistemas diferentes y de brindar soluciones en una estructura federal que aproveche las fortalezas de cada jurisdicción, comprendiendo las dificultades de cada provincia, sus capacidades y sus preferencias. Sólo será a partir del reconocimiento explícito de las diferencias que se podrá desarrollar un debate tendiente a la adopción de las mejores soluciones para atender los problemas de cada región.

5.5.- El Consejo Federal de Salud

Las jurisdicciones nacional y provinciales –a través del Consejo Federal de Salud– tendrán la difícil misión de construir los mecanismos para trabajar en el mejoramiento de la cobertura y equidad del sistema, implementando al efecto programas de promoción, protección y servicios de cuidados y tratamientos médicos.

En particular las Bases del Plan Federal establecen un compromiso de cobertura y acceso según los siguientes aspectos:

1. Determinará un nivel básico de prestaciones (NBP) que todas las jurisdicciones deberán proveer a sus beneficiarios para garantizar la equidad en salud a modo de prestaciones obligatorias que deberán evaluarse periódicamente con fundamentos epidemiológicos;
2. Deberá garantizar su sustentabilidad actuarial;
3. Establecerá prioridades de inclusión a través de criterios de Medicina Basada en la Evidencia y costo-efectividad;
4. Contemplará las transferencias de recursos desde Nación hacia las provincias;
5. Redefinirá prioridades en la asignación de los recursos provinciales. Las prestaciones no involucradas dentro del listado de garantías explícitas en salud no tendrán prioridad en la financiación.
6. Su prestación será objeto de monitoreo y evaluación por el gobierno nacional.

Finalmente, las Bases precisan que habida cuenta del carácter federal de la organización política de Argentina y las alternativas de los procesos de descentralización y devolución del gasto social, en especial el relativo a la Salud Pública, la única manera de avanzar con las reformas es la implementación de una secuencia de acuerdos con la Nación y las provincias, esperando avances similares entre los gobiernos provinciales y municipales. Sólo de esta manera se podrá recuperar la definición de prioridades federales y la propuesta en marcha de instancias coordinadoras sin afectar la autonomía provincial establecida por nuestra Constitución Nacional.

Como conclusión se esbozarán algunas reflexiones que, a modo de disparadores, servirán para el análisis de las medidas, alcances y formas de llevar adelante las modificaciones estructurales necesarias para optimizar nuestro sistema de salud:

- Las reformas deberán centrarse a partir de elementos angulares como la innovación en base a la idoneidad técnica de los profesionales de la salud en un contexto interdisciplinario e intersectorial, que reconozca como elemento de cohesión el compromiso solidario evitando la exclusión social, asegurando la calidad de atención de la salud con eficiencia técnica y económica.
- Las nuevas propuestas deberán encuadrarse en un enfoque sistémico con respaldo político, incluyendo a los beneficiarios, las instituciones financiadoras y los servicios.
- Los modelos propiciados por las reformas recientes han dado pruebas de su imposibilidad de resolver las metas de equidad, calidad y eficiencia.
- El escenario de la crisis atravesada por nuestro país evidenció una dicotomía antagónica entre Estado y mercado.
- Las obras sociales nacionales, más allá de la asistencia técnica y financiera internacional, no progresaron en el funcionamiento del sistema en términos de resultados integrales, que consideraran no sólo lo asistencial sino también los estados financieros y la satisfacción de los usuarios.
- Durante la década pasada el debate de políticas de salud estuvo relacionado con la discusión sobre la introducción de competencia, como ingrediente de la construcción de nuevos modelos contractuales de organización de los servicios sanitarios.

Citas bibliográficas

- Di Tella, T. S., *Historia Social de la Argentina Contemporánea*. Buenos Aires, Troquel, 1998.
- James, D., *Nueva Historia Argentina. Violencia, proscripción y autoritarismo (1955-1976)*. Buenos Aires, Sudamericana, tomo 9, 2003.
- Diario de sesiones de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación. 17º reunión (6 y 7 de agosto de 1974).
- Romero, L. A., *Breve Historia Contemporánea de la Argentina*. Buenos Aires, FCE, 1998.
- Veronelli, J. C. y Veronelli Correch, M., *Los orígenes institucionales de la salud pública en la Argentina*. Organización Panamericana de la Salud, Buenos Aires, 2004.
- Veronelli, J. C., *Medicina, Gobierno y Sociedad*. Buenos Aires, El Coloquio, 1975:75
- *Ámbito Financiero*, 4 de octubre de 1995:18.
- *Ámbito Financiero*, 18 de abril de 1996:3.
- *Ámbito Financiero*, 25 de septiembre de 1995:10.
- Arce, Hugo E., *El territorio de las decisiones sanitarias*. Buenos Aires, Héctor a. Marcchi, 1993:10.
- *Clarín*, 3 de febrero de 1995:32.
- *Clarín*, 5 de abril de 1995: editorial.
- *Clarín*, 6 de diciembre de 1995:7.
- *Clarín*, 9 de octubre 1995:24.
- *Clarín*, 10 de febrero 1995:34-35.
- *Clarín*, 12 de junio de 1996:18.
- *Clarín*, 13 de diciembre de 1995
- *Clarín*, 19 de septiembre de 1995:27.
- *Clarín*, 21 de abril de 2003:13.
- *Clarín*, 24 de mayo de 1995:22.
- *Clarín*, 25 de marzo de 2000:6.
- *Clarín*, 26 de abril de 1996:11.
- *Clarín*, 27 de abril de 1997:22.
- *Clarín*, 29 de mayo de 1995:4-5.
- *El Cronista*, 21 de septiembre de 1995.
- *El Día*, (La Plata) 12 de diciembre de 1982.
- Ferrer, Aldo, *El capitalismo argentino*. Buenos Aires, FCE, 1998:83.
- Ferroti, J. M., *Hoy se financia más a los sindicatos en lugar de los hospitales*. En *Ámbito Financiero* 30 de mayo de 1995.
- *Hoy*, 21/09/95.
- *La Nación*, 06/08/91:edit.
- *La Nación*, 16 de noviembre de 1989:16.
- *La Nación*, 17 de febrero de 1989:16.
- *La Nación*, 27 abril de 1989: editorial.
- *La Nación*, 31 de enero de 1987: editorial.
- *La Nación*, 16 de marzo de 1988: editorial.
- Mera, J. A. Políticas y Sistemas de Salud en Argentina. En Mera, Jorge A. (ed.). *Los servicios de salud en Argentina*. Fundación Universitaria Hernandarias, Buenos Aires, 1994.
- Ulloa, R., *Las OOSS y el Plan de Salud*. Buenos Aires, MBS Secretaría de Salud Pública. Políticas de Salud. Ciclo de Conferencias 1976-1977, Mimeografiado.

EL PLAN FEDERAL DE SALUD

*Oscar Alfredo Ojea¹
Horacio Luis Barragán*

1.- En 2004 se definió un Plan Federal de Salud a corto y mediano plazo

En el capítulo sobre evolución histórica de la Atención Médica Argentina se propuso considerar una “guía de pensamiento para la acción” constituida por principios culturales, doctrinas asistenciales y modelos organizativos como “teoría política”. Si a esta teoría se le agrega su expresión operativa y el poder para aplicarla recién se transforma en política. En resumen, política se definió, convencionalmente, como la convergencia de teoría y poder con objetivo del bien común. En el transcurso de la evolución de la Atención Médica en Argentina se sostuvo que pocas gestiones lograron esta convergencia con una cierta continuidad.

Un permanente reclamo en la materia ha sido durante décadas que no hay, en Argentina, políticas de salud. Y este reclamo tiene mucho de cierto en tanto algunas veces se aplicó poder sin doctrina, y otras la doctrina no accedió al poder. Por otra parte, también se señaló que las políticas de salud pueden ser parciales o globales, siendo estas últimas aquellas que consideran el conjunto de los grandes componentes y subsectores de la Atención Médica, el Saneamiento del Ambiente y la Medicina de la Actividad Humana.

En las últimas décadas ha habido numerosos y bienintencionados intentos que no lograron configurarse como políticas ya sea por la carencia de uno u otro de esos elementos constituyentes, y menos a configurarse como políticas globales de salud. Hubo muchas declaraciones de principios con la clásica afirmación de que la salud es prioritaria.

Con el Plan Federal de Salud de 2005 surge una esperanza que, en la medida que tenga la continuidad esperada, nos permite decir que estamos ante una política sanitaria global.

Por de pronto, fue fruto de un consenso del nivel nacional con las jurisdicciones provinciales a través del COFESA y del acuerdo con los diversos subsectores firmado en San Nicolás de los Arroyos en 2002.

Este plan se define a corto plazo para el período 2004-2007 y a largo plazo para 2015. Describe la situación actual marcando las siguientes falencias:

- Cobertura desigual.
- Indefinición del modelo prestacional.
- Fragmentación e ineficiencia en el uso de los recursos.
- Escasos recursos asignados a prevención primaria.
- Desigualdad en el acceso.
- Mortalidad y morbilidad evitable
- Variabilidad en la calidad.
- Falta de planificación de recursos humanos.
- Falta de regulación de tecnologías
- Inequidades entre jurisdicciones interprovinciales.
- Baja capacidad de rectoría.
- Crisis del sector privado.

1 La primera parte de este capítulo fue analizada en un Seminario de 7º año bajo la dirección del Profesor Ojea, con reflexiones del grupo formado por Ariel Becares, Sebastián Bergues, Juan Carlos Biancosino, Rodrigo Campoamor, Karina Domínguez Magadan, Pedro Ferrari y María Laura Ferreri.

Expone una visión estratégica al considerar factores intrínsecos y extrínsecos del sistema argentino de salud y plantea tres ejes de trabajo:

- Búsqueda de equidad en el acceso y financiamiento de salud.
- Fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria de Salud. Programa Remediar: un incentivo directo sobre la población para conducir la demanda hacia los Centros de Atención Primaria en lugar de hacia los hospitales.
- Incorporar un esquema progresivamente regulado de seguros de salud.

Sus herramientas se agrupan en tres modelos:

- 1) **Modelo de atención:** se pretende un país organizado en regiones compuestas por grupos de provincias. En cada región se programan redes de servicios de gestión pública y privada, en vistas a cubrir necesidades de una población a cargo. Se trata de acceder a una red responsable de cobertura integral y no a servicios aislados. Los distintos componentes de las redes se organizarán por niveles de atención. La red tendrá a su cargo una población definida, cuyos integrantes serán identificados y asignados a su responsabilidad, manteniendo la libre elección del prestador dentro de la oferta disponible en cada red. Los efectores integrarán una red de servicios según su capacidad de resolución. El fortalecimiento del hospital estatal se fundará en la precisión de su misión, su perfil prestacional y sus niveles de resolutivez.
- 2) **Modelo de gestión:** se basa en el ejercicio de la rectoría y regulación por parte del Ministerio de Salud de la Nación y de los ministerios provinciales. Los acuerdos de gestión para ofrecer cobertura y servicios a poblaciones a cargo con metas explícitas de cumplimiento y sistema de monitoreo y evaluación, incluirán apoyos financieros y sistemas de incentivos y premios. Una agencia de regulación de tecnologías evaluará la incorporación y uso de tecnología sobre la base de la Medicina Basada en la Evidencia y la relación costo-efectividad de las prestaciones.
- 3) **Modelo de financiación:** se financiarán con fondos específicos los tratamientos de enfermedades catastróficas o especiales, con una asignación, de cápita ajustada según riesgo a los agentes de los seguros de salud con incentivos por sus logros de impacto.

La política de reforma aspira diseñar un nuevo modelo sanitario de construcción de redes de atención con base en la estrategia de Atención Primaria a partir de la cual se acceda a los demás niveles de atención.

El Plan Federal de Salud tiene por objetivos lograr calidad con equidad.

El punto de partida fue la toma en consideración de las misiones y funciones que la ley de ministerios encomienda al Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, lo que no es cuestión menor ya que muchas veces se han pasado por alto con la consecuente visión parcial del amplio problema de salud y de ambiente.

2.- El acceso y la equidad se afrontó fortaleciendo la APS

El fortalecimiento de la red de Centros de Atención Primaria (CAPs) cumple además de los principios de calidad y equidad, funciones sustanciales:

- Define responsabilidad sobre comunidades asentadas en territorios delimitados.
- Amplía la asistencia de la demanda espontánea con la búsqueda en terreno de las necesidades de salud no expresadas o no canalizadas a la demanda.
- Involucra en el espacio, a la misma comunidad como protagonista del cuidado de su salud a través de líderes e instituciones.
- Otorga nueva prioridad a las acciones de prevención primaria: promoción y protección de la salud.

- Descomprime la sobrecarga de los hospitales en la medida que los CAPs trabajen en red con ellos con sistemas consolidados de referencia-contrarreferencia.
- Implementa una progresiva incorporación de programas horizontalizados a partir de los CAPs.
- Provee sin cargo por el Plan Remediar, medicamentos esenciales (37 medicamentos en 50 presentaciones, que cubren entre el 70 y 80% de los problemas en APS). Se distribuyen en 5700 CAPs con más de 17 millones de beneficiarios y de 106 millones de tratamientos completos entregados desde su inicio. Promueve la demanda en los CAPs.
- Cubre por el Plan Nacer, en nueve provincias, a más de 21.000 madres y casi 300.000 niños de hasta seis años sin cobertura social; en extensión a otras provincias.
- Desarrolla el Programa de Médicos Comunitarios, postgrado modulado por convenio con 17 Universidades estatales y privadas con Facultades de Medicina o de Ciencias Médicas. Se desarrolla en tres cohortes sucesivas en todo el territorio nacional. Involucra casi 5.500 graduados con preparación asistencial de diferentes profesiones incluyendo alrededor de 500 trabajadores sociales. El programa está compuesto por diez módulos con actividades presenciales y no presenciales bajo tutoría, tanto en encuentros como en terreno.
- Desarrolla el Subprograma para Pueblos Originarios en sus regiones de residencia, con la participación de 17 equipos interdisciplinarios.
- Desarrolla el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable tendiente a reducir los embarazos no deseados, en especial, en la etapa adolescente. Involucra alrededor de 2 millones de beneficiarios.
- Crea, conjuntamente con el Ministerio de Desarrollo Social y de Trabajo de la Nación, Centros de Integradores Comunitarios (CIC) de los cuales 37 han sido inaugurados y 500 programados.
- Coordina con las Facultades de Medicina la reforma curricular orientada a la formación de Médicos Generales.
- Otros programas como el de Desparasitación Masiva (“Chau lombriz”); provisión de medicamentos e insumos para pacientes de HIV-SIDA con casi 30.000 beneficiarios; plan de reducción del tabaquismo y promoción del Registro Nacional de Empresas e instituciones libres de humo del tabaco; programa de Atención Integral para las personas con discapacidad incluyendo la consolidación del Instituto Nacional de Rehabilitación Psicosfísica del Sur en convenios con universidades; Estudio Nacional de Nutrición; Plan de respuesta integrada para la eventual pandemia de influenza y SARS.

Estas acciones están logrando progresivamente sus objetivos. El informe anual del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación indica:

- Las consultas en las CAPs del país desde 2001, año de aplicación del Programa Remediar, pasaron de aproximadamente 26 millones en ese año a 56,5 millones en 2005.
- La Tasa de Mortalidad Infantil se redujo de 16,8 por mil (2003) a 13,5 por mil (2005). La diferencia de más de tres puntos en esos niveles son –como se sabe– más difíciles de lograr que 10 puntos en niveles más altos de ese indicador.
- La lactancia materna aumentó del 7% (1998) al 33% (2004).

3.- Programa de Médicos comunitarios es una de las acciones conjuntas de educación en servicio

El Programa de Médicos Comunitarios, en el que están comprometidas 17 universidades –entre ellas la Nacional de La Plata (UNLP-FCM)– tiene una gran dimensión cuantitativa y cualitativa,

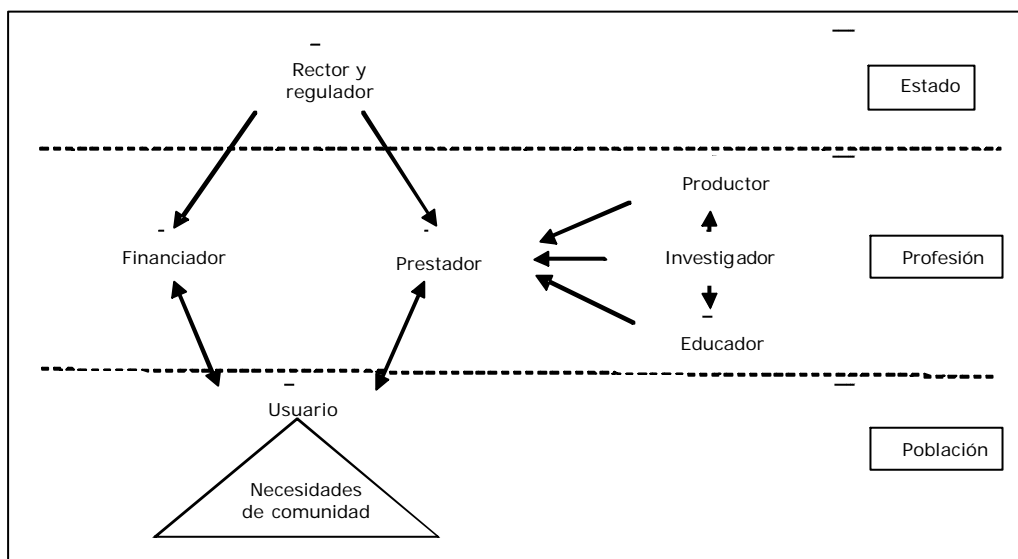
por el número de profesionales becados y de CAPs incorporados, la amplitud de la convocatoria, los contenidos, orientación pedagógica de los módulos y la actividad que se desarrolla.

En ese marco, si bien hay diferencias de efecto por la variación de ámbitos y personas, en su conjunto está logrando impacto en el fortalecimiento de los CAPs, tal como es su objetivo.

La acción conjunta de los miembros de las instituciones comprometidas, ministerio nacional y provinciales, secretarías municipales, centros y becarios y docentes universitarios, genera un intercambio invaluable de reflexión y experiencia para todos ellos. La definición de población y área territorial, el impulso al trabajo del personal de los CAPs, favorece a la vez que una mejor atención de la demanda espontánea y aplicación de los programas horizontalizados, la captación en terreno de necesidades no percibidas o no demandantes en el seno de la comunidad. Esta última acción es, a su vez, un disparador de participación, con detección de líderes e instituciones locales capaces de protagonizar cambios en su ámbito de vida. Los encuentros nacionales, con tutores y coordinadores y los encuentros regulares de directores y coordinadores con responsables nacionales y municipales han sido ámbito de intercambio de experiencias así como oportunidades de evaluación del programa.

4.- Desarrollo de acciones y programas para una política sanitaria global

Componentes de un sistema de Salud (AM)



Cuadro 5.a

El **componente regulador** se canaliza a nivel nacional por la estructura orgánica del Ministerio de Salud y Ambiente y, respecto de las Obras Sociales, de la Superintendencia de Servicios de Salud. El primero, a través de sus secretarías, agrupa una serie de organismos de rectoría y regulación. Algunos de ellos son:

- Comisión Nacional de Alimentos (COPAL).
- Asesoría Permanente de Recursos Humanos en Salud.
- Dirección Nacional de Regulación y Fiscalización.
- Dirección de Calidad de Servicios de Salud.
- Dirección de Registro, Fiscalización y Sanidad de Frontera.
- Plan Nacional de Sangre, Hemocomponentes y Hemoderivados.

- Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT).
- Programa de Vigilancia Epidemiológica (Vigi + a 2005).

El **componente prestador** se fortalece en los distintos niveles, ya se ha hecho mención a los CAPs y la promoción de redes, con la integración de programas horizontalizados. En el nivel secundario se han hecho obras hospitalarias estatales, ya sea con el apoyo financiero nacional o desde las mismas provincias. Las dificultades de funcionamiento se deben a otras razones que se resumirán más adelante. Por otra parte impulsa la reorganización de sus efectores propios, Hospitales “Alejandro Posadas”, “Baldomero Sommer” y “Manuel Montes de Oca”, Instituto de Rehabilitación Psicosfísica del Sur y Centro de Reeducación Social (CENARESO)). Las Emergencias Sanitarias masivas reciben prestaciones directas y coordinadas del ministerio nacional. También en el nivel de alta complejidad se canalizan acciones, por ejemplo, la consolidación del Instituto Nacional Centro Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), el apoyo de la Comisión Federal de Transplante (COFETRA), los Centros de Donantes Voluntarios de Células Progenitoras Hematopoyéticas y la promulgación, aunque polémica, de la Ley del Donante Presunto así como la ampliación de la Administración de Programas Especiales (APE).

El **componente investigador** ha sido atendido desde el gobierno nacional por la mejora en la financiación del CONYCET que ha permitido, después de décadas, una ampliación en la incorporación de investigadores jóvenes y en las retribuciones en general. Por otra el Ministerio de Salud ha impulsado sustancialmente la investigación epidemiológica de situación y de gestión; a través de estudios colaborativos multicéntricos, becas y publicaciones de la Comisión Nacional de Programas de Investigación en Salud (CONAPRIS). Ha implementado un área de Producción e Investigación Nacional de Medicamentos y un Foro de Investigación en Salud “Desequilibrio 10/90” adhiriendo a esa orientación internacional.

En el componente productor una medida significativa fue la Ley de Prescripción de Medicamentos por su Nombre Genérico, en 2002. Su aplicación logró el cumplimiento en casi el 80% de las prescripciones y revirtió la caída del consumo de medicamentos del 2002, contribuyendo a racionalizarla. La configuración profesionalizada de la Administración Nacional de Medicamentos y Tecnología Médica (ANMAT) y el sistema Nacional de Farmacovigilancia, por un lado, y la negociación regular, con apoyo del Ministerio de Economía y Producción, por otro, dieron un giro en la regulación de este componente productor. Se acordó, participando la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS), con Brasil la producción cooperativa de medicamentos y reactivos de uso en enfermedades endémicas. Se consolida la producción y control de vacunas (BCG y doble adultos) en Argentina y se inicia la preparación de la vacuna contra la Fiebre Hemorrágica Argentina por parte del Instituto “Julio Maiztegui” (Pergamino).

En el **componente educador** el Plan Federal trabaja en estrecha colaboración con las Facultades y Escuelas de Recursos Humanos, tanto en pregrado apoyando la actualización curricular como en postgrado trabajando en Programas formativos, como el de Médicos Comunitarios y de Uso Racional de Medicamentos en forma mancomunada. La Comisión Intergubernamental Salud-Educación tiende al logro de consenso en la formación de profesionales y técnicos según las necesidades de la comunidad. Finalmente forma su propio recurso crítico en una Residencia de Epidemiología de Campo (PRESEC).

En el **componente usuario**, y sobre la base de la doctrina de Salud Pública en el sentido que la utilización de servicios no llega a cubrir necesidades de salud que no se expresan o no demandan, el Plan Federal se abre a la búsqueda de necesidades. Lo hace con la orientación que propone a los Servicios de Atención Primaria: atribuir responsabilidad sobre población/área y salir a terreno a detectar riesgos y necesidades. Lo encara también a través de los programas de promoción y protección de la salud como en los de diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

En el **componente financiador** organizó una Unidad de Financiamiento Internacional (UFI-s) para la canalización de créditos hacia programas prioritarios e implementó un sistema eficiente de transferencias a las provincias e instituciones participantes.

5.- Plan Federal de Salud: una nueva perspectiva

Considerado como un planteo político global de Salud Pública y Comunitaria, debe coincidir con su propósito general cuando anuncia que “el sistema de salud en nuestro país necesita mejorar la eficacia de aplicación de las políticas de salud colectivas, utilizando los recursos hacia áreas estratégicas en lugar de ajustarlos o disminuirlos tanto a nivel nacional, provincial como municipal”.

Más allá del propósito, de los objetivos y las declaraciones de principios, que también se expresan en su texto, anima percibir que afronta, virtualmente, todos los problemas, incluyendo los medioambientales, los que no se refieren en esta parte. Y aún más se percibe la relación concreta entre programas, recursos y su efectiva puesta en marcha. Estos elementos lo diferencian sustancialmente de planes anteriores y recientes que, probablemente por limitaciones operativas, quedaron encerrados en propósitos, objetivos y principios.

Como todo planteo sólido y global, el Plan tiene sus acechanzas. Se trata de conflictos que dificultan, en algunos sectores o jurisdicciones, su acción local. Estos conflictos surgen en primer lugar de la interpretación de la estrategia del Plan en tanto asume la Atención Primaria de la Salud como base de una red de complejidad creciente, y la asume con una definición territorial-poblacional precisa que no se conforma con la asistencia de la demanda espontánea y exige ir a terreno a detectar y solucionar necesidades de la comunidad dándole a ella participación efectiva.

En segundo lugar a la falta de convicción, también en algunas jurisdicciones y distritos, por parte de los titulares de los niveles ejecutivos de asegurar la completa continuidad de los recursos que invierte la Nación, sin perjuicio que ella misma prevé hacerlo. Pero toca a los niveles jurisdiccionales y locales dar esa continuidad tendiendo a la progresiva unificación de regímenes del personal de APS y de fortalecer bajo conducción siempre idónea los efectores propios de los subsiguientes niveles tanto en lo que hace a la consolidación de sus planteles, a la distribución y mantenimiento de sus equipos, instalaciones y edificios. También le toca a ellos asegurar las interrelaciones entre niveles en el marco de una red funcionante de ida y vuelta según los requerimientos.

En tercer lugar se presentan problemas ideológicos con suspicacias de centralización, aún cuando sin este enfoque nacional muchas jurisdicciones o distritos mantendrían sin solución la crisis del sector. No en todos los casos los criterios políticos y administrativos aceptan el enfoque global con criterios coincidentes y con compromiso, sino más bien como un refuerzo circunstancial que les llega del cielo, mientras que llegue.

En cuarto lugar se presentan las diferentes perspectivas e intereses de los componentes de la Atención Médica y de sus subsectores, que de no articularse con sinceridad agravarán “la puja distributiva”.

Es así como un Plan Federal encarado por un organismo específico de Salud y Ambiente ubicado en el máximo nivel de la estructura política de la organización nacional, ofrece la esperanza comprometida de que, superando esos conflictos, coordinando programas comunes con los otros ministerios del áreas social, y con la continuidad que la salud de la comunidad argentina, exige, puede lograr la reforma necesaria.

Es cierto que la salud, como dice Gínez González García, “es siempre un trabajo inconcluso, un desafío a realizar”, o como sostenía el gran epidemiólogo J.N Morris (1985) sus problemas surgen por el “principio de cebolla”, a medida que van desgajándose soluciones van apareciendo nuevos problemas y “...los problemas resueltos son quizás más sencillos que los que persisten (o los que emergen), lo que supone un consuelo en nuestra difícil signatura, ante una demanda de Atención Médica que nunca cesa”.

Esta dura realidad, corroborada por la diversidad de perfiles epidemiológicos con la sumatoria de las enfermedades emergentes y reemergentes y la creciente multiplicidad de riesgos producto del ambiguo progreso científico y tecnológico, aún del propio de la Medicina, hace imperativo para el bien común la continuidad del Plan. Así también el consenso del que nació para que se profundice y comparta por todos los actores involucrados no sólo en las sesiones sino en el campo del trabajo. Es llegada la hora, en el campo de la Salud y del Desarrollo humano, de que, los argentinos tendientes a esperar el futuro, asumamos no sólo un consenso de objetivos sino uno de acciones cotidianas, en el que se diluyan las suspicacias.

6.- Las jurisdicciones deben asumir plenamente el Plan Federal acordado

Horacio L. Barragán

La red no podrá consolidarse si las jurisdicciones no se empeñan en normalizar el funcionamiento de los hospitales de diversa complejidad. Para ello deberán, en primer lugar, **ordenar los establecimientos planificando racionalmente la refacción y mantenimiento** de edificios e instalaciones, la provisión regular preferentemente descentralizada de medicamentos, descartables e insumos para evitar que cuando se disponga de unos se carezca de otros, la seguridad del pleno funcionamiento de sus equipos disponibles por el mantenimiento preventivo, así como la contratación y ejecución inmediata de sus reparaciones.

Estos lineamientos serán vanos sino logran **completar los planteles de personal** en todos sus niveles y rubros en forma armónica. Por ejemplo nombrar de una vez una cantidad de enfermeros y médicos de guardia, aún con gran esfuerzo, no soluciona el problema con armonía, los enfermeros se agotarán sin camilleros y personal de mucamas, los médicos de guardia se verán desbordados sin el refuerzo de los de planta, en consultorio, especialidades e internación y los hospitales seguirán siendo “barriles sin fondo” en la demanda de personal. Por otra parte la actual revista en los niveles provinciales en condiciones de becarios, contratados y personal de planta conspira contra el trabajo en equipo y aún contra la convivencia. Si bien los regímenes de carrera del personal deben corregirse para asegurar el cumplimiento de sus obligaciones, reducir el ausentismo y promover la educación permanente, a través de premios y sanciones, siguen siendo los más adecuados frente a aquellos otros regímenes transitorios, en algunos casos sin beneficios sociales, que deben renovarse continuamente. Los **niveles salariales** deben estar a la altura de las responsabilidades sanitarias que ese personal asume, tendiendo a reducir la necesidad del pluriempleo. Para enfocar este ordenamiento, las jurisdicciones deben modificar normas legales de personal, contabilidad y contrataciones, tendiendo a una **real descentralización** bajo responsabilidad de equipos directivos de cada establecimiento. Es indudable que el sector Atención Médica debe recibir un **mayor presupuesto**, lo que exige la mutua comprensión entre las autoridades sanitarias y las de economía con una acertada mediación de los titulares del Poder Ejecutivo y una labor sustanciosa de los poderes legislativos. También es preciso que desde el nivel de Economía de la Nación se revise y se haga más justo el régimen de **coparticipación federal**.

Bibliografía consultada

- Ojea, O. A. y colaboradores, *Seminario de Análisis del Plan Federal de Salud*. Cátedra de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas-UNLP. La Plata, 2006.
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. *Política Sanitaria. Informe de Gestión 2005*. MSAN, Buenos Aires, 2000.
- Morris, J. N., *Aplicaciones de la Epidemiología*. Barcelona, Salvat, 1985:12.
- García, Ginés y Tobar, Federico, *Más salud por el mismo dinero*. La Reforma del Sistema de Salud en Argentina. Buenos Aires, Grupo Editor Latinoamericano-ISALUD, 1997.
- González García, Ginés y Tobar, Federico, *Salud para los argentinos: economía, política y reforma del sistema de salud en Argentina*. Buenos Aires, ISALUD, 2004

LA PLANIFICACIÓN PARA LA SALUD

María de los Ángeles Mestorino

1.- El punto de partida es la salud

El punto de partida de todo proceso de planificación sanitaria es la salud. Se desarrolla en los campos: a) de la prevención y la asistencia y b) sobre los servicios de salud.

Según la definición de la O.M.S. *“La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no consiste sólo en la ausencia de enfermedad.”*

Según Goldberg hay un enfoque **perceptual** (percepción de bienestar); un enfoque **funcional** (estado de capacidad óptima de un individuo para cumplir eficazmente las funciones y tareas para las que fue preparado) y un enfoque de **adaptación** acertada y permanente de un organismo a su entorno.

Bonnevie sintetiza que: *“la salud resulta de una capacidad comportamental que comprende los componentes biológicos y sociales para cumplir las funciones fundamentales que sólo pueden serlo por un proceso de adaptación”*.

La esperanza de vida en buena salud predice al individuo el promedio de tiempo que puede esperar vivir sin limitación de sus actividades (Bonnevie, 1973).

Una definición social de la salud es necesaria para poder instaurar programas sanitarios. La salud es **multidimensional**: en lo social, cultural y económico y es **multifactorial**: factores: biológico, del entorno, de los estilos de vida y del sistema sanitario (Rochón).

2.- La planificación tiene sus bases

La planificación se basa en múltiples disciplinas:

- 1) Puede fundamentarse en la epidemiología y la salud pública buscando los problemas y sus causas y proponiendo un programa de intervención.
Las variables serán: edad, sexo, clase social, nivel de educación, nivel de ingresos y las demás características que puedan asociarse a la aparición de alteraciones físicas y/o mentales.
- 2) Puede también investigarse a partir de las ciencias sociales, abordando los determinantes de la salud sobre los que se plantean acciones que pasarán a modificar el campo de la salud / enfermedad.

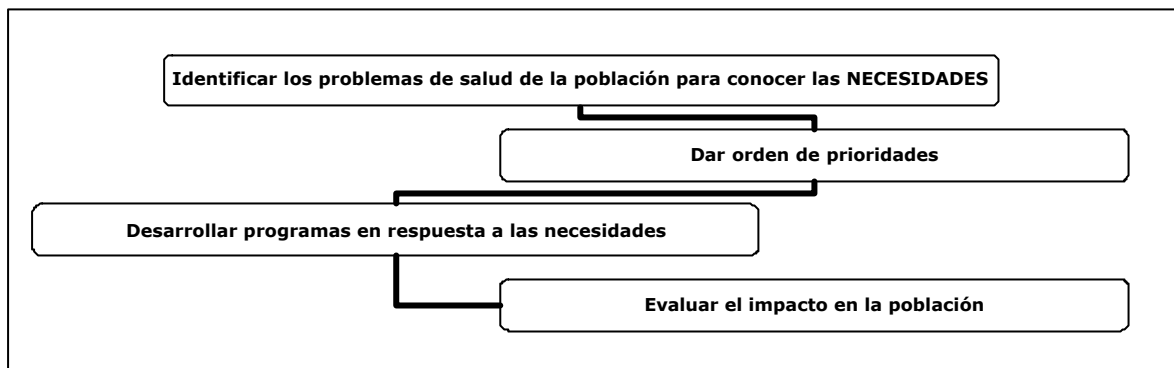
Describe el hábitat humano, el entorno, las interrelaciones en la comunidad con variables topográficas, socio-demográficas, factores poblacionales, instituciones, indicadores de salud/enfermedad y estilos de vida.

Siendo la salud el objetivo de la planificación, estos enfoques deben ser **complementarios**.

La **salud pública** da pie al desarrollo de la **salud comunitaria** que:

- I. Ingresos los conceptos de adecuación de las necesidades de salud a los recursos disponibles.
- II. Ingresos indicadores sentidos; así, a los epidemiológicos se suman los psico-sociales.
- III. Propone una continuidad entre lo preventivo y lo curativo.

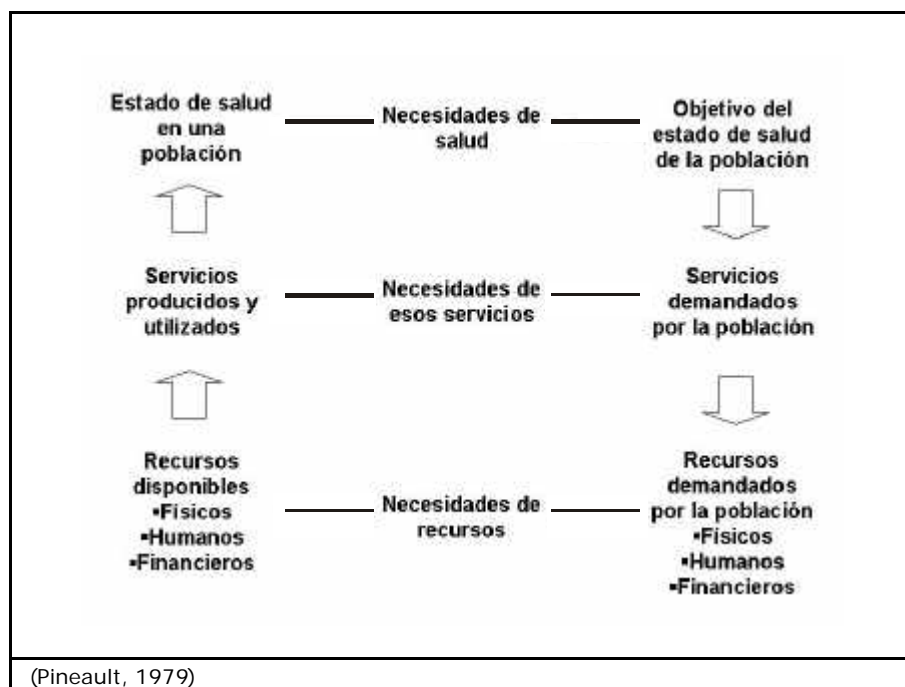
La propuesta es [Cuadro 2.a]:



Cuadro 2.a

Cuando se parte del estado de la población y sus necesidades y se incorporan los determinantes de la salud con el modelo de Lalonde: (estilos de vida, entornos, factores biológicos y sistema de salud) y se encuentran los componentes:

- El objetivo de salud expresado en indicadores socio-demográficos y epidemiológicos.
- Las actividades y / o servicios.
- Los recursos: humanos, físicos y financieros.
- La tarea de establecer planes que prevean a futuro a partir de una situación presente.



Cuadro 2.b

- Un sistema de salud relaciona todos los determinantes de la salud; mientras que un sistema sanitario se refiere a la red de servicios y recursos destinados a mantener o mejorar la salud. De ahí la necesidad de la articulación de una política de salud que organice los recursos y servicios con los reales objetivos de salud. Ejemplo [Cuadro 2.c]:

OBJETIVOS DE		
Salud	Cuidados	Recursos
Disminuir la mortalidad por enfermedades por envejecimiento	Asegurar una continuidad en los cuidados en prevención y en los niveles de prevención	Proveer a la disponibilidad de recursos necesarios
Reducir la incidencia de la malnutrición de la infancia	Actuar de forma que los servicios ofrecidos estén de acuerdo con las normas de buena accesibilidad y de buena práctica	Incrementar la eficiencia en la provisión de servicios

Cuadro 2.c

3.- Hay diversos tipos de planificación

“ Planificar es aplicar un proceso que conduce a decidir qué hacer, cómo hacerlo y evaluar lo que se hará antes de la acción” (Begin, 1979).

Las definiciones de planificación permiten identificar los elementos que caracterizan su proceso; así:

- Es una tarea prospectiva.
- Posibilita la relación entre las acciones propuestas y los efectos que se persiguen.
- Planifica la acción y el cambio.
- Es un proceso continuo y dinámico, se adapta a situaciones particulares; existe dentro del proceso una evaluación continua en las diferentes etapas y se realiza una evaluación final.
- Es de naturaleza multidisciplinaria.
- El interés de la planificación difiere según las distintas disciplinas, así el economista se interesará por el rendimiento en los recursos, el administrador centrará su atención en el aumento de eficiencia en la empresa y su posicionamiento en el entorno competitivo; el político se sentirá preocupado por la oportunidad en la toma de decisiones y la relación con los actores del proceso.

Los criterios para definir los tipos de planificación son variados y se confunden en ocasiones, pero se fundamentan en:

- 1- El nivel de extensión del proceso.
- 2- Las perspectivas de la organización de la población.
- 3- El enfoque racional o pragmático.
- 4- El contexto sociopolítico o entorno de la planificación.

3.1.- Según el nivel de extensión del proceso

a) El **más alto nivel**, brinda una orientación general hacia donde se tiene que dirigir -es la **planificación normativa o política** - conlleva valores e ideología. .

Se propone a nivel gubernamental, ministerial o de organismos sanitarios y es corrientemente a largo plazo. (¿Qué deberíamos hacer?).

b) El **segundo nivel**, con mayor grado de especificidad, es la **planificación estratégica**; se trata de lo posible a ser realizado. Se deciden prioridades y las alternativas de acción que tendrán consecuencias en el mediano y el largo plazo. (¿Qué vamos a hacer?). Tiene planes de acción concretos para cumplir con los objetivos, contando con elementos internos de la organización y externos del entorno.

c) El **tercer nivel**, cuenta con los objetivos generales y específicos; es la **planificación táctica o estructural** que incorpora y dispone actividades y recursos; su producto es el **programa**.

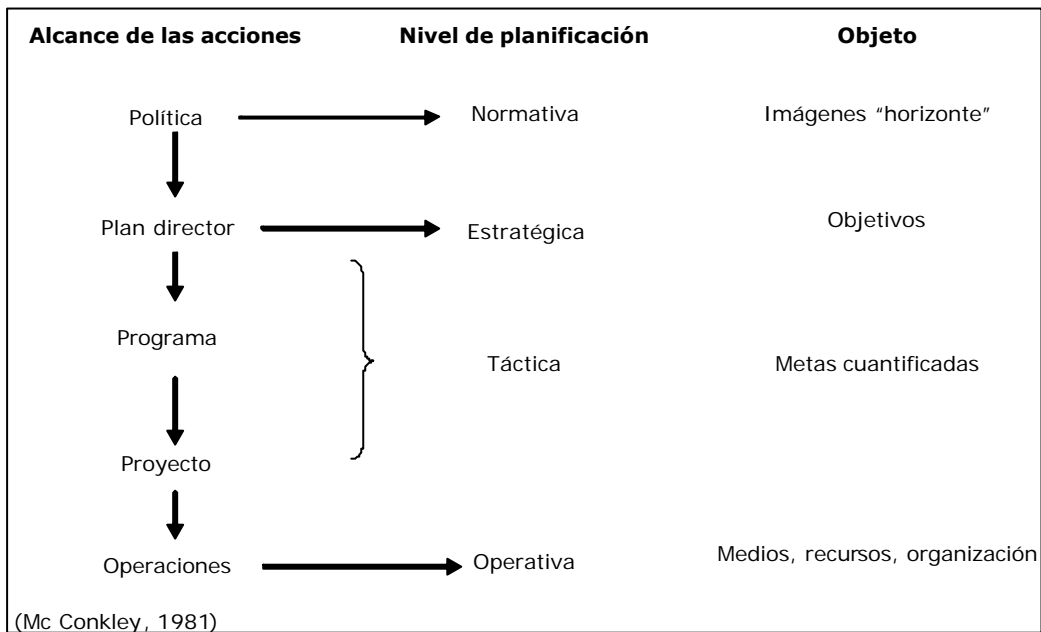
Una variante constituye el **proyecto**; que tiene objetivos a corto plazo. Es menos permanente y sirve como evaluación o investigación, se integra a los programas; cuenta en general con estructuras menos rígidas y con recursos destinados al evento.

La planificación engloba la programación; que es una prolongación más específica y operacional, asegura una coherencia entre el alcance y la profundidad de acción que se obtiene con la programación.

d) El plan concreto de puesta en marcha, es objeto de la **planificación operativa** -con decisiones a corto plazo- desarrollo de actividades, comentarios de ejecución y gestión de recursos.

Hay que destacar en esta jerarquización, que importa seguir un orden lógico más que ceñirse a un esquema fijo o dogmático [Cuadro 3.1.a, 3.1.b].

Elementos de una planificación integral



Cuadro 3.1.a

TIPO DE PLANIFICACIÓN	DURACIÓN	FIN	ACTIVIDADES Y PROCESOS	FORMALIZACIÓN
NORMATIVA	5 a 10 años	Definición de los fines y de los grandes lineamientos	Orientaciones y prioridades	Plan
ESTRATÉGICA	3 a 5 años	Disposición de recursos	Organización de recursos y actividades para alcanzar los objetivos	Programa
TÁCTICA	1 año	Utilización de los recursos	Desarrollo de las actividades en el tiempo y en el espacio	Gestión de operaciones

Etc. (Pineault, 1979)

Cuadro 3.1.b

Los distintos niveles de objetivos constituyen una red organizada, en un sistema integrado de planificación, en la que los elementos son interdependientes.

La ausencia de una política de salud conduciría a que las intervenciones, los cuidados de la salud y los recursos aprobados tendieran a planificarse con una lógica propia, alejándose de una finalidad global de salud mientras que la falta de una planificación estratégica crearía un vacío de coordinación y complementación con otros efectos del mismo territorio.

3.2.- Según la perspectiva de origen el proceso de planificación

Se cuenta:

- a. Que se planifique según las demandas de la población (enfoque poblacional).
- b. Que se planifiquen en relación con las conveniencias del grupo planificador (enfoque administrativo).

Estas posiciones están en los extremos; podría marcarse para la **a)** que puede ignorar el recurso existente, o intervenir en la demanda grupos de presión que pudieran ser no representativos de la población mayoritaria; y para **b)**, que si bien importa la población, sus necesidades no serían las determinantes; la organización es tomada como centro del proceso de planificación, incluye las fortalezas, debilidades y recursos y asigna al entorno el rol un mercado con desigual capacidad de expansión y con posibilidades de manipulación según las estrategias que decida la organización.

Una perspectiva que sólo tuviera en cuenta los recursos en el ámbito de la atención médica podría condenarse al fracaso si no se adecuara a las perspectivas epidemiológicas -poblacionales.

Una perspectiva puramente poblacional con abstracción de los recursos existentes sería ineficaz.

La realidad nos conduce a un modelo en el que la organización debe tener lazos de interacción con el entorno.

3.3.- Planificación según perspectiva: racional o pragmática

Se basa en la necesidad de una aplicabilidad de un plan o programa. También se muestran dos perspectivas o modelos extremos de planificación [Cuadro 3.3.a].

Perspectivas para la planificación

Racional	Pragmática
Técnica; tecnocrática	Participativa, acción comunitaria, política.
Métodos objetivos, cuantitativos, (duros).	Métodos subjetivos, cualitativos, (blandos).
Lógica sin desviarse	Lógica adaptativa, gradual, oportuna.
A menudo no tiene en cuenta dificultades y /o factibilidad	Tiene en cuenta factibilidad.
A menudo es independiente de la programación	Integrada a la programación y a la puesta en marcha.
Importancia del rol del experto	Menos importante el papel del experto; experiencia no técnica.
El plan ideal	El plan posible.
Se pretende no influida por los elementos políticos.	Intenta integrar los elementos políticos.

Cuadro 3.3.a

El modelo racional está basado en datos objetivos; centrado en lo profesional; el resultado es un documento técnico y lógico.

Tiene a menudo baja estrategia de realización y pocos vínculos con la programación general. Como se basa en el conocimiento cuantificado evita en general la inferencia de grupos de presión pero ignora elementos de factibilidad.

Las prioridades en la programación se pueden tomar a partir de indicadores epidemiológicos pero este enfoque puede ignorar lo que la población toma como prioritario.

En la perspectiva pragmática, la meta es la acción (modelo de acción comunitaria), no hay una línea de conducta predeterminada sino que se atiende a los requerimientos o acontecimientos exteriores, estando expuesta a grupos de presión, pueden existir problemas de representatividad y ocurrir que grupos de mayor peso para inclinar una decisión no sean los que persigan mayores beneficios para la comunidad.

Un planificador eficaz debe ser *un buen técnico* en base a su experiencia y competencia técnicas y *un buen estratega* que comprende, integra y manipula el contexto socio-político de la planificación.

3.4.- Según el contexto socio político

Los valores sociales crean normas y expectativas y contribuyen a la formulación de objetivos.

Así tomaremos nuevamente dos situaciones extremas: La posición liberal y la posición igualitaria.

La **posición liberal** pone acento en el éxito personal, en la libertad del individuo respecto del poder (Estado). Implica el estilo *laissez-faire* o ausencia de planificación en provecho de las leyes de mercado.

La **posición igualitaria** se fundamenta en el principio de igualdad de oportunidades que se ofrecen a los individuos.

Los casos más importantes serían los intermedios por aplicabilidad en cada país según los ejes liberalismo/igualitarismo en que se fundamente el sistema sanitario.

Valores sociales que influyen la elección en la planificación de salud		
VALORES TEMAS	LIBERALES	IGUALITARIA
	Importancia de la libertad del individuo frente al poder del Estado y al éxito personal	Importancia de la igualdad de oportunidades entre los individuos
Responsabilidad del individuo	Todo beneficio o servicio debe ser merecido (incluyendo los de salud)	Los servicios "básicos" son considerados derechos más que privilegios
Conciencia social	Filantropía y caridad entre los individuos es un modo de brindar ayuda a los más necesitados	El Estado es el garante de que todos los individuos gocen de los mismos beneficios. La caridad es degradante
Libertad	El Estado limita la libertad de los individuos	El Estado es el garante de que todos los individuos gocen de las libertades mínimas
Igualdad	Reconoce la igualdad ante la ley	Lo primordial es la igualdad de oportunidades para la realización de los individuos

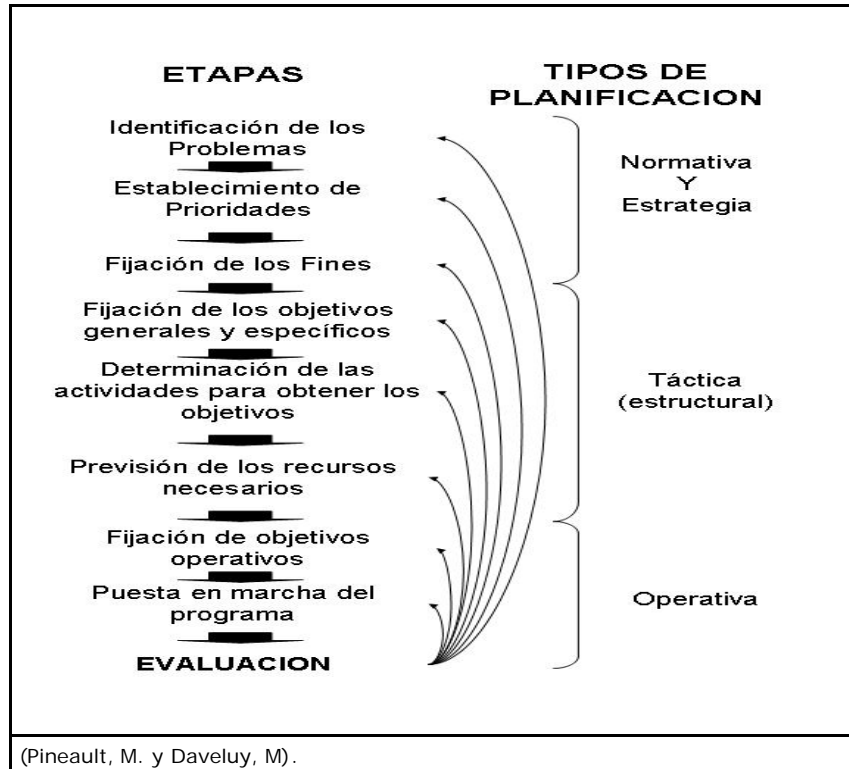
(Donabedian, 1973)

Cuadro 3.4.a.

4.- El proceso de planificación tiene etapas

Se debe considerar al **programa** como prolongación operacional del **plan**. Se utilizará la descripción de la planificación por programas.

Etapas del proceso de planificación en salud y tipos de planificación correspondientes



Cuadro 4

1)- Los **problemas de salud** se definen según los indicadores epidemiológicos, además de aquellos que reflejen la percepción de la población sobre su estado de salud y sus necesidades.

2)- Las **prioridades**, surgirán en base a los problemas identificados y sus posibles soluciones. Constituyen las etapas preliminares de la planificación y están dentro de lo normativo-estratégico.

3)- La planificación/programación empieza en la **determinación de objetivos**; seguido del **ordenamiento de actividades** y del **enfoque de recursos**. Esta puesta en marcha corresponde a la planificación operacional.

“Un programa de salud esta constituido por un conjunto de recursos reunidos y aplicados para proporcionar a una población definida unos servicios organizados de forma coherente en el tiempo y el espacio en vista de conseguir los objetivos determinados en relación a un problema de salud en particular” (Pineault, R., 1979:7).

4)- La última etapa es la **evaluación**, en la que se cuestiona sucesivamente: la pertinencia de los objetivos, su grado de consecución, el ajuste de las actividades llevadas a cabo, la adecuación de recursos a las actividades y su puesta en marcha.

La planificación por programas en el campo de la Salud Pública es aplicable en los campos de la prevención y de la recuperación de la salud; siendo este último el más complejo, requiere mayores recursos y conlleva mayores dificultades.

Puede ser utilizado en distintos niveles de desarrollo, en los países industrializados, dentro de un esquema racional de organización, así como los que están en vías de desarrollo, con recursos limitados y con necesidad de racionalizar los gastos.

4.1- Las necesidades de la población deben determinarse

Se debe considerar en la comunidad y a sus actores implicados que representan grupos con intereses distintos y a veces contrapuestos, que dificultan la obtención de un consenso sobre las necesidades de la comunidad. De ahí que los planificadores necesiten un sólida formación técnica y estratégica. Esto incluye la metodología de estudio de los problemas, el inventario de los recursos y el análisis de los datos.

Los elementos que surjan de esta etapa se utilizarán en la formulación de la problemática sanitaria en sus perfiles demográfico, sanitario y de utilización de los recursos y a partir de ellos se seleccionarán las prioridades.

¿Cómo definir necesidad?

Necesidad representa lo que se requiere para solucionar un problema identificado. Se puede medir en relación a la norma estimando cuál es la desviación. Cuanto más grande es la desviación con respecto a la norma, más importante es la necesidad de salud.

La necesidad de salud implica además una necesidad de servicios de salud

Puede haber necesidades sin existir problemas en la población (un recién nacido normal tiene necesidades de prevención y protección sin haber manifestado problema alguno).

Las **necesidades sociales** hablan de las contribuciones de las partes a las necesidades del conjunto y los requerimientos que una sociedad debe satisfacer para mantenerse. Por ejemplo la renovación de los recursos a medida que se agotan.

Se identifican necesidades de cuatro tipos:

- I. Necesidad **normativa**: La relaciona con el cumplimiento de determinadas normas deseables u óptimas.
- II. Necesidad **sentida**: En relación con la percepción de las personas sobre sus problemas de salud o de los servicios.
- III. Necesidad **expresada**: Según la demanda de cuidados o servicios (en relación con la sensibilidad individual y/o grupal).
- IV. Necesidad **comparativa**: A partir de indicadores tomados como normales.

Hay necesidades universales (todas las sociedades las tienen) pero hay respuestas alternativas que no son equivalentes pues difieren en su eficacia (Etzioni). J. Rawls escribe:

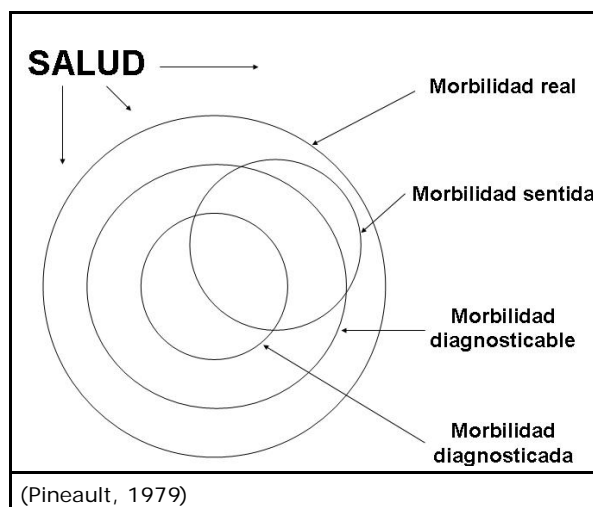
“ Los individuos encuentran su bien de diferentes maneras y muchas cosas que son buenas para una persona, tal vez no sean buenas para otra. Por tanto, en una sociedad bien ordenada los planes de vida de los individuos son diferentes en el sentido que otorgan prioridad a diferentes objetivos y las personas quedan en libertad para determinar su bien; mientras que la opinión de los demás sólo sirve como referencia para consultar.” (Rawe, 1978)

4.2.- El estudio de necesidades es organizado

En el inicio del estudio de las necesidades de la población cabe preguntarse si el mismo es pertinente. Se debe tener en cuenta que este tipo de investigación es costosa, compleja y que crea expectativas en la población. ¿Si se revisan estudios previos podrían obtenerse datos suficientes para la planificación?

El estudio de las necesidades debe basarse y/o tener en cuenta los medios y los recursos disponibles; pero la investigación de necesidades no siempre está en función de los recursos de que se disponga, es un tema controversial el análisis de situaciones de necesidad en forma

independiente de la existencia o no de recursos para la intervención. Distintas apreciaciones acerca del estado de salud, pueden esquematizarse en el cuadro 4.2.



Cuadro 4.2.

La percepción de molestias corresponde a la *morbilidad sentida*; si avanza a un estudio e identificación, es una *morbilidad diagnosticada*, permitiendo la actuación profesional y existe una *morbilidad real*, que excede la sensibilidad del paciente y el acceso profesional.

El **estudio de las necesidades** implica el conocimiento de una situación presente y un estado de salud deseado. Se requiere para ello la identificación de problemas que aquejan a la población; su medida e interpretación y análisis con los que se podrán definir las necesidades que por fin serán clasificadas según un orden de prioridades.

Se agrega a este conocimiento, el de los factores sociales y culturales de la población, así como de los recursos que la comunidad posee y sus posibilidades de utilización.

Se debe **definir un grupo responsable** para el estudio, en el que intervengan quienes conozcan los intereses de los grupos afectados y que a la vez puedan estar enriquecidos con representantes de la comunidad.

Las funciones del grupo se resumen en:

- a) Establecer la pertinencia del estudio de las necesidades.
- b) La determinación de los fines de dicho estudio (lanzamiento de un programa, redistribución de recursos, etc.)
- c) Definición de la población en estudio, que podrá incluir al conjunto de sujetos que responden a distintos criterios, o a ficheros o a casos. Abarcará a un área geográfica de residencia o de la distribución de servicios de salud y sus áreas de influencia o bien a población de riesgo o afectada.
- d) Elección del tipo de indicadores. Los métodos de identificación de necesidades podrán ser subjetivos (satisfacción del usuario) u objetivos u observables (medidas estadísticas, morbilidad, etc.) y deberán representar fielmente las necesidades sanitarias. Respondiendo a los criterios de:

- **Sensibilidad:** Identifica la presencia de una característica que se quiere valorar.
- **Especificidad:** Responde a la identificación de una característica en una población diferenciándola de la que no la presenta.
- **Validez:** Posibilidad de ser medida.
- **Fiabilidad:** Dan los mismos resultados cuando se repiten las mediciones.

Los métodos empleados serán aceptables y aceptados por los investigados y por los investigadores.

- e) Localizar las fuentes de información y de fondos.

- f) Elegir los procedimientos y métodos para el estudio de necesidades.
- g) Elaborar un protocolo.
- h) Recoger la información.
- i) Analizar e interpretar los resultados.
- j) Elaborar y redactar el informe.

4.2.1.- Enfoque por indicadores

Es el más frecuentemente utilizado; no produce nueva información sino que analiza la existente y deduce necesidades. Los indicadores sanitarios y socio-demográficos son medidas del estado de salud y/o predictores de necesidades; sirven de elementos de comparación entre un estado de salud dado y el estado de salud objetivo; ayudan a establecer prioridades y sirven de medida de evaluación de eficacia de servicios de salud.

La expresión de los indicadores debe ser en porcentajes, tasas o razones para facilitar la comparación.

Los **indicadores** representan una sola clase de datos: mortalidad o morbilidad; (los **índices** combinan elementos dispares y son medidas complejas).

Indicadores **socio-demográficos** comprenden la composición por sexo y edad, representación de pirámides de población y sus cambios en el tiempo en relación con los crecimientos vegetativo y migratorio.

Las proyecciones permiten, con un marco teórico aceptable determinar la forma de actuación en el futuro de las diferentes variables anotadas. Ejemplo: la importancia del envejecimiento de la población y las necesidades de cuidados y recursos hospitalarios y los recursos físicos y financieros que deban destinarse para dar cobertura a esas necesidades.

Los indicadores de nivel **socio-económicos** influyen directamente en la morbilidad y la mortalidad de una población; los datos raciales afectan indudablemente sobre los indicadores en relación con pautas culturales y niveles de accesibilidad y en relación directa con el medio ambiente social y económico.

Los problemas de salud: diabetes, psicopatías, hipertensión, afecciones auditivas y visuales, bronco-neumopatías, artritis, no sólo son más frecuentes en los estratos de renta baja sino que son en ellos más severos e influyen en la utilización de los servicios de salud.

Los indicadores sociales identifican poblaciones de riesgo, definen los objetivos de los programas de intervención y además permiten medir las necesidades a satisfacer.

a.- Los indicadores sanitarios

Los indicadores sanitarios comprenden:

- **Mortalidad**
- **Morbilidad**
- **Factores de riesgo**
- **Incapacidad**

1) **Mortalidad** medible en:

- a. Tasas brutas.
- b. Tasas específicas: por causas, por edades...
- c. Tasas estandarizadas: Mortalidad infantil, mortalidad perinatal.

Nos permite también estudiar la esperanza de vida y comparar por regiones así como señalar el número de años de vida potencialmente perdidos midiendo el impacto de muertes prematuras.

Indicadores sociodemográficos útiles en la planificación sanitaria

Pirámide de edad	distribución de la población por sexo en los diferentes grupos de edad	
Relación de dependencia	$\frac{\text{población de 0-14 años} + \text{población de 65 años y más}}{\text{población de 15-64 años}}$	X 100
Relación de dependencia de los jóvenes	$\frac{\text{población de 0-14 años}}{\text{población de 15 a 64}}$	X 100
Relación de dependencia de los ancianos	$\frac{\text{población de 65 años y más}}{\text{población de 15 a 64 años}}$	X 100
Tasa bruta de natalidad	$\frac{\text{número de nacimientos durante el año}}{\text{población a la mitad del año}}$	X 1000
Tasa específica de mortalidad	por edad, sexo, profesión, etc... Ejemplo:	
Tasa específica de mortalidad por edad	$\frac{\text{defunciones a una determinada edad}}{\text{población de esa edad a la mitad de igual período}}$	x 1000
Tasa de mortalidad infantil	$\frac{\text{defunciones de niños menores de 1 año}}{\text{nacidos vivos en igual período}}$	x 1000
Tasa de mortalidad neonatal	$\frac{\text{defunciones de niños menores en los primeros 28 días de vida}}{\text{nacidos vivos en igual período}}$	X 1000
Tasa de mortalidad post - neonatal	$\frac{\text{defunciones de niños menores entre el 28 día de vida y 1 año*}}{\text{nacidos vivos en igual período}}$	X 1000
Mortalidad proporcional o tasa de mortalidad proporcional	representa la fracción del total de muertes observadas ligadas a una característica determinada: por ejemplo: % de mortalidad por una causa determinada en el conjunto de todas las defunciones	
Tasa de mortalidad materna	$\frac{\text{mujeres muertas en ocasión de embarazo, parto o puerperio}}{\text{nacidos vivos en el mismo período}}$	X 1000

Nota: * no se incluyen los niños de 1 año y más.

Cuadro 4.2.1.a

2) **Morbilidad** medible por:

La incidencia y la prevalencia de las distintas patologías; se expresan en tasas, que constituyen la medida de riesgo para las poblaciones en estudio (Cuadro 4.2.1.b).

	Número de casos nuevos de una enfermedad en un período determinado	
Tasa de incidencia =	$\frac{\text{Número de casos nuevos de una enfermedad en un período determinado}}{\text{Población expuesta}}$	X 10 ⁿ
	Número de casos de una enfermedad en un momento o período determinado	
Tasa de prevalencia =	$\frac{\text{Número de casos de una enfermedad en un momento o período determinado}}{\text{Población de estudio}}$	X 10 ⁿ

Cuadro 4.2.1.b

Tanto el estudio de la incidencia como el de la prevalencia son de utilidad por diferentes razones. Con la incidencia en general se estudian enfermedades de breve duración o bien en estudios etiológicos. En las enfermedades crónicas la prevalencia es más utilizada y representa la magnitud de cierta morbilidad sobre la que hay que intervenir.

La prevalencia elevada de una enfermedad puede además deberse a su incidencia elevada o a su larga evolución (o a ambas situaciones) y estas situaciones orientarán a estrategias de prevención primaria y/o secundaria de existir una alta incidencia y una prevención secundaria y/o terciaria en relación con un carácter crónico de la enfermedad.

Los datos de morbilidad son más difíciles de obtener que los de mortalidad. La morbilidad hospitalaria puede estar bien documentada aunque es un porcentaje bajo de la morbilidad general, dentro de la que debemos contar con la consulta externa; pero existe además la morbilidad **sentida** y no diagnosticada que podría exponerse mediante exámenes sistemáticos y/o encuestas.

En estadísticas de reconocida calidad, en grupos de 65 y más años, se muestra que las enfermedades osteoarticulares son las que demandan mayor número de consultas, seguidas por las cardiovasculares, hipertensión, cardiopatías y las de visión y audición.

Los **factores de riesgo** son considerados precursores de morbilidad, se considera también algunas enfermedades (diabetes, hipertensión) factores de riesgo para otras patologías (cardio y vasculopatías). Se define **factor de riesgo**: "La característica de un individuo o de su entorno, que hace a este individuo más susceptible de ser alcanzado por una enfermedad particular que otro que no posee esta característica" (Rey Calero, y col., 1996).

La relación entre un factor de riesgo y una expresión mórbida se expresa con el **riesgo relativo**, que relaciona la incidencia entre personas expuestas y personas no expuestas [Cuadro 4.2.1.c].

$$RR = \frac{\text{Incidencia entre personas expuestas}}{\text{Incidencia entre personas no expuestas}}$$

Cuadro 4.2.1.c

Un riesgo relativo superior a 1 marca la importancia del factor estudiado en la etiología de la enfermedad; así un $RR = 3$ significa una probabilidad de contraer la enfermedad tres veces mayor para los expuestos que para los no expuestos.

El RR mide la fuerza de asociación del riesgo y la enfermedad.

Con el **riesgo atribuible** se complementan los datos anteriores y permite conocer el número de casos que se pueden asignar o contribuir a un factor de riesgo. Se define como la **diferencia entre la incidencia entre sujetos expuestos y sujetos no expuestos al factor de estudio**.

$$RA = \text{Incidencia en el grupo expuesto} - \text{incidencia en el grupo no expuesto}$$

Expresado en porcentaje se denomina fracción atribuible o etiológica del riesgo.

El cálculo de estos riesgos es posible siempre que se pueda realizar un seguimiento longitudinal de grupos (expuestos y no expuestos) que permita calcular la tasa de incidencia de cada uno (estudios de cohortes).

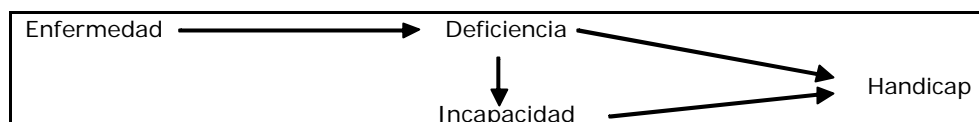
Los factores de riesgo son precursores de enfermedades; las consecuencias se dan en la actividad física y/o social de las personas. Conviene así definir los términos de uso frecuente: **deficiencia**, **incapacidad** y **handicap**.

Así **deficiencia** significa: una pérdida, malformación o anomalía de una estructura o función anatómica, fisiológica o psicológica.

La **incapacidad** es la restricción para realizar cierta actividad dentro de lo considerado normal para un ser humano (movilidad, cuidados personales, comunicación) consecuencia de una deficiencia.

El **handicap** corresponde a una limitación, impedimento o desventaja subsiguiente a una deficiencia o incapacidad. El handicap constituye un fenómeno social o consecuencias sociales y/o ambientales.

Se puede representar en estos términos:



Estos conceptos permiten elaborar secuencias posibles de intervención de prevención, aunque pueden existir diferencias que no involucren incapacidades, o incapacidades que pueden no expresarse en handicap, pero las enfermedades pueden ser puerta de entrada en la producción de un handicap. (Ej.: la prevención de la sordera profesional mediante la aplicación de prevención de trauma acústico en los trabajadores).

b.- Los índices de salud

Los **índices** comprenden numerosos elementos; mientras que los **indicadores** incluyen una sola clase de datos.

El empleo de índices de salud permite comparar estados de salud en el tiempo entre grupos de población o bien para determinar prioridades. Habrá poblaciones de referencia y poblaciones objetivo y podrán estar dedicadas, por ejemplo, a condiciones de vida, accesibilidad de servicios, etcétera.

Algunos índices son: la esperanza de vida, la esperanza de vida en buena salud (en ellos se utilizan datos de morbilidad y de restricción de actividad); esperanza de vida ajustada según la calidad de vida, etc.

El estudio de los índices mencionados muestra que no se debe generalizar, las poblaciones presentan realidades distintas. La unidades de medida son de difícil construcción (discapacidad, restricción de actividades...) y extrapolación. **Se necesitan datos de fácil disposición para utilizarlos en planificación.**

c.- Indicadores reutilización de servicios de salud

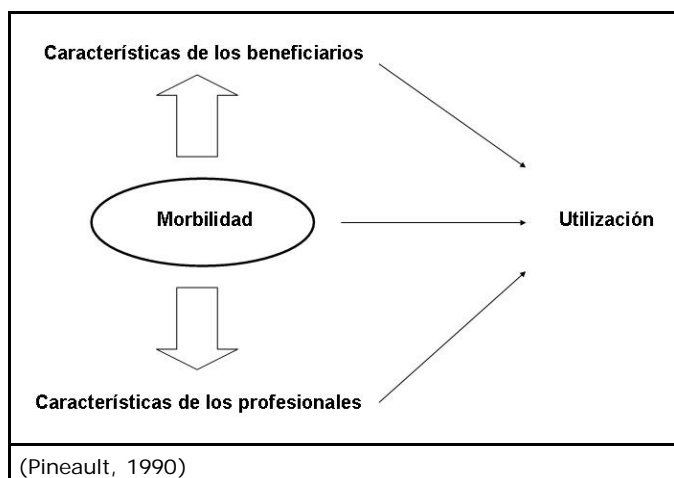
Se basa en la hipótesis que la utilización de los servicios de salud se corresponde con las necesidades de los mismos.

Para la utilización de los servicios se debe contar con dos componentes:

- 1) El beneficiario que requiere cuidados.
- 2) El profesional de salud que guía al paciente en el sistema.
 - Utilización de servicios solicitada por el individuo
 - Basada en morbilidad sentida: síntomas y signos
 - Basada en morbilidad anticipada (prevención, mamografías, etc.)
 - Utilización de servicios controlada por el profesional
 - Basada en la morbilidad diagnosticada
 - En la consulta
 - Por descubrimiento en exámenes de rutina
 - Por anticipación en relación a riesgos individuales (radiografía de tórax en fumador, test de glucosa en obeso)

En general la primera visita corresponde a la voluntad del individuo, mientras que las visitas subsiguientes, los estudios complementarios y tratamientos, se derivan de la conducta del profesional (el individuo solicita, el médico prescribe).

Determinantes de la utilización de los recursos:



Cuadro 4.2.1.d

<p>1. Factores ligados a la naturaleza de la morbilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gravedad ✓ Urgencia
<p>2. Factores ligados a los usuarios</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Demográficos y geográficos (edad, sexo, región) ✓ Socioeconómicos y culturales (educación, renta) ✓ Psicosociales (actitudes, valores)
<p>3. Factores ligados a los profesionales</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Edad, sexo ✓ Número de años transcurridos desde la obtención del título ✓ Especialidad ✓ Características psicosociales ✓ Medios de formación
<p>4. Factores organizacionales</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Trabajo individual / Trabajo en grupo ✓ Hospital (talla, % especializado) ✓ Forma de remuneración
<p>5. Factores institucionales</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Régimen de seguro de salud ✓ Legislación sobre las prácticas médicas ✓ Cantidad y tipo de recursos existentes

Cuadro 4.2.1.e

La naturaleza de la patología es el mayor determinante de la utilización. Sexo y edad influyen también en el requerimiento de asistencia (más requerimientos de mujeres que de hombres entre 20 y 44 años (período de procreación)).

d.- Fuentes de información para la elaboración de indicadores del sistema de salud

Las principales fuentes de información para elaborar los indicadores del sistema de salud son:

Censos

Estadísticas vitales y registros (nacimientos, defunciones)

Datos de morbilidad (registros hospitalarios, facturación de obras sociales, enfermedades de declaración obligatoria, etc., con importantes subregistros)

Encuestas sistemáticas (Proporcionan datos sobre morbilidad sentida, utilización de recursos, hábitos, características socio-demográficas (son estudios costosos y complejos)

4.2.2.- El enfoque por encuesta

Trata de producir nuevas estadísticas sobre la población en estudio. Pregunta a las personas sobre su estado de salud y sus necesidades. Se sigue según etapas de:

- 1) Planificación con:
 - a) definición de los objetivos;
 - b) definición del grupo a encuestar;
 - c) creación de un grupo responsable.
- 2) Preparación operacional de recolección de datos
 - a) Formación de los encuestadores.
 - b) Determinación de datos a recoger e instrumentos de medida
 - c) Selección de técnicas y procedimientos de muestreo, recolección, procesamiento, presentación y análisis de los datos.
 - d) Preparación de cronogramas, cuestionarios y métodos de contacto con los encuestados
- 3) Recolección de datos
- 4) Codificación de datos -agrupación de datos en tablas, etc.- interpretación.
- 5) Presentación de los resultados en tablas síntesis del trabajo.

La determinación del tamaño de la muestra es una tarea es una tarea compleja y requiere la concurrencia de un bioestadístico.

Se necesita saber:

- I. La unidad de análisis (individuo, familia, organización).
- II. La extensión geográfica (región geográfica, administrativa, ciudad...)
- III. Grupos de especial interés (etnias, edades, pertenecientes a instituciones...)
- IV. Se hará entrevista personal, telefónica, por correo?
- V. Las características de la población (¿Es homogénea? Muestra pequeña - ¿Es heterogénea? Debe ampliarse la muestra.
- VI. ¿Es compleja? ¿Puede haber numerosas respuestas? La muestra será mayor con el fin de ser representativa de la población

El tamaño de la muestra estará en relación con el grado de precisión que se desee o grado de error que se esté dispuesto a aceptar; siendo el error de muestreo la diferencia entre el resultado obtenido de una muestra y el que se obtendría de toda la población. (Ver errores tipo I y II)

a.- La recolección de los datos

La elección de la forma de recolección de datos está influida por múltiples variables:

- Características de las personas a encuestar, motivación.
- Tipo de respuesta esperada: abierta, cerrada (número de elecciones posibles)

- Complejidad de la información solicitada.
- ¿Se hace por correo?
- Costos.
- Tiempo posible para la recepción de las respuestas.
- Disponibilidad de personal.

Para elaborar el cuestionario debe seguirse las siguientes etapas:

- 1) Decidir los objetivos (información a investigar).
- 2) ¿Qué tipo de cuestionario puede abarcar mejor los temas solicitados?
- 3) Hacer un primer borrador del cuestionario.
- 4) Revisar las preguntas.
- 5) Validar el cuestionario.
- 6) Cuestionario definitivo y formas de empleo.

Deben responder las preguntas a las condiciones:

- Medirán lo que se desea.
- Serán claras e inequívocas.
- Estarán formuladas de forma tal que no creen resistencia al encuestado.
- No deben sugerir respuesta particular.
- Pretenderán recoger una información que el encuestado pueda tener.

Si se hace la encuesta mediante entrevista, deberá crearse un sistema de cooperación; se preguntará tal como está el cuestionario y se registrará la respuesta en forma completa.

Las ventajas del método de encuesta son múltiples: la información proviene de la propia fuente, es adaptable a diferentes situaciones o características de los sujetos en estudio y puede combinarse con otros métodos de búsqueda. Se puede señalar que es costosa, puede haber negatividad en responder o pueden existir objeciones al cuestionario.

4.2.3.- El enfoque por búsqueda de consenso

Obtenido por un grupo de personas conocedoras de la comunidad y de sus problemas, a quienes se les solicita que lleguen a un acuerdo sobre las necesidades de la población.

Hay diferentes técnicas para esta forma de búsqueda.

TECNICAS DE LOS DISTINTOS TIPO DE ENCUESTAS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El enfoque a través de informadores claves ✓ La técnica Delphi
TECNICAS UTILIZADAS EN LA REFLEXION INDIVIDUAL	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Técnica del grupo nominal ✓ <i>brainwriting</i>
TECNICAS UTILIZADAS PARA LA INTERACCION	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>brainstorming</i> ✓ Fórum comunitario
TECNICAS COMBINADAS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Impresiones de la comunidad

Cuadro 4.2.3

4.2.4.- Indicadores relativos a los recursos sanitarios

Los recursos sanitarios son de tres órdenes:

- Humanos**, su capacitación y disposición
- Físicos** y su posibilidad de renovación o sustitución
- Financieros**, se expresan en porcentaje del PBN, que será dedicado a la gestión de los recursos humanos y físicos.

4.2.5.- El inventario de los recursos de la comunidad

Sirve para explorar el tipo de recursos activos que pueden ser utilizados para dar respuesta a las necesidades de salud que se identifiquen. de este inventario que comprende los recursos humanos, físicos y financieros, se estimará la posibilidad de satisfacer a la población en sus problemas o bien la necesidad de recursos adicionales.

El **inventario con fines de gestión** permite la utilización de agencias, centros deportivos u otros en el transcurso del desarrollo socio-sanitario habitual.

El inventario puede ser con **fines de planificación**; y podrá brindar los datos de análisis para determinar las necesidades. Un inventario de este tipo debe preceder a cualquier nueva operación para dotar de recursos ante determinadas necesidades.

Procedimientos para inventariar los recursos:

- 1) Definición de los objetos del inventario.
- 2) Determinación del territorio.
- 3) Definición de tipos de recursos y de información de cada uno.
- 4) Desarrollo de listas de recursos.
- 5) Recolección de la información.
- 6) Análisis de datos.

El análisis de recursos puede profundizar y plantear preguntas sobre productividad, su sobreutilización o subutilización, respondiendo a la cuestión de adecuación entre las necesidades y los recursos.

4.2.6.- El análisis convergente de los datos

La utilización de muchos métodos para estudiar un mismo fenómeno debería conducir a un estudio convergente. Los datos de pequeños grupos tendrán que ser confirmados por encuestas o estadísticas oficiales.

Tanto los datos objetivos como subjetivos deben ser presentados a la síntesis y el análisis ya que permitirán hacer un estudio completo de la comunidad.

Se podrán utilizar mapas con representaciones cartográficas para poder correlacionar datos para la toma de decisiones.

El análisis de los problemas y de las necesidades identificadas permite definirlos y darles el valor correspondiente en cuanto a pérdidas sanitarias (los habrá más y menos importantes), la identificación de precursores y luego de consecuencias, se podrá estimar las necesidades en relación con la magnitud y trascendencia que presentan los mismos (asimismo, del estudio podrán surgir otros problemas que en ocasiones pueden ser más accesibles a la intervención) o bien identificar grupos objetivo que tengan posibilidad de presentar o desarrollar problemas o necesidades.

4.3.- La identificación de las causas de un problema

Se puede tomar como modelo conceptual los determinantes de la salud:

- biología humana;
- hábitos;
- entornos y
- cuidados de salud.

El problema se describe con indicadores (morbilidad, por sexo y edad, etc.) para después:

- 1) Identificar y enumerar los factores de riesgo asociados a las enfermedades en estudio: con medidas de riesgo relativo (fuerza de asociación).
- 2) Clasificación de los factores de riesgo en relación con los determinantes enumerados.
- 3) Estimación de la influencia de cada determinante sobre los factores de riesgo (biología, hábitos, entorno y s. de salud).
- 4) Estimación de la capacidad de reducción de la incidencia de la enfermedad. Puede emplearse el cálculo del Riesgo Atribuible.
- 5) Determinación de la capacidad de desarrollo de un programa que pudiera responder:
 - ¿Es detectable un factor de riesgo?
 - Detectado: ¿Puede reducirse o eliminarse?
 - ¿Es posible y/o aceptable la intervención que permitiera su eliminación o reducción?
- 6) Elaboración de recomendaciones.

Especialmente para el tratamiento de los hábitos de vida se toma en perspectiva tres tipos de factores contributivos: **predisponentes, facilitadores** y de **refuerzo**.

Ejemplo: en el tabaquismo de los adolescentes.

Factores que predisponen: la falta de conocimiento de los efectos nocivos; la visión del tabaquismo como emancipador (preceden al comportamiento), creencias, valores, concepciones, etcétera.

Factores facilitadores: accesibilidad, costes del tabaco (también previos al comportamiento).

Factores de refuerzo: aceptación en los grupos de fumadores (subsiguiente del comportamiento).

4.3.1.- La identificación de las consecuencias del problema

- Permiten valorar la magnitud del problema y la posibilidad de prevención primaria, secundaria y/o terciaria.
- Permite identificar las consecuencias directas así como otras secundarias mediante:
 - 1) La identificación y definición de cada consecuencia.
 - 2) La cuantificación (datos estadísticos) de las consecuencias y su evolución en el tiempo.

4.3.2.- Estimación de la importancia de los problemas

Una vez investigados causas y consecuencias posibles de los diversos problemas, deberá establecerse su importancia a fin de establecer prioridades. Una de las acepciones de importancia del problema consiste en conocer la desviación entre la situación actual y una situación deseada. Existirán consideraciones sanitarias, sociales, económicas, administrativas y criterios de amplitud, severidad y tendencia del problema.

Amplitud: en relación a la frecuencia en la población.

Gravedad: en relación a daños incapacidades y muertes; personales o ambientales. Costos de tratamiento, rehabilitación, etc.

Tendencia: O evolución del problema en el tiempo. (¿Si no se actúa, cómo evolucionará el problema?)

Además corresponde el estudio en relación a los recursos disponibles.

El análisis de los problemas y las necesidades permite vislumbrar de inicio la magnitud y gravedad de los problemas y las posibles respuestas.

Es deseable que la comunidad participe con sus representantes en el análisis de los problemas.

4.3.3.- La determinación de prioridades

Es parte de la planificación estratégica. Indica la orientación que se debe dar a la organización y a los programas.

Con la determinación de prioridades se seleccionan los problemas objeto de **intervención** y los que deberán ser sometidos a **investigación**.

Con la disposición de medios eficaces podrán desarrollarse **programas de acción**. Si los medios tienen limitaciones en su aplicabilidad, deberá por lo menos en una etapa primera procederse a una evaluación o **investigación** más extensas.

Se asigna al término **intervención** el sentido de adopción de medidas sanitarias de promoción, recuperación y/o rehabilitación de salud, y se incluirán actividades o tareas en el marco del programa respondiendo a servicios específicos.

En el estudio de necesidades se habrá podido listar los elementos problema que sometidos a estudio se mostrarán algunos más importantes que otros, aunque la asignación de prioridades es frecuentemente tarea compleja.

Hay una etapa en la que se debe estimar si los problemas y necesidades identificados podrán ser satisfechas.

Se deberán considerar para cada problema en estudio soluciones eficaces y entre ellas las aceptables o "factibles" en las que se tendrá en cuenta el objeto de estudio, la población a la que se dirige, tipo de intervención y nivel de prevención deseable.

La eficacia de la intervención, consiste en demostrar la capacidad de prevenir o controlar un problema o satisfacer una necesidad. Se debe evaluar primero la sensibilidad del problema a las acciones que se propongan; además la intervención deberá ser fiable y válida: la **fiabilidad** responde a una intervención que repetida en condiciones semejantes producen los mismos resultados y la **validez** implica que el resultado obtenido se enmarca en el resultado esperado en su aplicación. Para estimar la eficacia de una intervención hay distintas pruebas que ponen en juicio a las mismas (ensayos randomizados, estudios de casos y controles -en estudios ecológicos con y sin intervención o la opinión de los expertos-).

La **factibilidad** de una intervención está en relación con la capacidad de resultar operativa en el contexto.

Implica su aceptabilidad y comprenden:

- a.- Factibilidad legal (respeto a la legislación vigente).
- b.- Factibilidad política (en relación con las asociaciones políticas locales y/o implicados)
- c.- Factibilidad económica costos y su relación con otros programas; eficiencia; costo-beneficio; costo-eficacia; etc.).
- d.- Factibilidad organizacional (¿implica inversión a largo plazo? ¿se dispone de personal? ¿puede integrarse el nuevo programa a los existentes? ¿hay coordinación con los distintos estamentos organizacionales? ¿es accesible? Y muchos más interrogantes).
- e.- Factibilidad sociocultural (¿tiene en cuenta los valores, creencias y actividades de la comunidad? ¿es aceptable? ¿se adapta a distintos grupos? ¿tiene participación la comunidad?).
- f.- Factibilidad ética (¿los cambios de comportamiento serán aceptados? ¿se podrá intervenir sólo en ciertos grupos, los de riesgo, dejando de intervenir en otros?).

4.3.4.- Objetivo del estudio

Se debe señalar claramente el objetivo por ejemplo: disminución de incidencia;
disminución de incapacidad;
disminución de mortalidad;

En prevención de tabaquismo se incluirán las tres, pero un programa de reanimación cardiorrespiratoria se dirige a evitar la muerte.

4.3.5.- Población objetivo:

Podrán ser:

- una institución;
- la seguridad en un medio industrial;
- grupos de riesgo aumentado y otros.

4.3.6.- Niveles de prevención

Será la intervención sobre el nivel primario, secundario, terciario. Actuará sobre las causas y sobre sus consecuencias.

(La presunción de rubéola: prevención primaria. La detección de cáncer de cuello uterino o de hipertensión arterial corresponde a prevención secundaria).

Las acciones, a la vez en distintos sectores abarcando la naturaleza compleja de los problemas en intervenciones múltiples nos conduce a las llamadas “estrategias de intervención” y en ellas se afecta al sector salud y además a industriales (alimentos, tabaco, automóvil) u otros.

Proceso a seguir para explorar alternativas de intervención:

- 1- Revisión de bibliografía, es la primera fuente de ideas, **obligatorio** para no incurrir en errores groseros que se refieren en forma repetida por no consultar lo ya investigado.
- 2- Utilización de técnicas de creatividad con:
 - Asociaciones de ideas
 - Operaciones de grupo

En las primeras citamos el brainstorming, la sinéctica y el pensamiento lateral. Se realizaran con grupos y favoreciendo la asociación de ideas y encaminados por un conductor-ordenador hábil. En el brainstorming los participantes son libres de sugerir cualquier idea en forma rápida, las ideas se registran y se analizan al finalizar la sesión.

La sinéctica emplea analogías y metáforas.

El pensamiento lateral (o pensamiento en zig zag) hace surgir nuevas ideas evitando lo correspondiente a un pensamiento ordenado corriente.

En las operaciones de grupo se incluyen: la técnica Delphi, el grupo nominal y el brainwriting.

La determinación de prioridades en la que se eligen los problemas para intervenir o para investigar forma parte del proceso de toma de decisiones.

La determinación de prioridades no incluye la asignación de importancia sino la precedencia de un problema respecto de otro, lo que debe estar en primera instancia y habrá dos tipos de prioridades:

- Las objeto de acción.
- Las objeto de investigaciones.

Se utilizan como criterios principales para determinar los criterios en salud:

- a.- La importancia del problema.
- b.- La capacidad del programa o de la intervención para solucionarlo.
- c.- La factibilidad del programa o de la intervención.

Estos determinantes implican un juicio de valor debiendo reconocerse que los factores sociales, medio ambientales y organizacionales son parte integrante del proceso de determinación de prioridades.

Proceso a seguir para determinar prioridades:

En la planificación sanitaria es una tarea que comparten personas hábiles y con conocimientos de los problemas de la comunidad. Actuarán sobre problemas recogidos en la etapa anterior de la que pueden o no haber formado parte.

Etapas del proceso:

- 1) Definir los criterios de decisión: niveles de prevención a privilegiar, capacidades de intervención u otros.
- 2) Preselección de problemas si el listado es demasiado extenso.
- 3) Estudio y ordenamiento de los problemas preseleccionados. Clasificación ordenada con criterios de importancia y la posibilidad de soluciones eficaces.
- 4) Análisis de la importancia del problema y capacidad del programa.

Determinación de prioridades en los programas de salud según importancia del problema y la capacidad del programa para su solución

Importancia del problema	Capacidad del Programa	Decisión
CONSIDERABLE	GRANDE	Alta prioridad para la implementación del programa
CONSIDERABLE	ESCASA	Alta prioridad para la investigación
MENOS CONSIDERABLE	GRANDE	Prioridad menos alta para la implementación del programa
MENOS CONSIDERABLE	ESCASA	Prioridad menos alta para la investigación

(Donabedian, 1973)

Cuadro 4.3.6

Los instrumentos para determinar prioridades:

Pueden ser generales para todo tipo de problemas o exclusivos para la planificación sanitaria. Cuando los problemas son numerosos hay que contar con un procedimiento de selección donde se agrupan la totalidad de los problemas en tres categorías:

- a.- Los más importantes,
- b.- los menos importantes y
- c.- los residuales.

En base a un criterio preseleccionado se va seleccionando de los más a los menos importantes precisando al comienzo el número a seleccionar, se trabaja por etapas (dos o más) en las que se van agrupando los más y los menos importantes (1 y 1, primera etapa; 2 y 2, segunda etapa; 4 y 4, tercera etapa) excluyendo en las etapas sucesivas los seleccionados en la etapa previa. Quedarán los (siete en este caso) seleccionados los importantes.

La selección de prioridades es uno de los problemas más delicados de la política sanitaria. Priorizar implica favorecer a algún sector de la población y el problema reside en la elección de los mismos.

Los criterios de priorización son numerosos. Entre ellos encontramos:

- 1) **Eficacia:** Se mide por los resultados obtenidos en las condiciones ideales (porcentaje de vacunados en una campaña).
- 2) **Efectividad:** Se refiere a los resultados en condiciones reales (porcentaje de inmunizados comprobada por la protección real dada por la vacuna realizada). Una alta eficacia no asegura una alta efectividad ya que hay factores, en el caso de la vacunación, inherentes a tipo de vacunas, cadena de frío, continuidad de los esquemas de vacunación que inciden en la efectividad. La motivación de la población, la aceptación de las técnicas empleadas son también elementos claves en la ecuación eficacia/efectividad.
- 3) **Eficiencia:** Puede tener distintas interpretaciones. Así:
 - 4 Logro de menos costo para las necesidades.
 - 5 Logro de mayor producción con utilización de iguales recursos.El término racionalización se refiere al uso eficiente de los servicios sanitarios para obtener al máximo de efectividad en estado de salud de la población con los recursos existentes, pero también se emplea como racionamiento cuando el tipo de recursos en calidad y/o cantidad no son suficientes para brindar la cobertura deseada. En la evaluación de la eficiencia se puede relacionar: coste/efectividad y coste/utilidad. En el coste/efectividad se valoran:
 - Número de muertes evitadas
 - Número de años de vida ganados.En el coste/utilidad se utiliza el coste/efectividad expresado en años de vida ganados ajustados por su calidad (AVAC). Toma a la vez el incremento cuantitativo de vida y el incremento de la calidad de vida.
- 4) **Equidad:** Término de definición controvertida permanentemente en las decisiones prácticas. Se puede definir como igual atención para iguales necesidades, con igual acceso a servicios de igual calidad, igualdad de elección. (O también " igualdad en las restricciones" Le gran's) ¿Quién tiene mayor acceso a los trasplantes? U otros temas. Implica valoración social de lo que es justo y puede entrar en contradicción con la eficiencia). Se requiere la búsqueda de decisiones equilibradas que apunten tanto a eficiencia como a criterios de justicia y equidad.
- 5) **Accesibilidad:** Unido al criterio de equidad hay accesibilidades: económica, geográfica, física, cultural: Hay además diferencia de acceso y en el uso de la asistencia sanitaria y en relación con el sexo, la edad y las clases sociales. Se da frecuentemente la ley de la "atención inversa" o de "prevención inversa" en la que los programas de salud asistenciales o preventivos no son utilizados por las personas que más lo necesitan.
- 6) **Adecuación:**
 - a.- con metodología necesaria
 - b.- que sea realmente de utilidad
 - c.- que los beneficios superen a los riesgos
 - d.- que la calidad de vida ofrecida justifique la intervención
 - e.- que utilice recursos sin privar de ellos acciones más beneficiosas.
- 7) **Análisis estratégico:** De las posibilidades de implantación, estudio de fuerzas y debilidades internas y de amenazas y de posibilidades externas (análisis FADO).

Son numerosos, estudian la importancia del problema, su relación con los factores de riesgo, la capacidad técnica de resolución y la factibilidad del programa y/o intervención. Podemos referirnos

a métodos cualitativos o cuantitativos. Con los primeros el HANLON y CENDES se basan en diferentes indicadores; se requiere un consenso del grupo para cada uno de los problemas que se estudian y la valoración de los componentes que se tienen en cuenta.

Componentes:

- A.- **Magnitud del problema:** Corresponde al número de personas afectado y en relación con la población total. (Escala 1 a 10)
- B.- **Severidad del problema:** En relación con las tasas de mortalidad, morbilidad o incapacidad y/o costos asociados. (Escala 1 a 10)
- C.- **Eficacia de la solución:** ¿Se puede con la tecnología y los recursos existentes actuar sobre el problema? (Escala 0,5 - 1,5 que va desde la mayor dificultad para la resolución a una gran posibilidad de resolución)
- D.- **La factibilidad del programa o de la intervención:** Comprenden un grupo de factores que determinan la aplicabilidad de un programa y son:
 - P: pertinencia del programa
 - E: factibilidad económica
 - A: aceptabilidad
 - R: recursos disponibles
 - L: legalidad

Respondiéndose por si o por no a cada uno de ellos y siendo si = 1 y no = 0 de ahí que la factibilidad positiva es una condición necesaria dentro de la priorización de un problema.

La fórmula corresponde a: **PRIORIDAD = (A + B) C x D**

Los métodos cualitativos se basan en el consenso entre grupos de conocedores de la comunidad, expertos, afectados, ciudadanos con buen criterio evaluativo en problemas complejos, con grados de incertidumbre importante o bien por la interesante información de los expertos.

Comprende encuestas con informaciones clave, técnica delphi, brainstorming, brainwriting, forum comunitario, técnicas de consenso.

4.3.7.- La orientación del programa

La organización de los problemas según prioridades de forma coherente permite indicar la dirección del programa.

Un plan no puede desarrollarse sin que previamente se defina el objeto, la razón de ser, la intención o función que el programa debe cumplir o clarificado su meta. La priorización es requisito para concebir el programa. El propósito del programa deberá responder a lo que desea en relación con el problema definido como prioritario.

El propósito podrá ser la solución completa de un problema de salud o su reducción al nivel más bajo que se pueda alcanzar con los conocimientos existentes. Deberá incluirse la perspectiva temporal según la complejidad de los objetivos a alcanzar, que serán a largo, mediano y corto plazo. Un programa de prevención de enfermedades cardiovasculares comprenderá programas dirigidos al control del tabaquismo, de la hipertensión arterial, la dislipidemia, el sedentarismo, etc., que serán dirigidos a distintos grupos de edad y a distintos estadios de la enfermedad cardiovascular. Podría realizarse para disminuir en el término de X años un 15% de la mortalidad por esa patología.

La determinación de prioridades tanto para la acción como para la investigación no implica rigidez; la fundamentación de una u otra alternativa deberán contemplar alternativas que hagan al contexto.

4.3.8.- El desarrollo del plan del programa

El programa definido como “conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y servicios realizados simultánea o sucesivamente, con los recursos necesarios y con la finalidad de alcanzar los objetivos determinados en relación con problemas de salud precisos y ello para una población definida” (Pineault, 1982).

El estudio de necesidades, la definición de prioridades para la acción o la investigación, la orientación y los propósitos del programa corresponden a la etapa estratégica de la programación. La siguiente etapa corresponde a la planificación de las intervenciones, es la planificación táctica u operacional. Esta división es artificiosa o didáctica ya que ambas planificaciones: estratégica y táctica en muchas ocasiones van superpuestas.

- Así:
- se han analizado los problemas;
 - se han analizado los recursos, su cantidad y adecuación;
 - se habrá estudiado sobre la redistribución de los recursos;
 - se propondrán actividades y
 - se desarrollarán nuevos servicios o programas.

La programación podrá referirse a la promoción de salud o a la prevención: accidentes, enfermedades crónicas, etc. Actuará en distintos medios (escolar, trabajo, medio ambiente, etc.) o dirigidos a poblaciones objetivo (adolescentes, ancianos, deficientes físicos...).

El plan del programa va a indicar: ¿Qué debe hacerse? (y podrá incluir el plan de operaciones: ¿Cómo debe hacerse?).

Desarrolla la estrategia concebida en etapas anteriores de la planificación. Deberán respetar los elementos ya trabajados: problemas, necesidades, prioridades... La intervención es la etapa que sigue a los estudios de recursos y sus modificaciones.

El **plan del programa** nos permite conocer cuáles son las recomendaciones que se relacionan con la metas fijadas y que se completará con el **plan de operaciones**.

El plan del programa responde a:

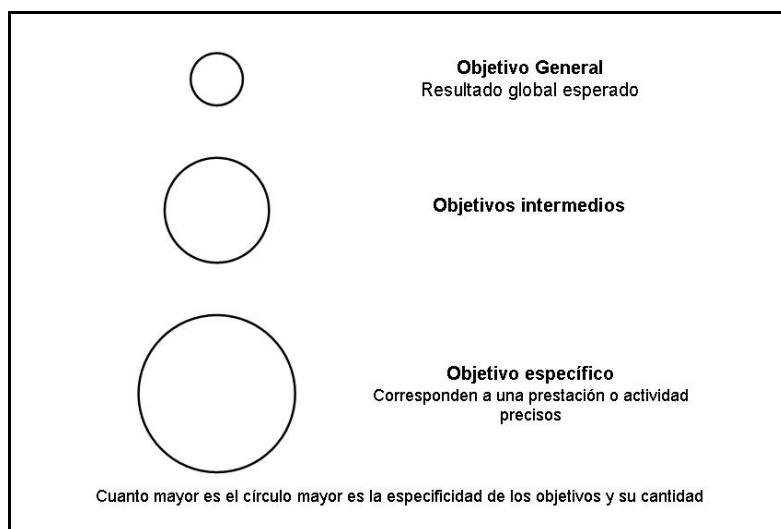
- ¿Qué problema se intenta resolver?
- Informa al público y/o participantes.
- Retiene información.
- Establece los objetivos.
- Fuerza al planificados a fijar los objetivos de salud y operacionales.

Para Shaefer hay siete componentes mínimos.

Los objetivos deben seguir un orden jerárquico. Los objetivos generales (o propósitos) serán los estados o comportamientos esperados en la población objetivo. Los objetivos generales están constituidos por enunciados de las intervenciones en relación con la finalidad del programa y no requieren cuantificación. Cada objetivo general puede dar lugar a subprogramas. Así en un programa de control de tuberculosis, cuyo objetivo general o propósito es disminuir la mortalidad por tuberculosis pueden darse objetivos intermedios o subprogramas de: vacunación BCG; búsqueda de casos para tratamiento; control de contactos y otros pueden ser considerados como programas en si mismos.

Los objetivos específicos se dan para cumplimentar los intermedios y cuanto más específicos sean, serán también más numerosos. Estos deben ser concretos, medibles (cuantificables) con asignación de tiempo de concreción y deben especificar:

- a.- La dimensión del cambio esperado.
- b.- La unidad de medida para valorarlo.
- c.- El tiempo que se requiere para llegar a él.
- d.- Población y/o área geográfica de aplicación.



Cuadro 4.3.8

4.3.9.- El plan del programa propiamente dicho:

El Programa: (Conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y de servicios, realizadas simultáneamente, con los recursos necesarios y con la finalidad de alcanzar los objetivos determinados, en relación con problemas de salud precisos para una población definida).

El proceso que se ha llevado a cabo ha comprendido:

- 1) el estudio de necesidades de una población
- 2) la fijación de prioridades para la acción o para la investigación y los propósitos a alcanzar. Estos pasos comprenden la **planificación estratégica**.

La **planificación táctica** corresponde a los pasos a seguir, en los que se podrá decidir la forma en que se puede cumplimentar los caminos de solución, quedando la elaboración de la puesta en marcha de las actividades, una nueva etapa que se imbrica con las anteriores continuándola como **planificación operacional**. Va paralelo a este desarrollo la consideración de los recursos en cantidad y adecuación. Se utilizarán recursos existentes o bien se adaptarán o se propondrán nuevos.

Los programas podrán incluir los diferentes niveles de prevención primaria, secundaria, terciaria, etc. Consideran el medio donde se desarrollarán y la población a cubrir. Serán sobre la salud de las personas o sobre los servicios (hospitales, consulta ambulatoria, instituciones)

El plan del programa incluye la información previa de los problemas y los recursos generales que puedan incluirse y el esfuerzo necesario para la concreción, la falta de alguna información permite en esta etapa su reconsideración.

4.3.10.- El plan del programa

Siguiendo a Schaefer el plan debe contener como definición y análisis del problema:

- 1) Características del problema, población afectada o en riesgo, factores vinculados, otros datos en relación con el mismo.
- 2) Evaluación de las tecnologías de resolución disponibles en relación con las necesidades a cubrir, poblaciones y tiempo.
- 3) Deberán tomarse aspectos parciales del problema o tratarlo en su totalidad; ¿Qué tipo de acciones alternativas podrán privilegiarse? ¿Educativas, medio-ambientales, legales?
- 4) Corresponde a la acción posible más pertinente en relación con costos y beneficios.
- 5) Los objetivos del programa son objetivos de salud o son pasos conducentes a ella.

Los objetivos ya determinados son los que encaminarán y normatizarán las acciones para soluciones posibles, establecen comportamientos y permiten conocer o evaluar el proceso y los resultados del programa. El objetivo enuncia los resultados esperados.

Así podrán considerarse: **objetivos generales**
objetivos intermedios
objetivos específicos

Para otra literatura se indicarán: **Propósitos** como objetivos generales (expresa los resultados generales perseguidos) y **metas** (corresponden a actividades o servicios precisos) como objetivos específicos, considerando en estos la cuantificación. Los objetivos intermedios quedan con igual denominación o bien pueden constituir **subprogramas**. En ocasiones pueden combinarse con los específicos.

Los objetivos tendrán una secuencia jerárquica. Ej.:

- a.- Objetivos que puedan inferir en los indicadores epidemiológicos (disminución de infección, morbilidad, mortalidad)
 - b.- Objetivos que posibiliten los anteriores, comportamientos, estados de investigación o de acciones cuya concreción sumatoria hagan al objetivo general o propósito. (Vacunación, investigación en grupos de riesgo, disposición de esquemas de tratamiento efectivos, controles de contactos, asistencia legal y económica).
 - c.- Determinación de objetivos operacionales que determinarán las acciones. Con detalle de recursos a aplicar en relación con las poblaciones a cubrir y los tiempos a emplear.
- 6) Enunciado de las recomendaciones. Detallando las acciones que concretarán los objetivos específicos. (ej.: reordenamiento de x número de vacunatorios en las maternidades a fin de inmunizar los recién nacidos). Los que irán acompañados de la asignación de recursos - humanos, físicos y financieros- así como la normalización adecuada.
- 7) Evaluación. El plan posibilitará con sus objetivos la base para la evaluación del programa que se efectuará durante su realización y una vez finalizado. El plan debe especificar los tiempos y las formas de las evaluaciones a realizarse.

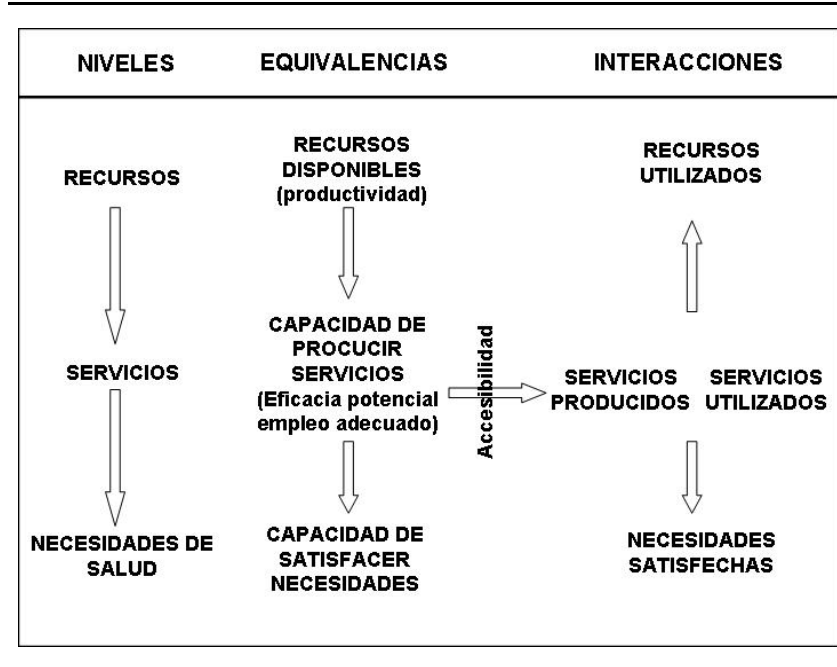
Programa de control de la tuberculosis de la Provincia de Buenos Aires. 1990

Objetivos generales (propósitos)	Objetivos intermedios (subprogramas)	Objetivos específicos (metas)
Disminuir la morbilidad y la mortalidad por tuberculosis	Vacunación BCG	Vacunar 700.000 niños /año
	Búsqueda de casos	Diagnosticar 2.500 casos de TBC pulmonar con bacteriología positiva y 2.500 casos de TBC con bacteriología negativa y extrapulmonares
	Tratamiento farmacológico de TBC	Realizar tratamiento quimioterápico para 5.000 casos nuevos de TBC /año
	Tratamiento económico - social	Subsidiar (ley de amparo) 500 enfermos de tuberculosis/año
	Investigación - evaluación bacteriológica	Investigación de resistencia primaria a los tuberculostáticos a 10 % de los casos nuevos / año. Investigación de resistencia secundaria al 80 % de los casos de retratamiento
	Investigación - evaluación epidemiológica	Seguimiento de cohorte/año: tasas de curación, abandono, cronificación y letalidad.
	Investigación - evaluación social	Seguimiento de cohorte de los enfermos subsidiados/año -eficacia, eficiencia, efectividad costo /beneficio-

Cuadro 4.3.10

4.3.11.- La planificación de los recursos:

Para alcanzar los objetivos del programa se requieren recursos adecuados en cantidad, calidad, especificidad. Cada servicio a prestar debe disponer de recursos entre los que se contarán los existentes, los disponibles y los que se requerirán. Hay diversos factores intervinientes en relación al aprovechamiento de los recursos.



Cuadro 4.3.11

4.3.12.- La productividad de los recursos

Relaciona las prestaciones de salud efectuadas en unidad de tiempo de trabajo, en los que influyen las dificultades de las tareas, la experiencia del personal, la tecnología de apoyo; su costo deberá estar en relación con los recursos financieros del colectivo social. Determinadas tareas pueden contar con asistentes adiestrados que en ocasiones reemplazan profesionales (ej.: lectura de extendidos de esputos coloreados para detectar bacilos de Koch por auxiliares de laboratorio debidamente supervisados). Otros métodos que permiten aumentar la productividad corresponden a la utilización de nuevas técnicas, o de organización (secuencias) de tareas (ej.: trabajo en equipos multidisciplinarios, o la modificación de las condiciones laborales de los integrantes del equipo (horarios, remuneración). La normalización racional para la ejecución de tratamientos supervisados a cargo de enfermería motivada y motivadora. En el caso de tratamientos de TBC daría como resultado externaciones tempranas, con disminución de días de internación y vuelta al grupo social-familiar-.

El empleo de un recurso comprende una eficacia potencial de los recursos que permitirá utilizarse adecuadamente, sin sobre ni sub-utilización. En este sentido se puede considerar que ciertos recursos utilizados sin justificación corresponderían a una "reserva latente" que podrían ser liberados ante una necesidad real. Puede existir una "reserva legítima" de recursos que no se utilizan pero que están prontos ante una emergencia, aunque si esta reserva es excesiva y ociosa pasaría a ser ilegítima. Estas reservas en conjunto corresponden a la totalidad de las reservas.

Este análisis puede aplicarse a centros de salud, hospitales de agudos y de crónicos y permiten estimar el desarrollo de recursos alternativos que respondan a necesidades.

La accesibilidad de los servicios se refiere a la utilización efectiva de los servicios producidos: la facilidad que experimentan los beneficiarios. Un recurso existente puede tener impedimentos de acceso porque esté lejos, sea social, cultural o administrativamente no alcanzable.

4.3.13.- La planificación de la ejecución

Una buena planificación deberá continuarse con una ejecución adecuada y exitosa, con la posibilidad de utilización de los recursos programados. La ejecución de un programa se traduce en la incorporación de los cambios de los cambios propuestos al medio, organización o institución al que ha sido destinado debiendo tener en cuenta que la introducción de cambios requerirá el cambio de costumbres, estilos, instrumentos de gestión etcétera. Dentro de ellos habrá que considerar inercias o resistencias para las que deberán buscarse situaciones propicias y componentes político-sociales.

En plan a implementar se introduce en un ambiente en el que debe coincidir con otros planes, de otras organizaciones, con las que será necesario compatibilizar, buscar intereses comunes o compartir recursos, se tendrá en cuenta la complejidad del medio, la rapidez de los cambios creándose así una nueva apreciación en relación a presiones o influencias a las que será expuesta la programación de acciones.

La programación que incluye problemáticas sociales atinentes, por ejemplo adolescencia, drogodependencia, delincuencia, enfermedades de transmisión sexual, incluyen una multidisciplina que podrá destacar valores no coincidentes y por consecuencia con bajo concurso (ambientes “turbulentos”). Se propone para el grupo de planificación la búsqueda de una base apoyada con individuos, grupos o instituciones que pudieran tener intereses en función del proyecto y con los que se actuará con distintas estrategias, desde la competición hasta la negociación o la coalición. El conflicto siempre deberá tenerse en cuenta como fenómeno normal que deberá encontrar cause en base a relaciones, diálogo, etc., que responderá a los distintos modelos: racional, burocrático, participativo y político.

Dentro del equipo de gestión del programa se consideran tres instancias: 1) La toma de decisiones en la que se requiere la claridad de propósitos debidamente evaluados en su momento, su accionar y los factores de apoyo, grupos de presión y expresiones diversas y la participación de usuarios en las mismas, 2) Nivel de gestión desde el que coordina y supervisa la ejecución, asignando responsables, esquematizando las acciones, realizando pruebas piloto con la correspondiente capacitación para la acción. 3) Nivel de ejecución, en relación directa con el personal que actuará en las acciones, su capacitación y aprendizaje necesario para la tarea. La participación y el conocimiento de las etapas motivan a los ejecutores para su mejor realización, haciéndoles partícipes de la misma.

4.3.14.- El plan de operaciones

Los objetivos operacionales deberán cumplirse por el equipo de trabajo asignado a su realización. El plan operativo se refiere al funcionamiento diario de las actividades de su control y de la utilización de los recursos. Con ello se concretarán los objetivos operacionales.

Cada objetivo operativo implica responsables, plazos y su interrelación con otros objetivos dentro de un plan central que coordina recursos y actividades.

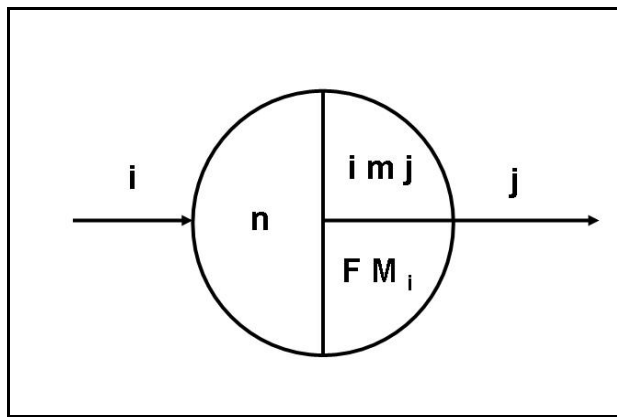
Dentro de un plan de operaciones deberá considerarse:

- a) Ordenar las actividades de manera cronológica.
- b) Identificar las etapas previas a cada actividad.
- c) Hacer una lista de actividades precisando las fechas de comienzo y de fin.
- d) Definir los recursos materiales, humanos y financieros que serán necesarios.
- e) Especificar claramente las responsabilidades de cada uno (clientela, horario, local).
- f) Contactar con las organizaciones implicadas por las actividades y asegurarse de su colaboración.
- g) Estudiar los problemas y especificarlos.
- h) Asegurarse de que cada uno sabe lo que tiene que hacer y cuando tiene que hacerlo.

4.3.15.- ordenamiento de actividades

Comprende gráficos que indican secuencias de acciones a ser instrumentadas y también el control de la ejecución. Las hay en red:

- 1) **Algoritmo decisional** o encadenamiento de acciones necesarias para la realización de una tarea. Determina prioridades, es de gran utilidad para problemas críticos y urgencias. Tiene pasos en los que se responde si o no significando caminos para actuar con acierto y celeridad. También para medidas preventivas (ejemplo: inmunizaciones en casos de esquemas previos completos o no). Permite también evaluar los recursos necesarios.
- 2) **Diagramas de flujos** o camino a seguir con etapas lógicas, ejemplo dentro de un establecimiento en relación con la gravedad o urgencia de los usuarios.
- 3) En **el PERT** (Program Evaluation and Review Techinque); se estudian las distribuciones probables de tiempo de realización de un evento; además se tiene el conocimiento preciso de la secuencia necesaria para la ejecución de cada actividad utilizando un diagrama de red. Los nodos representan instantes del proyecto. Cada suceso es representado por un nodo donde se anota un inicio mínimo de actividades que le correspondan y un final máximo para ellas.

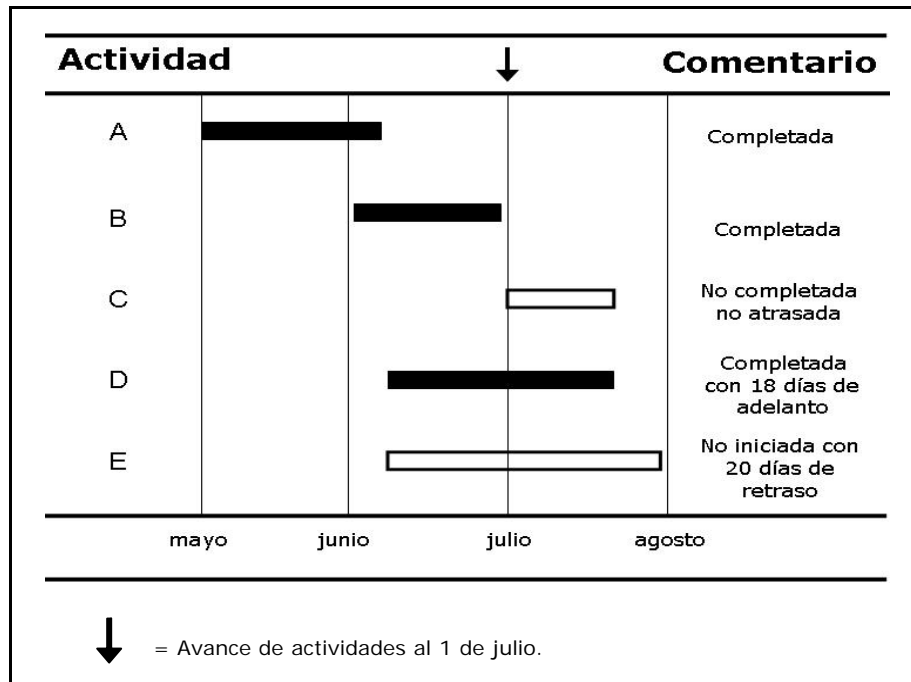


Cuadro 4.3.15.a

Los nodos podrán estar numerados a conveniencia estimándose 0 o 1 para el inicio y el número mayor para el final. Al iniciar no llega flecha alguna así como el final no la emite. Las flechas representan tareas y su sentido corresponde a las dependencias correspondientes. Los caminos del proyecto se siguen con el sentido de las flechas y son las secuencias lógicas propuestas.

Se busca además identificar actividades cuyo retraso en la ejecución significaría un retraso del proyecto total: son las **actividades críticas**; su secuencia describe el **camino crítico**. El resto de las actividades presupone tiempos menos ajustados y permiten mayor amplitud para su resolución: **HOLGURAS**. Las actividades críticas no tienen holguras y la fecha más temprana (inicio mínimo i.m.) coincide con la última (finalización máxima F.M.).

- 4) **Diagrama de tiempos con interdependencias**: Diagrama de Gantt. Está formado por barras que se corresponden con actividades, que tiene cada una fecha de inicio y de finalización y en las que se va remarcando lo ejecutado para cada actividad.



Cuadro 4.3.15.b

Para la ejecución de un programa, proyecto, intervención en forma exitosa, es necesario el conocimiento teórico, la posibilidad de asignar prioridades acorde a las necesidades y posibilidades de ejecución como la aplicación de métodos que permitan organizar de forma lógica las acciones específicas y su administración.

4.3.16.- La evaluación

Debe ser considerada para cada una de las etapas. Se inicia con aquella referida a etapas previas a la toma de decisión: "ex ante", en la que en base a los conocimientos existentes se pueda considerar la oportunidad o acierto de la elección del plan o bien en relación con experiencias previas. Una vez tomada la decisión durante o al fin del proceso se da la evaluación "ex post" que permite evaluar la ejecución o los efectos del programa.

Durante la realización de las acciones se van desarrollando evaluaciones concomitantes a cada fase indicando, a la vez, procesos de retroalimentación que permiten los cambios requeridos ante nuevas circunstancias. "La meta de una evaluación es realizar un juicio sobre una actividad, un recurso o un resultado" (James, G.).

Los criterios empleados se harán según normas establecidas o en función de otras experiencias válidas.

Puede definirse la evaluación de un programa como:

Un proceso que consiste en determinar y en aplicar criterios y normas con el fin de emitir un juicio sobre los diferentes componentes del programa, tanto en el estadio de su concepción como de su ejecución, así como sobre las etapas del proceso de planificación que son previas a la programación (Rossi, P.H., 1982:12)

La evaluación podrá dirigirse a quienes esté destinada la acción, programa u otro, o a quienes proveen los servicios, o a los elementos del programa en si, recursos, actividades u objetivos propuestos. Clásicamente se podrá evaluar: la estructura, el proceso o los efectos o resultados correspondiendo a una evaluación **táctica del programa**. Incluye los componentes del programa: 1) Recursos (estructura): evalúa su cantidad y calidad, competencia disponibilidad del personal (humanos); el presupuesto (financiero) y los equipos e instalaciones materiales (físicos). 2) Actividades (proceso): realizados con la calidad y aceptabilidad correspondiente, relación entre profesionales y población objetivo, accesibilidad, continuidad, coordinación de actividades y demás elementos que hagan apropiada la intervención. 3) Efectos (resultados obtenidos en relación con los objetivos o consecuencias): corresponde a la efectividad real.

Dentro de la evaluación táctica se incluye la relación entre proceso y efectos (ejemplo: tiempo de estadía de los enfermos internados y resultados obtenidos por patologías) también la evaluación económica. Una corresponde a los servicios producidos en relación a los recursos empleados (productividad); otro corresponde a la rentabilidad económica (eficiencia) que implica los efectos obtenidos en relación a los recursos invertidos.

La evaluación estratégica constituye la evaluación de pertinencia entre los problemas a resolver que afectan la población y las soluciones propuestas, así la evaluación “ex ante” comprende la evaluación teórica predecisión; así como la “ex post” es la empírica como se ha dado en una pertinencia real y se relaciona en forma muy cercana con la evaluación del impacto logrado.

A la **evaluación estratégica** se la llama también **evaluación de pertinencia** o de adecuación.

La evaluación operativa, se realiza sobre las acciones que se ejecutan o se implantan, se refieren a la administración de los recursos y a las actividades específicas, siendo útiles los métodos enunciados para su valoración (PERT, etc.).

La evaluación de los programas de salud son herramientas fundamentales para la toma de decisiones, en las políticas de salud y en la aplicación, provee además una permanente retroalimentación.

La evaluación está asistida por razones asistenciales, sociales, económicas, éticas, etc., entre lo que se debe considerar la rapidez de los cambios científico-tecnológicos, el permanente incremento de los gastos en salud, los distintos grados de accesibilidad a la atención de la salud de los grupos poblacionales, y su repercusión social.

Según la OMS “ la evaluación es un proceso sistemático y permanente encaminado a aumentar la pertinencia, la eficiencia y la eficacia de las actividades de salud. El objeto de la evaluación es mejorar los programas de salud y la infraestructura sanitaria para su ejecución y orientar la distribución de los recursos entre las actividades ya emprendidas o que pueden emprenderse en el futuro”.

Se considera válido a un proceso de evaluación cuando está incluido en un proceso de planificación o de gestión de servicios, deberá ser apropiado, de calidad, oportuno y respetuoso; se planteará al inicio si la evaluación es posible y si sus resultados permitirán la modificación del programa y a quienes va dirigida: a los planificadores, a los realizadores, a los pacientes u otros. Puede darse la posibilidad de replantear la utilidad de la evaluación si fuera excesivamente costosa, que sus resultados pudieran no influir en el programa, o que la información necesaria no fuera accesible.

Se debe definir los aspectos a evaluar, los diseños a ser utilizados con los datos disponibles, etapas de la investigación o los tiempos útiles para realizarla, podrá fundamentarse en los aspectos administrativos ó sobre objetivos de salud; podrá ser realizada por evaluadores **externos**, instituciones de fuera del ámbito de los programadores; **internos**, que correspondiendo a la institución de los programadores sean ajenos al grupo responsable; ó autoevaluación, realizada por el equipo programador. Puede darse también una evaluación mixta con integrantes de distintas representaciones.

Los procesos de evaluación. Clasificación

1. según el aspecto del programa que se evalúa:
 - a- de estructura
 - b- de proceso
 - c- de resultados
 - d- de impacto
2. según la etapa del programa que se evalúa:
 - a- estratégica
 - b- táctica
 - c- operativa
3. por la información que se utiliza:
 - a- cualitativa
 - b- cuantitativa
4. según el momento de la realización y funciones
 - a- "ex ante"
 - b- durante
 - c- "ex post" (sumativa)
5. según la finalidad y el método empleado
 - a- administrativa
 - b- de investigación
6. según la procedencia de los investigadores
 - a- externa
 - b- interna (no ejecutores del programa)
 - c- autoevaluación

Cuadro 4.3.16.a

La **evaluación económica de un programa** está basada en el estudio de los diversos programas o alternativas, identificando y cuantificando sus componentes, y comparando los costos y los beneficios; se estudian los costes, y su relación con los resultantes, así el **análisis coste/efectividad**: donde la valoración del programa se hace en términos de salud, ejemplo, la acción preventiva de una campaña de vacunación:

$$\begin{array}{c}
 \text{Razón} \\
 \text{coste/efectividad} = \frac{\text{Coste neto}}{\text{Efectos de salud del programa}} = \frac{\text{Coste del programa} - \text{Reducción de costes sanitarios y sociales por la aplicación del programa}}{\text{Efectos de salud del programa}}
 \end{array}$$

Cuadro 4.3.16.b

Se expresa en términos monetarios por unidad de salud: casos evitados, años de vida ganados, incapacidad evitada, siendo la mejor estrategia la que alcanza el objetivo de salud al menor coste. El **coste/utilidad**, mide la efectividad en unidades de salud que se ajustan a calidad de vida y se usa cada vez que sea posible medir cantidad y calidad de salud.

El **coste/beneficio**, mide en términos monetarios. No siempre es accesible la cuantificación de los costos de tratamientos no realizados, o pérdida de producción por invalidez o muerte que se pudieran o hubieran evitado con la implantación de un programa.

Los costes de la enfermedad incluyen los gastos del tratamiento, complicaciones y secuelas directas, así como la pérdida de producción por incapacidad o muerte prematura, secuelas indirectas; los beneficios comprenden el ahorro producido por la puesta en acción del programa, incluyendo los costes del programa, los recursos dispuestos en la intervención (humanos, técnicos, materiales, financieros). El estudio de costo/beneficio permite comparar recursos económicos a ser destinados a programas de distinta naturaleza (construcción de un efector o realización de obra sobre el medio ambiente).

Tanto la evaluación coste/efectividad como coste/beneficio tienen especial utilidad en programas preventivos.

$$\text{Razón coste/beneficio} = \frac{\text{Coste de la enfermedad sin programa} - \text{Costes de la enfermedad con el programa}}{\text{Coste del programa}}$$

Cuadro 4.3.16.c

Citas bibliográficas

- Beguin, C. "La planification d'un programme de santé", Adm. Hosp. et soc., vol. 25, nº1, 1979, p. 19.
- Bonnevie, P. The concept of health. Scand J. Soc. Med. 1 (1), 1973:41-43.
- Donabedian A. Aspects of Medical Care Administration. Harvard U. Press, 1973:415.
- James, G. "Evaluation in Public Health Practice", in Program Evaluation in the Health Fields. Sheldon, A. y Barber, F. (ed.) Behavioral Publication, New York, 1969:29.
- Mc Conkley D. Strategic Planning in Non Profit Organizations Health Man. Forum. 1981:64-65.
- Pineault, M. y Daveluy M. La Planificación Sanitaria.
- Pineault, R. La planification des services de santé. Une perspective épidémiologique. Administration hospitaliere et sociale. 1979:7.
- Pineault, R. La planification des services de santé: une perspective épidemiologique. Adm. Hosp. et soc., 5 (2), 1979:10.
- Pineault, R. La planification des services de santé: une perspective épidemiologique Adm. Hosp. et soc., 5 (2), 1979:18.
- Rey Calero J. y col. Fundamentos de Epidemiología Clínica Madrid. Síntesis, 1996.
- Pineault, R. Daveluy R. La Planificación Sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. Barcelona SG y Masson, 1990.
- Donabedian A. Aspects of medical care administration: Specifying requirements of Health Care. Harvard University Press, Cambridge, Mass, 1973:170.
- Pineault, E. Contandriópoulos A. 1982.
- Rawls, J. Teoría de la justicia. Buenos Aires, FCE, 1978.
- Rossi P. H. y Freeman H. E. Evaluation. A Systematic Approach. Sage publ. California, 1982.

Bibliografía consultada

- Godet, M. Prospectiva y planificación estratégica. Barcelona, 1991.
- Informe Técnico de la OMS sobre Servicios de Salud año 2000. Geneve, OMS, 2000.
- Piédrola Gil y col. Medicina preventiva y Salud Pública. Masson, 10ª ed, 2001.

- Pineault y Daveluy Carole. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. Barcelona, Masson, 1990.
- Salleras, L. La investigación epidemiológica en la evaluación de los programas de salud. Atención Primaria, 1988.
- San Martín, H. Salud Pública y Medicina Preventiva. Masson, Barcelona, 2ª ed, 1989.
- Terris, M. La revolución epidemiológica y la medicina social. Siglo XXI, Mexico, 1980.

PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO: CONCEPTOS BÁSICOS Y CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS DE APLICACIÓN

*Fernando Rubén Valdivia**

1.- La planificación se orienta a los resultados

Entendemos a la planificación como un conjunto de acciones coordinadas que se orientan en sus premisas y fines a la consecución de resultados. Es decir que partimos de una situación “A” dada, el presente, para alcanzar otra, situación “B”, ubicada en el futuro.

Por intermedio de los procesos de planificación buscamos, esencialmente, que un futuro deseado (pero posible) ocurra, a partir de la puesta en orden de recursos de diversa índole.

Complementariamente, cuando hablamos de estrategia, hacemos referencia al modo particular en el que se conjuga el presente con el futuro deseado, a partir de la racionalización de los caminos a recorrer y, fundamentalmente, de la armonización de los medios entre sí y con el ambiente.

El Planeamiento Estratégico es, consecuentemente, aquel proceso en el que la organización pone en marcha los procedimientos que unirán el presente con el futuro deseado; una herramienta que le permitirá alcanzar su visión de éxito gracias a la aplicación de un método sistemático de definición de acciones.

La Planificación Estratégica supone la capacidad de determinar un objetivo, asociar recursos y acciones destinadas a acercarse a ese futuro deseado, así como examinar los resultados a partir de la revisión y corrección de la dirección.

Un proceso de planificación de estas características deberá involucrar proactivamente a la mayoría de los miembros de la organización en cuestión. Del mismo modo, buscará incluir a todos aquellos actores que de alguna manera se ven involucrados en los procesos o resultados de la organización.

2.- La planificación tiene algunas premisas epistemológicas y metodológicas

Un primer condicionamiento se ubica en el modo en que se ha configurado el propio presente que se pretende modificar. Todas aquellas variables, de anclaje histórico, que de uno u otro modo han coadyuvado a la determinación de la compleja realidad organizacional del presente, constituyen el molde básico de potencialidades de toda acción de cambio. Es decir que si bien las metas a alcanzar presuponen la superación de las descripciones de la realidad a modificar, debe tenerse especial consideración por las limitaciones del cambio que surgen de las propias capacidades y resistencias de las culturas organizacionales. Estas restricciones ubicadas hacia adentro de la organización son la manifestación de la existencia de supuestos subyacentes, como modos de pensar, creencias, proyecciones, así como otras formas de expresión de las culturas, que moldearán caminos y anularán la posibilidad de que otros alternativos puedan ser tenidos en cuenta.

A ellas deberán sumarse, como parte de un entramado muy complejo de dinámicas sociales y psicosociales, las características derivadas del entorno externo, en razón de que las mismas también restringirán caminos o alternativas para alcanzar los cometidos. Condicionantes políticos, institucionales

*Médico Veterinario, Maestrando en Administración y Políticas Públicas (UdeSa), Docente de Salud Pública (F.C.M. -UNLP).

o económicos definen las tendencias para el despliegue y el desarrollo de los negocios, siendo de capital importancia por su carácter determinante de los ambientes de emprendimientos.

Otra importante cuestión surge del hecho de que el proceso de planificación estratégica supone la idea de sistema como modo de aproximación holístico a la realidad, en la que se despliegan variados mecanismos de autorregulación. Aún considerando que las críticas recientes a las teorías de sistemas han mejorado la utilidad de las mismas, debe remarcarse el carácter esencialmente complejo de los eventos humanos. Éstos deben analizarse en tanto que estructuras de relaciones funcionales y valorativas en grados proporcionales diversos, presentando instancias variables de *fuga o escape*, condicionando la eficacia descriptiva, explicativa y de intervención de los diseños instrumentales de administración.

Algunas aproximaciones teóricas y sus perspectivas metodológicas permitirán echar luz sobre los aspectos subyacentes de los procesos de planificación: las teorías del comportamiento fundadas en la tensión entre estar dominado por el sistema y ejercer la acción humana intencional. El registro de este conflicto se manifiesta en un desarrollo teórico variado en estos dos carriles.

Desde la perspectiva de las teorías de la acción social (que sostienen a los sistemas como derivados de la acción e interacción social), las posibilidades de la gestión derivarán: (a) del sentido subjetivo por el cual los actores definen sus vidas, sus fines y sus instituciones, disponiendo de medios y condiciones con los que intentan realizar sus proyectos; (b) de la acción social que llevan a cabo a tales efectos; (c) de las relaciones sociales, las instituciones y las organizaciones que devienen de la interacción, como producto emergente de las mismas.

Desde la perspectiva mencionada, se parte de una concepción ontológica y metodológicamente opuesta a la de *sistema* para la definición de los modelos teóricos, solo a los fines de mencionar los puntos débiles del mismo, pero reconociendo su cualidad en tanto herramienta simplificadora que habilita la posibilidad de establecer una progresión lógica de los sucesos de la vida social al tiempo que captar interpretativamente todos los fenómenos subsecuentes.

3.- La teoría de la acción social considera una progresión de instancias

Se expone a continuación la progresión de instancias que constituyen el marco teórico de la teoría de la acción social, toda vez que las mismas, como se mencionó, constituyen también los pilares teóricos de las acciones de administración y planeamiento.

Así, siguiendo las clásicas definiciones de **Max Weber** (1996), hablamos de **acción social** cuando observamos “una conducta humana (bien consista en un hacer externo o interno, ya sea en un omitir o permitir) siempre que el sujeto o los sujetos de la acción enlacen a ella un sentido subjetivo”. La “acción social”, por tanto, “es una acción en donde el sentido mentado por su sujeto o sujetos está referido a la conducta de otros, orientándose por ella en su desarrollo”.

Cuando la conducta involucra a varios, presentándose ésta como recíprocamente referida, y orientándose por dicha reciprocidad, estamos en el **campo de la relación social**.

Definimos **institución** cuando incorporamos un marco de referencia regulatorio y normativo al despliegue práctico de las relaciones sociales. Este esquema, que es a la vez un mecanismo de cohesión social, compromete a los integrantes del grupo en el respeto de dichas reglas y normas.

Finalmente, llamamos **organización** al esquema de interrelaciones definidas dentro de un marco normativo, que promueve la consecución de objetivos específicos y en común para sus integrantes. Se ordena en razón de dirigentes o líderes y posee un cuadro administrativo.

Todo este entramado conceptual es el soporte en el que se despliegan los *juegos* que constituyen la esencia de la vida de las organizaciones.

4.- Modelos estratégicos: cambios e implementación

Otros aspectos sobre los que es conveniente explicitar los supuestos, son los referidos a los procesos de investigación y búsqueda de información, puesto que los procesos estratégicos están basados en la disposición de información, lo que supone una correcta búsqueda, selección y análisis de la misma, atinente a los entornos externo e interno de una organización.

Establecidas como sistemas de provisión de información, algunas organizaciones gozan del privilegio de disponer de modo permanente el vital insumo para la correcta toma de decisiones, aunque en muchos casos la información resulta un insumo de difícil valoración. En cualquier caso, muchos errores cometidos en este momento serán arrastrados hacia etapas posteriores del proceso de planeamiento, en razón de que todas las acciones humanas tienen en común el hecho de expresar ciertas premisas valorativas, tradicionales, emocionales y/o de intereses, no siempre en sintonía con las definiciones previstas en la labor gerencial. La investigación social, utilizada de modo adecuado, deberá entonces proveer la información necesaria en calidad y cantidad, ingresando al proceso de gestión a la manera de un insumo estratégico epistemológica y metodológicamente controlado.

Sabemos además que el método en ciencias sociales se basa en comprender o captar interpretativamente el sentido o motivos de la acción y qué motivos pretextados o represiones encubren, aún para el mismo actor, el real sentido de la misma. Quien tiene la responsabilidad de obtener la información necesaria está también atravesado por todas estas consideraciones relativas a las condiciones de la vida social que deberán considerarse.

Hay que tener presente que nuestro objeto de intervención no es el que interroga, sino que sólo responde a media voz si nosotros lo interrogamos mediando todo tipo de barreras socio-políticas, culturales, institucionales, organizacionales, psicosociales y hasta psicológicas. Así, no alcanza con respetar las consideraciones para la escucha, el registro fiel de los dichos y el procesamiento estadístico (si la metodología lo prevé). Sólo con esto estaríamos suplantando las prenociones de quien tiene la responsabilidad de investigar, por la de aquellos quienes serán los proveedores de información. Debemos entonces descubrir y clarificar todo aquello que aparece en el nivel subyacente.

5.- El cambio y su implementación

El problema central al que se enfrentan los líderes radica en cómo implementar los cambios necesarios para avanzar con los propósitos vitales de las organizaciones.

Estos cambios alteran normalmente las relaciones de poder así como la distribución de los recursos materiales y simbólicos, de allí su importancia.

Son muchas las aproximaciones teóricas a la cuestión del cambio y no es de interés la oportunidad de profundizar en ellas. Sin embargo, se remarca la centralidad de la cuestión y la necesidad de construir las capacidades políticas necesarias que permitan operar acuerdos y consensos entre aquellos involucrados. La parte más importante del éxito de un Plan Estratégico comienza a gestarse en las instancias preparatorias del mismo, cuando en conversaciones generalmente informales irrumpen *impresiones* y *emociones* que tenderán a socavar desde ese mismo instante el *statu quo* imperante.

Esta etapa deberá incluir la conformación de una delicada red de personas sobre las que recaerá la responsabilidad de sensibilizar y movilizar al resto de los integrantes de la organización, mayoría esta última que tenderá indefectiblemente a resistir el cambio.

Una especial recomendación consiste en dar comienzo a las tareas de formalización de decisiones estratégicas en las buenas épocas. Esto resulta obvio, especialmente si se considera que en las malas épocas los tiempos estarán exclusivamente destinados a resolver la *emergencia*, pero en culturas con escaso apego a las miradas de mediano y largo plazo resulta particularmente difícil comprometer acciones cuando todo parece controlado y bien encaminado.

El compromiso de las autoridades de la organización resulta, pues, un punto de partida excluyente. Estos líderes deberán necesariamente involucrarse en el trabajo y, por supuesto, prestar la máxima colaboración al equipo de planificación.

6.- Causas de la planificación estratégica

Al elaborar un Plan Estratégico la organización reflexiona sobre sí misma identificando los problemas, su mapa de relaciones, sus entornos y se establece un marco para afrontar las decisiones que deberán tomarse respecto de los mismos.

Pondríamos decir que en el marco de un proceso de *administración estratégica*, una organización realiza acciones de *reflexión estratégica*, *análisis estratégico*, para formalmente encaminar la labor de *Planificación Estratégica*.

Son varios los beneficios que acarrea tomar la determinación de organizar los procesos de gestión bajo la metodología de planificación estratégica. Entre ellos, se destaca: (a) la mejora integral del desempeño, al permitir diseñar el futuro deseado; (b) resolver las tensiones y conflictos organizacionales, al considerarse un conjunto amplio de los problemas existentes e involucrar proactivamente a las personas que lideran reclamos; (c) modernizar los sistemas de gestión, al investigar contextos y demandas, corregir las dinámicas comunicacionales hacia el interior de la organización y las relaciones con el entorno de clientes/usuarios.

La Planificación Estratégica genera impulsos de cambio que demandan al mismo tiempo ser controlados por la propia organización, hecho que desencadenará en la construcción y/o el fortalecimiento de las capacidades necesarias para su atención.

En el plano externo a la organización, aquellos acontecimientos producidos en las dimensiones social, económica, política y cultural son movimientos continuos que modifican las fuerzas del mercado, esencialmente la demanda, la que deberá ser atendida en los términos en que sea requerida por los interesados. Asimismo, el contexto favorable para el desarrollo de los negocios de la organización, requiere de mejores procesos tanto en las órbitas de la producción como en las áreas que hacen al relacionamiento de la organización con el mercado. En cualquier caso, se destacan como tendencias de carácter universal, las mayores exigencias por parte de consumidores más informados y formalmente organizados, y de mejora de la calidad de los servicios por parte de los usuarios.

En el ámbito interno, los antecedentes de reajustes a los cambios de escenarios, como los modos de vinculación acontecidos como respuesta a los mismos, a veces dañan los mecanismos formales e informales para el desarrollo organizacional, debiéndose en estos casos cristalizar en nuevos procedimientos.

Determinadas modalidades de trabajo, como las que promueven la integración en redes, generan la necesidad de organizar aportes diferenciados en el marco de la cooperación entre distintos actores. Esto también exige mejores capacidades de gestión y nuevos estilos de conducción, programaciones conjuntas, mecanismos para la captación y sistematización de los aprendizajes resultantes, evaluaciones regulares y un monitoreo constante.

Es así que los procesos de planificación estratégica implican (si bien no siempre, aunque sí con asidua frecuencia) lograr cambios significativos en la estructura y en los modos de funcionamiento de la organización, incorporando el análisis de políticas, la planificación de las operaciones y el mejoramiento de capacidades generales de gestión organizacional, así como incorporar aquellas tecnologías relevantes que permitan orientar comportamientos e introducir una mayor racionalidad en el accionar.

Otras ventajas que trae la planificación es que al darse forma a los mecanismos formales para la toma de decisiones, resulta imprescindible reajustar y fortalecer los canales por donde circula la información.

Como cualquier acción que involucre cambios, resulta esencial la conformación de un equipo que lo lidere. Las modernas teorías de *management* proponen el involucramiento de todos los niveles de la organización, proceso a través del cual son conferidas responsabilidades a los estratos de la base de la pirámide de jerarquías, bajo el supuesto de que es allí mejor que en otro lugar de la organización en donde pueden relevarse experiencias de contacto con el entorno, a modo de *termómetro* de la organización.

Aún así, no debe confundirse la cuestión del involucramiento pleno de todos los niveles de los recursos humanos con los niveles en la toma de decisiones estratégicas. Frecuentemente, la lectura conceptual del **empowerment** en los ambientes académicos de los países latinos ha buscado reforzar el papel que deberían jugar todos los actores, aunque resaltando especialmente a los niveles más bajos de la pirámide. Esto se ha constituido en un verdadero problema de planificación, toda vez que se ha buscado un equiparamiento en la toma de decisiones que atenta contra las competencias del personal que, por definición, posee cada posición dentro de una organización. Las estrategias deben ser, pues, formuladas por los estrategas; aquellas personas que por sus cualidades, formación, desempeño y atribuciones estén en posición de liderar al conjunto; en ellos deberá recaer el peso de las decisiones.

Otro capítulo de interés radica en el aporte que pueden realizar los consultores externos a la organización. Habitualmente resistidos por el personal interno de las organizaciones, los consultores

externos pueden proveer experiencias, conocimientos y una dedicación que en cualquier caso agregará valor al equipo designado para llevar adelante las tareas de planificación estratégica.

El proceso de planificación debe ser continuo y debe tener en claro cuales son las capacidades con las que se cuenta para ser llevado adelante. Hablar de capacidades implica considerar las habilidades, destrezas y experiencias de todos aquellos que estarán inmersos en la labor, pero, fundamentalmente, las referidas a las capacidades institucionales que permitan dar consistencia política al proceso de cambio.

El proceso de planificación estratégica se estructura en etapas variables en virtud de los antecedentes que se posean, el tipo de organización y, aún, del estilo que cada organización busque imprimirle al trabajo. De todos modos, se propone a continuación un esquema de trabajo que no deberá considerarse inmóvil; por el contrario, los caminos deberán ser flexibles previéndose alternativas que se adapten a cada *momento* del proceso.

7.- Consenso Estratégico

En esta etapa se generarán las sólidas bases que son requeridas para el inicio del proceso de cambio. Como fuera mencionado anteriormente con referencia a los problemas principales del cambio organizacional, en esta etapa inicial se buscará sensibilizar y movilizar a los involucrados. Para ello deberán organizarse reuniones clave con los recursos humanos de la organización que estarán comprometidos en la tarea de planificación, del mismo modo que con actores externos a la misma que tengan relación de algún tipo con ella.

Para el caso de las organizaciones públicas, este *momento* es decisivo para el éxito del plan. La presencia de fuertes posiciones sindicales, como la existencia de un conjunto amplio de actores relacionados con las organizaciones torna a esta tarea de sensibilización una de las más importantes del conjunto del trabajo de planificación.

Otros aspectos diagnósticos iniciales tienen que ver con el análisis de los estilos de dirección y la identificación de los actores críticos. Algunos autores ubican esta tarea en momentos posteriores del proceso de planificación, aunque, en razón de los particulares estilos de gestión y negociación que surgen de nuestra cultura, se sugiere optar por la descripción detallada al inicio de la labor de planificación. Con el mismo énfasis, se buscará ponderar el alto peso que tiene esta dimensión de análisis.

Este punto incluye la descripción de las instituciones y actores. Entendemos por instituciones al conjunto de reglas tanto formales como informales que apuntan a encuadrar la problemática y dar solución a los conflictos de distribución de recursos, sean materiales o simbólicos. Del mismo modo, este conjunto de reglas busca ordenar los problemas de coordinación de las acciones realizadas por diferentes actores, estructurando sus comportamientos.

Estos actores, que podrán ser individuos o grupos de ellos, deberán analizarse en función de: (a) sus *intereses*, para conocer aquellos de carácter objetivo y diferenciarlos de los subjetivos; (b) sus *recursos*, para conocer las capacidades de cada uno de influir políticas, el acceso a la información, las capacidades de representación y de acción colectiva que posean; y (c) sus *ideas*, para conocer como están configurados sus mapas cognitivos, es decir, acercarnos al modo en que cada uno de ellos explican la realidad, ordenan sus esquemas de prioridades y promueven cursos específicos de acción.

8.- La generación de información: condición del análisis de situación

En esta etapa deberá reconocerse la variabilidad de cada caso en particular para poder establecer las orientaciones metodológicas correctas en lo que se refiere a obtención de información clave.

Una vez obtenida la misma, se procesará con la finalidad de transformarla en información de utilidad para las decisiones que se tomarán. Esta compleja etapa incluye la revisión de los marcos normativos, el análisis externo y el análisis interno.

Es en esta etapa donde tienen especial relevancia todas las consideraciones mencionadas con relación a cuidados de orden epistemológico. Volviendo a la caracterización del aporte que pueden realizar los consultores externos, estos podrán agregar valor en los diseños metodológicos especialmente en razón de la objetividad que pueden imprimirle.

La selección de los métodos de análisis de la información, como la utilización de matrices, es también una cuestión para la cual la presencia de consultores externos a la organización resultará de importancia. Cualquiera sea la modalidad de trabajo que acuerde el equipo de planificación con la alta gerencia de la organización, la presencia de personas con intereses distintos a los portados por los involucrados primariamente debe ser considerada un aporte.

9.- El proceso de revisión legal/normativa

Otro aspecto de relevancia es el ordenamiento exhaustivo y sistemático del marco legal y normativo que regula las actividades presentes de la organización. Esto servirá para delimitar el marco de posibilidades de acción que podrán ser previstas, o, para el caso en que no se encuentre debidamente habilitado, trabajar sobre las posibles revisiones o modificaciones que sean necesarias.

Para el caso de las organizaciones públicas, los cambios de este orden pueden incluso requerir la participación activa del poder legislativo. En estos casos, los tiempos serán mayores y el marco de intereses y fuerzas en juego tornarán a la planificación en un proceso mucho más complejo.

10.- Análisis Externo

El análisis externo busca identificar a los factores exógenos a la organización pero que de algún modo condicionan el desempeño de la misma. Cuando se habla de condicionamientos, estos pueden ser favorables o resistentes a la organización.

Los puntos a considerar son variados y, en una primera impresión, podrán parecer poco vinculados con los objetivos de cambio mentados. Aún así, nada debería descartarse como potencial factor de influencia.

Este análisis externo se orientará a la detección de las *Oportunidades* y las *Amenazas*, las que se buscarán en el marco de las características del mercado, de la población objetivo de la organización y de los riesgos que implique implementar los cambios.

Más específicamente, deberán considerarse las oportunidades y las amenazas en las siguientes áreas:

a) Escenario sectorial y marco de políticas públicas imperante

Las coordenadas fijadas por las políticas públicas son los carriles por donde podrá moverse la organización, en parte porque en ellas queda determinado el marco normativo, pero también porque ellas deberían surgir de acuerdos sectoriales para el desarrollo de propicios ambientes de negocios.

Las relaciones público-privado suponen compromisos y esfuerzos conjuntos entre las autoridades públicas y organizaciones privadas, en el marco de comportamientos responsables y con orientación de largo plazo. Es por esta razón que las potenciales colisiones entre lógicas públicas (por lo general relacionadas con mecanismos de consensos) y privadas (guiadas por criterios de eficiencia económica) requieren de la mayor atención analítica por parte del equipo de planificación estratégica.

b) Desempeño macroeconómico

La evolución de las variables macroeconómicas son otro punto de especial atención para su análisis. Las tasas de crecimiento y las condiciones estructurales para el desarrollo son tendencias que condicionarán el desempeño de una economía nacional, y, con ello, de las organizaciones que operan en el marco de la misma.

En el mismo sentido, el nivel y tipo de integración internacional y los acuerdos de comercio existentes o en vías de formalización por un país son determinantes para las decisiones de inversión y deberán ser investigados con precisión.

c) **Tendencias socio-culturales**

Este punto refiere al conjunto de cambios en la estructura social, así como a las tendencias culturales en el marco de una sociedad. Los principales indicadores demográficos y sus tendencias son un punto clave de investigación para esta etapa. Otros aspectos de carácter más cualitativo serán también de gran importancia ya que anticipan tendencias de mercado y de opinión pública con relación a productos y/ o servicios ofrecidos.

En sociedades altamente conflictivas como la argentina, observar detenidamente las manifestaciones de los principales actores sociales puede ser una buena forma conocer las tendencias sociales.

Del mismo modo, conocer las bases de la segmentación o estratificación social será de gran valor en el fortalecimiento de las relaciones de la organización con su mercado o población objetivo, ayudando a ajustar su oferta a la demanda.

d) **Desarrollos científicos y tecnológicos**

El desarrollo en muchos sectores depende directamente de los cambios y las innovaciones que en materia de ciencia y tecnología surjan a nivel mundial. Otros, menos dependientes de tales cambios, podrán de igual modo aumentar sus posibilidades de crecimiento toda vez que incorporen el valor que agregan dichos avances, tanto para el desarrollo de nuevos productos/servicios como para el caso de la utilización de tecnologías que mejoren la eficiencia de la gestión.

e) **Riesgos**

Con base en fenómenos naturales o artificiales, los riesgos que puedan afectar a la actividad de la organización deberán ser descriptos y evaluados con la intención de impedir su impacto (cuando esto sea factible), o de morigerar sus efectos (si es que resulta inevitable la presentación del mismo).

Como parte de la labor de prevención o limitación de los impactos, las organizaciones deberían desarrollar planes de contingencias que incluyan las acciones que deberán implementarse en cada caso.

f) **Otros cambios observados**

En este punto podrán considerarse para su evaluación los aspectos relativos a los modos de operar de la competencia, la modalidad de competencia en otros mercados adyacentes y aún distantes y cualquier otra dinámica sociopolítica, económica o cultural que resulte de interés para los investigadores.

11.- Análisis Interno

El análisis interno busca identificar a los factores endógenos a la organización que han condicionado el desempeño pasado. Aquí también hablaremos de condicionamientos favorables o resistentes a la misma.

Los puntos a considerar aquí están relacionados con las dimensiones en que se ordenan las actividades de las organizaciones, con especial esfuerzo en la detección de aquellos aspectos de carácter más dinámicos.

Este análisis interno se orientará, entonces, a la identificación de las *Fortalezas* y las *Debilidades*, las que se buscarán entre los aspectos de la gestión (como las operaciones y los procesos), la institucionalidad, las comunicaciones, las finanzas, los recursos humanos y los sistemas de información.

a) **Aspectos organizacionales y de Management**

La estructura organizacional y el modo en que estén organizados los procesos internos es el aspecto más importante a evaluar. Dicha evaluación deberá buscar, con un carácter explicativo, el modo en que cada aspecto de la gestión actual determina un efecto, sea este esperado o no deseado.

Cuando la gestión ha previsto formas para su registro y control resulta más fácil la obtención de la información buscada en esta etapa, pero para los casos en que no se encuentre debidamente asentada la dinámica de las tareas de management, la tarea de investigación orientada a la identificación de dichas fortalezas o debilidades se encuentra con el problema de que quienes serán los proveedores de la misma tratarán de mostrar una realidad mucho más ordenada de lo que en realidad es.

b) **Sistemas de Información**

El modo en que es generada la información dentro de una organización y la forma en que la misma fluye, delinea circuitos de acceso o de restricción a la misma.

Es objeto de esta etapa de análisis reconocer y mapear las dinámicas que presentan estos circuitos. Para los casos en que existan desarrollos basados en tecnologías de la información, es obvio que la labor se encontrará facilitada, permitiéndose además operaciones de procesamiento adicionales.

Contrariamente, en los casos en que los sistemas no tengan un soporte tecnológico informático, la información disponible será escasa y estará fuertemente sesgada por los intereses de los proveedores de la misma.

Debe remarcarse que esta dimensión de la vida organizacional es sin lugar a dudas una de las más importantes y así deberá ser considerada en las posteriores etapas de formalización de las acciones estratégicas.

c) **Recursos humanos**

Una vasta literatura ha resaltado la importancia de los recursos humanos en el desarrollo de las organizaciones, al punto de considerar que las organizaciones no son otra cosa que configuraciones particularizadas de relaciones sociales.

En la medida en que los procesos de automatización de tareas avanzan, las personas deben reorientar sus tareas hacia la identificación y resolución de problemas, trabajos que requieren de nuevas competencias laborales.

Según sea el objeto de una organización, los perfiles laborales serán la base para la construcción de los entramados de relaciones sociales mencionadas, los que deberán ser reconocidos en su estructura y dinámica.

d) **Institucionalidad**

Este punto está fuertemente imbricado con el anterior, toda vez que las instituciones, tal como se describió más arriba, resultan de la incorporación de las referencias regulatorias al despliegue de las relaciones sociales.

El grado de apego a las normas que regulan las prácticas debe ser evaluado en el plano interno de la organización, ya que constituyen el basamento para la construcción de los principios que aseguran la calidad institucional.

Concretamente, la presencia de sistemas de gestión de la calidad debe ser vista como una señal de ordenamiento institucional. En estos casos, debe tenerse presente que los sistemas de calidad, por definición, tienen previsto el funcionamiento estandarizado de aquellos procesos que estén bajo el mismo, con arreglo a las normas prefijadas para el correcto funcionamiento.

La **institucionalidad** será, entonces, otro de los puntos críticos a ser evaluados con vista a las etapas sucesivas del proceso de planeamiento.

e) **Capacidades financieras**

En este ítem deberán analizarse los flujos de caja de los ejercicios contables anteriores, tratando de conjugarlos con las previsiones fijadas por los presupuestos respectivos. Un ajuste importante en las expresiones de ambos podrá ser señal de un contexto de certidumbre o de una modalidad de gestión muy formal, sin disposición a la toma de riesgos. Contrariamente, cuando las previsiones realizadas en los presupuestos no son consideradas, observándose flujos de caja orientados a nuevas

acciones, podría deberse a reacomodamientos producidos ante modificaciones de escenarios, o bien, a estilos de ejecución altamente flexibles.

Las capacidades financieras presentes y proyectadas serán la base material para el despliegue de las estrategias de cambio a alcanzar. Es por esta razón que una correcta estimación de las mismas es una de las tareas centrales del equipo de planificación.

Otro aspecto a incluir en este apartado se trata de las inversiones. Los retornos previstos para las mismas podrían condicionar fuertemente el futuro de la organización, de allí su relevancia.

f) **Comunicación**

Este punto está referido a las dinámicas de vinculación existentes en dos frentes. De una parte, los procesos comunicacionales hacia al interior de la organización, entre las personas y las áreas de trabajo que integran la misma. Por otra parte, se investigarán las modalidades de vinculación con el entorno externo, buscando la caracterización de los canales y vehículos utilizados.

11.1- Matriz FODA

La Matriz de análisis FODA, surge del ordenamiento de las **Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas** relevadas en la etapa diagnóstica.

Esta metodología es una de las más utilizadas en el proceso de planificación estratégica y permite ordenar y sistematizar la información obtenida, con miras al diseño de las estrategias orientadas al desarrollo organizacional [Cuadro 11.1].

Matriz de Análisis FODA

	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
FORTALEZAS	Potencialidades	Riesgos
DEBILIDADES	Desafíos	Limitaciones

Cuadro 11.1

La Información dispuesta permitirá establecer las diferentes combinaciones entre las *Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas*. Del cruce de las Fortalezas con las Oportunidades surgirán las potencialidades de la organización. De la combinación de las Oportunidades y las Debilidades podremos destacar los desafíos a considerar. De la intersección de las Amenazas y las Fortalezas surgirán los riesgos que deberán atenderse. Finalmente, del cruce de las Amenazas con las Debilidades, obtendremos información sobre las limitaciones a las estrategias a desarrollar.

11.2.- Análisis de Opciones

Un capítulo que merece destacarse está relacionado con el rastreo de situaciones, casos y experiencias que en algún grado puedan considerarse para el análisis comparativo.

Una vez que se tienen las distintas opciones, en términos de caminos estratégicos potenciales a tomar, la labor del equipo se orientará a la selección entre las alternativas que sean consideradas.

12.- Las acciones estratégicas se formulan e implantan

Esta tercer etapa del proceso de Planificación Estratégica, decisiva, consiste en la formalización de las ideas y estrategias que hayan surgido en el trabajo analítico.

El Planeamiento Estratégico implica el desarrollo de una secuencia lógica de instancias que van desde un nivel abstracto hasta otro ubicado en un nivel empírico, es decir, con capacidades ciertas de

ser medido y evaluado. Por lo general esta secuencia lógica requiere que exista coherencia y consistencias entre cada uno de los eslabones, en el sentido de que las instancias más operacionales estén contenidas en los niveles anteriores.

Por lo general, aunque con variaciones de acuerdo a distintos autores, la secuencia lógica a la que nos referimos comienza con la declaración de la Visión y Misión organizacionales, para luego desarrollar las Estrategias que permitan alcanzar las mismas. Posteriormente, deberán delinearse los **Objetivos** para, finalmente, exponer, en las instancias operacionales, las **Actividades**, las que podrán estar organizadas en **Programas y Proyectos**.

a) Declaración de Visión

La Visión de una organización es la representación abstracta de cómo la misma quiere ser vista por su entorno. Esta definición constituye el primer eslabón de la cadena de formalización del Plan Estratégico. Una organización necesita saber a dónde quiere llegar, para, en un segundo momento iniciar la marcha en tal dirección.

Es importante señalar que la visión implica horizontes temporales de largo plazo, debiendo mantenerse la misma como una utopía, un estado deseable que, si bien no se alcanzará nunca, permitirá la inspiración y la motivación de los miembros de la organización.

Una correcta definición de Visión deberá contener la aspiración de la organización, incluir el producto/servicio que la misma ofrece, el destino del mercado al que orientará sus acciones y el/los sector/es en los que operará.

b) Declaración de la Misión

Como paso posterior a la declaración de la Visión estratégica de la organización, deberá hacerse la declaración de la Misión.

Esta consiste en la descripción de los fines y propósitos básicos de la organización, como parte de su carácter intrínseco y tiene un horizonte de mediano-largo plazo. Planteado con referencia a la Visión, puede decirse que la Misión es idea de aquello que tenemos que hacer para que el entorno perciba a la organización como ésta desea ser percibida.

Dicha definición resultará determinante para el conjunto de las acciones que se realicen, del mismo modo en que pondrá un límite, ya que también delimitará todo aquello que la organización no hará. Este recorte del campo potencial de acción tiene su fundamento en el hecho de que cualquier organización tiene recursos y capacidades limitadas, las que deberá aprovechar en un manejo eficiente sin mayores interferencias.

c) Diseño de Estrategias

La fase del diseño de las estrategias es, probablemente, la de mayor valor integrador del trabajo hasta ese momento realizado.

Una Estrategia es la transformación de los enunciados conceptualmente definidos en los pasos anteriores en premisas empíricas que permitan recorrer la brecha existente entre las realidad que se ha descrito y el futuro deseado por la organización.

Si bien la enunciación de la estrategia puede estar unificada, es una buena alternativa la presentación de la misma en forma desagregada en las principales dimensiones. Esto significa formular estrategias: *Financiera, Técnica, de Management y Organización y de Mercados*.

Cada una de ellas describirá el modo en que se articularán los esfuerzos y recursos que permitan dar solución a los problemas primarios delimitados.

d) Objetivos

Los objetivos expresan los logros que la organización pretende alcanzar en el futuro, pudiendo organizarse en torno de los plazos corto, mediano y largo. La enunciación de los objetivos debe precisar qué se desea alcanzar, cuándo y a qué costo.

El cuidado especial que debe tenerse en la formulación de los objetivos se relaciona con el hecho de que si bien debe plantearse algo potencial que se pretende alcanzar, y esto de por sí implica un desafío, habrá que evitar la frustración que implica la fijación de horizontes de difícil alcance.

La formulación de objetivos supone también la designación de responsables de las tareas que se llevarán a cabo, así como una precisa aplicación de los recursos necesarios.

Estamos en este punto en la fase operacional del proceso de planificación, para la cual existen también modelos estandarizados para su formulación. A continuación se presenta uno de dichos modelos, a los fines de graficar la secuencia de acciones que esta etapa debiera considerar. [Cuadro 12]

Estrategia X

OBJETIVO 1: (descripción)				
Actividad 1	Responsable	Tiempo estimado	Presupuesto estimado	Indicadores de Impacto
Actividad n	Responsable	Tiempo estimado	Presupuesto estimado	Indicadores de Impacto
OBJETIVO n: (descripción)				
Actividad 1	Responsable	Tiempo estimado	Presupuesto estimado	Indicadores de Impacto
Actividad n	Responsable	Tiempo estimado	Presupuesto estimado	Indicadores de Impacto

Cuadro 12

13.- Programas y proyectos integran los objetivos operacionalizados

El conjunto de objetivos operacionalizados y ordenados, esto es, el conjunto de las actividades que cada uno de ellos involucra, con los plazos, los recursos, los responsables y los indicadores de medición de cada una, son formalmente integrados en el marco de Programas y Proyectos.

Resulta también amplio el abanico de las definiciones existentes para cada uno de estos conceptos. En general otorgamos a los Programas plazos de vida más largos que a los Proyectos.

Los programas son, conforme a esta mirada, el conjunto de acciones ordenadas en torno a objetivos que tendrán por finalidad dar cumplimiento a las estrategias fijadas, con la particularidad de que, como conjunto, no tiene un período de finalización determinado. Los programas son ejes transversales dentro de la organización y responden a la esencia de la misión de la organización.

Por otro lado, los proyectos son también un conjunto de acciones organizadas en torno de objetivos que buscarán dar cumplimiento a las estrategias fijadas, aunque son diseñados para dar forma a cambios específicos dentro de la organización y en tiempos más estrechamente delimitados. Los proyectos, entonces, tendrán plazos más ajustados para su implementación y la esencia de las actividades que involucrarán estará relacionada con la instrumentación de los cambios en algunas de las áreas de la organización, o bien, para dar solución a algún problema específico relacionado con el correr del negocio. Es común que los proyectos estén contenidos dentro de los programas.

14.- El monitoreo y la revisión retroalimentan la planificación

Una cuestión que caracteriza a la planificación estratégica es que la misma le confiere a la organización, como ya se dijo, capacidades de reflexionar sobre sí misma en relación con los desempeños previstos.

Esto es posible a partir del requerimiento fundamental de fijación, en el marco de la fase operacional, de Indicadores de medición de impactos.

Metodológicamente, los Indicadores son también variables, aunque de carácter eminentemente empírico de forma de permitir la corroboración o contrastación de las acciones desplegadas.

Esto otorga la posibilidad de una permanente revisión de los escenarios y ambientes, permitiendo efectuar los ajustes y modificaciones que sean necesarios para alcanzar exitosamente los objetivos.

Operativamente, es una labor que debiera asignarse a un equipo distinto del que trabajó en la planificación.

15.- Variación del proceso según el tipo de organización

El proceso de planificación estratégica va a ser distinto según el tipo de organización de que se trate. La posibilidad de su implementación exitosa dependerá también de los estilos directivos y de personal que dichas organizaciones posean.

En cualquier caso, es muy importante considerar las limitaciones que puedan existir con la finalidad de evitar frustraciones, o sencillamente, que los costos de realización del mismo sean mayores a los beneficios que acarrearía su implementación. La planificación estratégica insume muchísimos esfuerzos y energías por parte del conjunto de los recursos humanos que conforman la organización y es por esta razón que deberá evaluarse en profundidad la pertinencia de su implementación.

Finalmente, debe tenerse presente que en muchas organizaciones existen directivos con altas capacidades para el pensamiento estratégico, siendo esta fortaleza una razón para desestimar la realización de un plan formal. En estos casos, son tales directivos quienes imprimirán desde su propia dinámica de gestión, los preceptos centrales de la modalidad de planificación que se describió en este trabajo.

Bibliografía consultada

- Acuña, Carlos H., y Repetto, Fabián, *Marco de análisis de las políticas sociales*. Buenos Aires, CEDI, 2001, mimeo.
- Bozeman, Barry, *Todas las organizaciones son públicas: tendiendo un puente entre las teorías corporativas privadas y públicas*. Fondo de Cultura Económica, 1998.
- Darmohraj, Adrián, *La relación público privado. Una vieja discusión para nuevas perspectivas*, Documento de Trabajo N° 32, Departamento de Administración, Universidad de San Andrés, 2002.
- Day, George y Schoemaker, Paul Wharton, *Gerencia de tecnologías emergentes*. España, Vergara Editor, 2001.
- Druker, Peter, *La sociedad poscapitalista*. Sudamericana, 2001.
- Gourevitch, Peter, *Políticas estratégicas en tiempos difíciles*, Fondo de Cultura Económica 1993.
- Isuani, Aldo, *Fragmentación social y otras cuestiones: ensayos sobre problemas argentinos*, Cuadernos de Investigación de FLACSO, Buenos Aires, 2002.
- Mintzberg, Henry, *El Proceso Estratégico*. Prentice-Hall, 1993.
- Mintzberg, Henry, *Safari a la Estrategia*. Gránica, 1999.
- Pfeffer, Jeffrey, *Nuevos rumbos en la teoría de la organización: problemas y posibilidades*. Oxford, 2000.
- Porter, Michael, *Ser competitivo. Nuevas aportaciones y conclusiones*. España, Deusto, 1999.
- Powell, W.W. y Di Maggio, P.J., *El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional*. Fondo de Cultura Económica, 1999.
- Thompson, Arthur A. y Strickland. A. J., *Administración Estratégica*, Mc Graw-Hill, 2004.
- Weber, Max, *Economía y Sociedad*. México, Fondo de Cultura Económica, 1996.

EL ESTADO Y LA ATENCIÓN MÉDICA

Horacio Luis Barragán

1.- El Estado: garante de la salud

La Constitución Nacional de 1994 establece un nuevo derecho a “un ambiente sano, equilibrado, apto para el desarrollo humano...” (art. 41 nuevo) y al de los consumidores y usuarios “en relación al consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos, a una información adecuada y veraz...” (art. 42 nuevo). El 14 bis establece que “El Estado otorgará los beneficios de la seguridad social, que tendrá carácter de integral e irrenunciable...”. La Constitución atribuye al Congreso dictar un Código de Seguridad Social (art. 75, inc. 12). Si bien no hay referencia explícita a la Salud Pública puede entenderse que la organización sanitaria queda involucrada en la Seguridad Social (Veronelli, 1975:113).

Las constituciones provinciales dictadas entre 1957 y 1962 (vg. Neuquén, Chaco) (Veronelli, 1975:119) hacen referencia explícita al derecho a la salud. La **Constitución de la Provincia de Buenos Aires** de 1994 reconoce los derechos sociales en el artículo 34 y su inciso 8 se refiere a la salud: “La Provincia garantiza a todos sus habitantes el acceso a la salud en sus aspectos preventivos, asistenciales y terapéuticos, sostiene el hospital público y gratuito... El medicamento por su condición de bien social integra el derecho a la salud...”. El artículo 40 avanza sobre el sistema de seguridad social “para los agentes públicos (que) estará a cargo de entidades con autonomía económica y financiera administrada por la Provincia con la participación en las mismas de representantes de los afiliados conforme lo establezca la ley...”. La norma constitucional involucra al Instituto de Previsión y al de Obra Médico Asistencial (IOMA)¹.

2.- La rectoría y regulación compete al Estado

La Directora General de la OMS llama rectoría a la “función de establecer las reglas de juego y hacerlas cumplir, proporcionando orientación estratégica a los distintos actores involucrados”. La Dra. Gro H. Brundtland completa:

“La responsabilidad última del desempeño del sistema de salud de un país incumbe al gobierno. La gestión prudente y responsable del bienestar de la población –en otras palabras, la rectoría– es lo esencial de un buen gobierno. La salud de la población es siempre una prioridad nacional, y el gobierno tiene en ello una responsabilidad continua y permanente”.

“En los gobiernos, muchos ministerios de salud se ocupan tan solo del sector público y no prestan atención al financiamiento y la atención privados, a menudo mucho más importantes. Es cada vez más imperativo que los gobiernos aprovechen la energía de los sectores privados y benéfico para mejorar el desempeño de los sistemas de salud, compensando al mismo tiempo las fallas de los mercados privados”.

“La rectoría consiste en última instancia en supervisar la totalidad del sistema, evitando la miopía, la estrechez de miras y el error de hacer la vista gorda ante las fallas detectadas...” (OMS, 2000).

¹ La normativa constitucional está lejos de cumplirse, como surge de la experiencia cotidiana. Es cierto que hay emprendimientos tendientes a dar respuesta a los derechos enunciados, pero no parecen sistemáticos ni han logrado concreciones sólidas.

A medida que los sistemas de Atención Médica iban ampliando cobertura y prestaciones, desde la segunda mitad del siglo XX, comenzaron los procesos de reforma. Ya entonces la OMS advertía a los gobiernos “remenen menos y conduzcan más” (González García y Tobar, 2004:156), gestando el concepto de rectoría que comprende definir prioridades y objetivos (conducción), establecer reglas de juego (regulación), velar por la sustentabilidad y la asignación de recursos según prioridades (adecuación financiera), asegurar el cumplimiento de las reglas y evitar las barreras de accesibilidad (vigilancia del aseguramiento), programar la armonía de servicios y subsectores en red o en sistemas así como definir parámetros de referencia-contrarreferencia (armonización de servicios) y cumplir las funciones esenciales de Salud Pública (González García y Tobar, 2004:156).

La rectoría en salud es asumida por los gobiernos de los países desarrollados, con diferencias de grado y más allá de las confrontaciones ideológicas, toda vez que en ese campo se reconoce que la demanda de servicios, en términos de mercado, no refleja la necesidad real de las poblaciones (González García y Tobar, 2004:172).

Con pie en la Constitución, la legislación nacional desarrolló las funciones del Ministerio de Salud. Tiene vigencia la Ley 23.930 (1991, TO Decreto 438/92) con modificaciones.

En ámbito de ese Ministerio se crearon los siguientes organismos:

- La **Administración Nacional de Medicamentos**, Alimentos y Tecnología (ANMAT, decr. 1490/92).
- La **Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud “Dr. Carlos Malbrán”** (ANLIS, decr. 1628/96) del que dependen los Institutos Nacionales de: Enfermedades Infecciosas, Producción de Biológicos, de Enfermedades Virales Humanas “Dr. Julio Maiztegui” (Pergamino), de Parasitología “Dr. Mario Fatala Chaben”, de Enfermedades Respiratorias “Dr. Emilio Coni” (Recreo, Santa Fe), de Epidemiología “Dr. Juan Jara” (Mar del Plata), de Investigaciones Nutricionales, y los Centros Nacionales de Genética Médica, de Diagnóstico e Investigación Endemoepidémica (CEDIE), de Red de Laboratorios de la República, y de Control de Calidad Biológicos.

Se agruparon asimismo:

- El **Centro Nacional de Rehabilitación Social**, orientado a adicciones (CENARESO) y el Instituto Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Discapacidad (Mar del Plata).
- El **Instituto Nacional Centro Único Coordinador de Ablación e Implante** (INCUCAI, Ley 24.193) encargado de la normatización y fiscalización de la obtención y trasplante de órganos así como de mantener una lista única de pacientes que los requieren.
- La **Administración de Programas Especiales** (APE, Decreto 53/98) con funciones de cobertura de alta complejidad y prestaciones básicas para personas con discapacidad.

Los organismos mencionados tienen responsabilidades de contralor sanitario, con excepción del CENARESO y el Centro de Rehabilitación que dan prestaciones directas.

Todos ellos sufrieron sucesivos recortes presupuestarios en las últimas décadas, aunque hay planes de fortificarlos. El **Instituto Nacional de Microbiología “Dr. Carlos Malbrán”**, fundado en 1916, fue referencia para Argentina y América Latina hasta la década de 1960². Se ocupó de estudios diagnósticos y epidemiológicos, producción y contralor de vacunas, sueros, reactivos y otros biológicos³.

El Estado regula al subsector privado, a través de la fijación de nomencladores y aranceles básicos, mediando –a través del Ministerio de Trabajo– en los convenios colectivos respecto a planteles y salarios de personal, estableciendo precios de medicamentos -a través de la Secretaría de Comercio-, regulando los de los Servicios Públicos, así como el mercado cambiario para insumos importados, y presiones impositivas y previsionales.

2 El **Dr. César Milstein**, egresado de la UBA, perfeccionado en Cambridge y profesional de ese Instituto, regresó a Gran Bretaña en 1962 y obtuvo el **Premio Nobel de Medicina en 1984**.

3 Hasta 1996 su presupuesto era del orden de 15 millones de pesos, 8 se destinaban a retribución de 362 profesionales, técnicos y auxiliares, y 7 millones a funcionamiento de programas. Estos 7 millones se redujeron en 1996 a 1,8 millones de pesos (*Clarín*, 7 de diciembre de 1996).

En las últimas décadas en Argentina, se ha incrementado no sólo la conciencia de las posibilidades de AM, sino también la de los derechos de la población a sus servicios, fruto del desarrollo de la Seguridad Social.

Sin embargo no se ha logrado una organización que favorezca la accesibilidad de una AM eficaz, equitativa y eficiente.

El aumento de recursos de la AM y su costo creciente han atraído hacia ella el interés de los principales factores de poder, grupos de presión y de capitales financieros.

Los grupos de presión cuyos legítimos intereses se concentran en la AM son los profesionales de salud y las instituciones que los agrupan, las instituciones prestadoras de AM y sus asociaciones, las empresas que producen bienes de salud y las cámaras que las agrupan (laboratorios farmacéuticos, productores e importadores de equipos, instrumental y materiales diversos), así como las organizaciones de trabajadores y las que representan a la población, objetivo último de la AM.

En este marco la AM en la Argentina constituye no sólo un servicio a la población sino un núcleo de concentración de recursos y de poder.

La definición de una política de salud y de AM por el Estado se funda en un marco teórico, se desarrolla por una forma operativa y requiere una cuota de poder suficiente y duradero para concretarla, negociando con factores de poder y grupos de presión en vistas al logro de mejores niveles de salud. Teoría, forma operativa y poder, permiten una estrategia de negociación.

A lo largo de décadas la AM en Argentina se desarrolló en forma anárquica impidiendo su eficiencia.

Una causa de esta anarquía es que el Estado, como expresión de la comunidad organizada, no definió con suficiente poder y duración una política global al respecto.

Esta hipótesis no deja de reconocer las distintas etapas en que se definieron y aplicaron políticas globales.

No obstante los logros de tales gestiones y los de otros protagonistas, no se ha alcanzado el impacto posible.

El Estado nacional y los provinciales no asumieron sistemáticamente su papel irrenunciable de rectoría: orientar, regular y coordinar una política global de AM en sus jurisdicciones.

3.- El Estado Nacional opera como prestador/proveedor

El Poder Ejecutivo Nacional (PEN) promovió, en etapas, entre 1957 y 1992 la transferencia de sus hospitales. La Ley 21.883 (1978) transfirió, sin apoyo presupuestario, 65 hospitales nacionales a las provincias. En 1990 se hizo lo mismo con 20 establecimientos más. El apoyo financiero vendría por el régimen de coparticipación federal. La Ley 24.061 (1992) sin las correspondientes partidas, transfería los últimos hospitales nacionales a las jurisdicciones junto a las escuelas primarias, secundarias e institutos de minoridad. La Nación hoy carece de hospitales con excepción de dos con estatus compartido, el "Hospital Alejandro Posadas"⁴ de Morón y el Hospital Nacional de Pediatría "Juan P. Garrahan"⁵ (MSNA - CABA), y dos institutos de pacientes crónicos: el hospital "Baldomero Sommer" y la colonia "Dr. Manuel Montes de Oca".

El Ministerio Nacional dictó, en la década de 1990, normas de regulación, en su mayoría inaplicables o inaplicadas. Coordina la información epidemiológica y provee insumos para programas de inmunización, control del SIDA y otras patologías prevalentes.

El presupuesto nacional sostiene, a favor de los Ministerios de Defensa, Interior y Educación, la sanidad militar y de servicios de seguridad, de la Policía Federal y de establecimientos propios de las Universidades de Buenos Aires, Córdoba y Rosario. Entre ellos cuentan hospitales de alta complejidad: el Militar Central y el de Campo de Mayo, el Naval Central y el de la Base Naval de Puerto Belgrano, el Aeronáutico Central y el Complejo Churrucá-Visca de la Policía Federal, otros hospitales y servicios de esos organismos de defensa y seguridad.

4 La crisis del Posadas, de larga data, ha sido expuesta con crudeza de enfoque en la obra de uno de los miembros de la comisión normalizadora designada por el ministro Héctor Lombardo, el doctor **Ignacio Katz**. La obra se titula "Argentina hospital. El rostro oscuro de la Salud" (Edhasa, Bs. As., Nov. 2004) y tratándose de un autor experimentado en Salud Pública, puede considerarse como un curso breve de administración hospitalaria a partir de la descripción de los graves defectos y carencias del conjunto y de determinados servicios del Hospital Posadas.

5 Con el título "Un hospital no debe pasar sustos", se captó la inquietud sobre una insuficiencia presupuestaria que lo pusiera al borde del cierre (*Clarín*, 1995).

Entre los Universitarios se destaca el Hospital de Clínicas (UBA) que, en 1999, atendía 800.000 consultas y 12.000 internaciones al año (*Clarín*, 1999). De la UBA depende también el Hospital Oncológico “Ángel Roffo”. Hay partidas menores para servicios de salud propios de otras universidades.

El liderazgo del organismo nacional de salud fue siempre conflictivo, aún en sus momentos más sólidos. La gestión Carrillo no logró la centralización que la doctrina de la década de 1950 preconizaba. La descentralización de la doctrina de la década de 1960, planteó políticas claras y globales en las gestiones de Noblia, Oñativia y Holmberg.

Los programas de apoyo en salud instaurados desde el presupuesto de 1969 y administrados por el Ministerio nacional, no superaban el 6% del gasto estatal. Tuvieron demoras de ejecución y consecuente distorsión de objetivos en los niveles provinciales. Los subsidios en especie a través de la provisión de vacunas tuvieron demoras episódicas de gestión que postergaron los operativos. En el presupuesto de 1991 las transferencias se redujeron y en 1992 se suprimieron operando a través de la coparticipación federal (Arce, 1993:196). Quedó sólo apoyo en especie a los programas de enfermedad de Chagas-Mazza, HIV-SIDA, Maternoinfantiles y de Inmunización. Los enfoques de las gestiones posteriores se verán a propósito de las Obras Sociales.

La gestión nacional del ministro Gines González García encontró una situación de emergencia sanitaria extrema de la que el hospital Garrahan es penosa expresión. El ministro describió los recursos fragmentados en subsectores, desarticulados entre las provincias, sin regulación de tecnología, insuficientes y escasos recursos de prevención. El perfil epidemiológico se presentó con mortalidad y morbilidad evitables, inequidades y brechas escondidas por promedios estadísticos.

La gestión planteó un Plan Federal de Salud 2004-2007 consensuado en el Consejo Federal de Salud (COFESA), en una Mesa de Diálogo en Salud y un Acuerdo firmado en San Nicolás, tendiendo a una financiación equitativa, una organización en redes asistenciales integradas con población a cargo y un seguro básico universal capitado según riesgo, que garantice el acceso a la atención.

Se priorizó la Atención Primaria fortaleciendo los Centros Periféricos de Salud (CAPs) con el programa “Remediar” por el que se los provee de medicamentos esenciales en forma regular. Además se agregó el programa de médicos comunitarios para los CAPs de áreas más críticas, con 7.000 becarios para asistencia, trabajo en terreno delimitado para cada unidad en paralelo a un modelo formativo en Salud Comunitaria a cargo de 17 universidades.

Una política definida en medicamentos fue la legislación que estableció la prescripción por genéricos, que aún discutida por instituciones de jerarquía como la Asociación Médica Argentina (AMA)⁶, racionalizó el uso de esos bienes de salud. El acceso a los mismos fue planteado por la misma gestión, desde 2002, a través del Programa Remediar, en el marco de una Política Nacional de Medicamentos, que en un año proveyó 100.000 botiquines con 46 medicamentos esenciales a casi 5.000 Centros de Atención Primaria, con un consecuente impacto redistributivo hacia los sectores por debajo de la línea de pobreza (González García y Tobar, 2004:163).

El Plan Federal promueve asimismo la categorización de efectores en red, la competencia regulada entre sistemas y servicios, la definición de indicadores y documentación y la promoción de la calidad.

4.- Las jurisdicciones operan como prestadoras

Los estados provinciales con sus municipios y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) tienen una estructura prestacional propia: hospitales, unidades sanitarias y programas especiales.

En su conjunto asumen 3/4 del gasto estatal de AM. La reducción del gasto fiscal de 1995 no involucró, en este sector, una racionalización.

La demanda de AM no reconoce límites jurisdiccionales. En el conurbano de la Ciudad de Buenos Aires se entrecruzan la Provincia de Buenos Aires, 21 de sus municipios y el gobierno de la Ciudad Autónoma.

⁶ El presidente de la AMA, Elías Hurtado Hoyos, consideraba que “es necesario educar a los médicos para que sepan utilizar bien los recursos y no hagan medicina de más” al mismo tiempo que reclamaba acciones en los campos de la alimentación, el trabajo, la seguridad y la justicia. Al advertir que al default económico seguía un default sanitario, sostenía “Hay 20 millones de personas que son cautivas en cuanto a la atención que pueden recibir, pero que también el equipo de salud lo es de las decisiones políticas del gobierno (Consultor de Salud n° 290).

Este entrecruzamiento generó conflictos permanentes entre esas jurisdicciones que suelen reclamar pagos a las vecinas cuyos habitantes se atienden en sus servicios⁷.

Las confrontaciones se repiten entre municipios vecinos de la provincia cuando uno tiene hospital propio y atiende vecinos del otro⁸.

5.- El Subsector Estatal cuenta con gran estructura

Estructuralmente, en 1980, el subsector estatal disponía de más del 63% de las camas de internación. Funcionalmente producía menos del 50% de los egresos. Para la asistencia ambulatoria disponía del área externa de los hospitales y de las unidades sanitarias.

La dependencia de los efectores variaba según la propiedad fuera nacional, provincial o municipal. En esta última categoría se computó la estructura de la Ciudad de Buenos Aires. En "otras dependencias" se consideró la perteneciente a las Fuerzas Armadas y de Seguridad [Cuadro 5.a].

Argentina Camas hospitalarias. Subsector Estatal s/dependencia. 1980 y 1995

Año	1980 (a)		1995 (b)	
	Camas (n°)	Distribución (%)	Camas (n°)	Distribución (%)
Subsector Estatal				
Nacional	10.580	11,15	2.341	2,78
Provincial	57.096	60,16	55.252	65,70
Municipal	17.416	18,35	20.137	23,94
Otras depend.	9.811	10,34	6.364	7,58
Total	94.903	100,00	84.094	100,00

(a) INDEC y (b) Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, 1995

Cuadro 5.a

En 1970, la Nación siguió transfiriendo sus establecimientos a las provincias y a la Capital Federal. La provincia de Buenos Aires, a través del SAMO⁹, transfirió hospitales de baja y mediana complejidad a los municipios con apoyo presupuestario.

Esta diversidad de dependencias y la magnitud de su estructura, caracterizan al subsector estatal. Este no logró implementar la autonomía de los establecimientos a pesar de las recomendaciones de la OPS (1955), del intento del Hospital de la Reforma en Buenos Aires, bajo la gobernación de Alende (1961) y del Decreto-Ley de servicios de atención de la comunidad (Decreto-Ley 17.102) bajo la gestión Holmberg (1968). La descentralización no alcanzó, excepto en gestiones transitorias como las mencionadas, ejecución periférica bajo normatización central. Si bien el proceso de regionalización sanitaria contribuyó a un cierto grado de descentralización de trámites, no fue decisiva en aspectos esenciales como la administración de personal y el manejo presupuestario. Estos aspectos se mantienen centralizados bajo la autoridad jurisdiccional.

Desde una perspectiva crítica pueden señalarse las siguientes características comunes a la mayoría de las jurisdicciones:

- desarticulación entre subsectores y aún dependencias estatales;
- carencia de planificación de la función de cada establecimiento en una red estatal y aún menos con la red privada;

7 En 1978 la Secretaría Ortega de la entonces Capital Federal, reclamó el pago por prestaciones a pacientes bonaerenses en hospitales capitalinos al Ministro provincial Ustarán. Este rechazó el requerimiento argumentando, con razón, que había una migración diaria desde Provincia a CF que pagaba impuestos indirectos contribuyendo a sostener sus hospitales. El reclamo continuó alentado por las campañas electorales. En el 2001, se decía desde la CABA: "la asistencia brindada por el gobierno es un derecho de los vecinos, ellos la sostienen". En 1996, el candidato a intendente de la CABA por el FREPASO, Norberto La Porta, reclamaba al entonces gobernador Duhalde, que "colabore con nuestro sistema hospitalario" (*Clarín*, 5/06/96). En 2001, discutieron en los medios el secretario Neri y el ministro Mussi. Lo harían más tarde Ibarra (CABA) y Ruckauf (PBA) (*La Nación*, 2001).

8 El intendente Rousselot, en diciembre de 1995, despidió 247 trabajadores del Hospital de Morón y debilitó la UTI inaugurada en 1994. La disfunción emergente trasladó consultas e ingresos de Morón y municipios vecinos a servicios de la CABA. También la Municipalidad de Quilmes produjo 170 despidos en el Hospital Materno - Infantil de San Francisco Solano (*Clarín*, 3 de enero de 1996).

9 El Sistema de Atención Médica Organizado (SAMO) se estableció en la provincia de Bs. As. por el Decreto-Ley 8.801 de 1978.

- proyectos sobredimensionados de plantas físicas y lenta construcción de los edificios, con incremento del gasto por “mayores costos”;
- períodos de larga latencia entre la conclusión de obras y puesta en funcionamiento, lo que no obsta el “corte de cintas”¹⁰;
- imprevisión del mantenimiento reparador y preventivo;
- insuficiencia en las instalaciones y equipos que genera numerosos “cuellos de botella” en la producción de servicios, vg. un servicio de radiología puede anularse si se descompone una única procesadora de placas;
- provisión inoportuna y desarmónica de bienes y servicios de funcionamiento (Larguía, 1986);
- procedimientos de contratación de bienes o servicios complejos y dilemáticos. La contratación directa, es eficaz en manos honestas y se presta a corrupción en las deshonestas, pero está limitada. Lo mismo ocurre con la centralización en rubros mayores: se supone que debe lograr menores precios por el gran número de unidades, lo que depende de las manos que intervengan. Las licitaciones, aún más las públicas involucran una complejidad de trámite que funciona sólo si se programan el stock y los plazos¹¹;
- estructura complicada y rígida de los organigramas y plantas de personal;
- regímenes de personal adaptados a los reclamos sectoriales, compensatorios de bajos niveles de remuneración;
- remuneraciones bajas y fijas, con bonificaciones sólo por antigüedad y contingencias, no por producción, rendimiento ni perfeccionamiento;
- dedicación horaria reducida de los profesionales, entre 4 y 6 hs. diarias, con algunas ampliaciones para determinadas funciones;
- cobertura parcial de vacantes según normas de restricción de gastos al ritmo de la ejecución presupuestaria;
- funcionamiento reducido de las estructuras, en una cuarta parte de la jornada, por la reducción horaria;
- ausencia de normas de funcionamiento de servicios y dilución de responsabilidades en niveles ramificados de conducción;
- dependencia de la autoridad jurisdiccional para las decisiones sobre personal y fondos
- manejo ineficaz de los fondos menores descentralizados, atados a normas rígidas de contabilidad;
- manejo ineficaz de los bienes de funcionamiento y patrimoniales por la rigidez de las normas administrativas;
- tercerización de servicios de alimentación, limpieza y seguridad a empresas, que aún con contratos caros, trabajan con contratados en negro y retribuciones muy bajas con consecuentes cortes de servicios;
- falta de evaluación formal de los establecimientos y sus prestaciones;
- Gerencia Social ausente (administración en sentido amplio y no en sentido burocrático);
- falta de criterio informático en red (referencia y contrarreferencia informática);
- vallas a la accesibilidad en ambulatorio por turnos limitados y en general matutinos que generan colas desde las 5 de la madrugada, producto de la carencia en la articulación de los niveles de atención. Esto sobrecarga las guardias con pacientes que quieren evitar las colas o acceder fuera del horario de trabajo del paciente o su familia.

La financiación del subsector se basa en los presupuestos del órgano político del cual dependen. La Nación dedicó en la última década entre 2 y 4% de su presupuesto a salud, las provincias entre 8 y 12%, salvo la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que gasta más del 20% y los municipios alrededor del 2% si no tienen hospital y entre 10 y 35% si lo tienen. La mayor parte de estos presupuestos se vuelcan en los hospitales. Las construcciones suelen computarse en los presupuestos de Obras Públicas.

10 En la provincia de Buenos Aires el 29/12/96 se inauguró el pabellón de quemados del Hospital “Gral. San Martín” de La Plata, centro de alta complejidad con 28 camas de internación. Sólo tres consultorios estaban en condiciones de asistir pacientes de bajo riesgo. Faltaban las camas y la planta de enfermería para cubrir internación. A los pocos días se detectaron pérdidas de agua, pinturas descascaradas, humedad y fallas en equipos (*La Nación*, 1996).

11 En provincia de Buenos Aires, senadores opositores reclamaron por contrataciones directas y prórrogas de convenios para servicios tercerizados de alimentación y limpieza, sin intervención –según ellos– de la Fiscalía de Estado (*El Día*, 1993).

El presupuesto hospitalario está signado por las siguientes características:

- el grueso se requiere para **pago de sueldos** (circa 70%).
- las partidas para compras de **capital e inversiones son exiguas** y centralizadas.
- las partidas de **mantenimiento son virtualmente inexistentes**.

Las leyes u ordenanzas de presupuesto son aprobadas, inconstitucionalmente, con demora debiendo pasar parte del año con las partidas renovadas del presupuesto anterior. Los fondos están rígidamente encuadrados en partidas y las transferencias requieren decisiones de la autoridad centralizada.

La ejecución presupuestaria está sometida a las normas rígidas de las leyes de contabilidad y patrimonio. Las contrataciones deben implementarse por procedimientos licitatorios o concursales, aún por montos bajos. El régimen de pagos no depende del establecimiento, sino de la tesorería de la autoridad centralizada que tiene sus propios cronogramas. Suele ocurrir que por demora en los pagos, a pesar de la masa de elementos licitados, los precios sean superiores a los de plaza.

Por sospecha para con todo funcionario, la negociación de valores y pagos resulta imposible. En ese marco el buen funcionario no puede contratar en las mejores condiciones. El mal funcionario en vez, si es hábil, puede negociar en su propio provecho sabiendo que quedará impune¹².

La recepción de los insumos y su control en cantidad y calidad pocas veces está bien implementada.

La segunda fuente de financiación del subsector estatal es el arancelamiento de sus prestaciones implementado en casi todas las jurisdicciones a mediados de la década de 1970.

Los establecimientos estatales atendían entonces alrededor del 40% de las internaciones de beneficiarios de OOSS sin poder reclamar el reintegro de gastos. El manejo del arancelamiento tiene las siguientes dificultades:

- temor de los pacientes a ser rechazados por expresar su cobertura;
- falta de atención de los directivos a la conducción y control de cobros;
- falta de entrenamiento del personal administrativo;
- dificultades en la facturación por nomencladores diferentes de los usados por OOSS;
- atomización de las bonificaciones del personal por distribución indiscriminada sin relación a la productividad;
- evasión o demora de las OOSS, y seguros en el pago de las facturaciones, lo que ha sido corregido por la ANSSAL-SSS;
- falta de computarización descentralizada a nivel hospitalario.

Son pocos los establecimientos estatales en los que rinde el arancelamiento. Lizarraga, director del Hospital "Fernández" (CABA) con plantel de 1.000 agentes, 440 camas y 30 operaciones diarias de producción, manifestaba en 1991 que el procedimiento era eficaz en ese establecimiento y le permitía subvencionar gastos para pacientes sin cobertura (García Lozada, 1991).

Una tercera fuente de financiación de los establecimientos del subsector estatal, de montos menores, son las cooperadoras. Éstas obtienen fondos de donaciones, actos benéficos y de "bonos contribución" voluntarios a los pacientes. Su manejo es dinámico y contribuye a sectores críticos de los establecimientos. Sin embargo las cooperadoras no son ajenas a los conflictos internos.

Una cuarta fuente de ingresos indirecta, en especie, es la indicación a los pacientes internados de medicamentos y material de uso médico, que deben adquirir en forma particular.

El personal alcanza en el hospital estatal una experiencia que después aplica en privado. Los profesionales se forman en él desde el pregrado. La mayoría de las escuelas médicas argentinas, se originaron en ellos.

En el régimen de Carrera Profesional, para evitar el mal mayor de la designación arbitraria, se eligió el de los parámetros rígidos. Para el resto del personal, la compensación de bajos salarios opera por licencias y permisos. Los intereses de los pacientes no se computan en estos regímenes.

La baja dedicación horaria profesional y el alto ausentismo, de hasta el 40%, del resto del personal, las grandes plantas edilicias con desequilibradas instalaciones y equipos generan el bajo rendimiento y calidad del subsector. Sin embargo los establecimientos estatales practican una

¹² Es absurdo que personal que maneja cuantiosos fondos estatales sea remunerado con sueldos irrisorios. Merece una reivindicación el funcionario público que resiste las tentaciones de corrupción.

medicina de experiencia y en algunos casos de alta calidad. La existencia de guardias activas es clave en la asistencia de emergencias.

La complejidad de equipamiento del subsector estatal fue pionera pero en las últimas décadas quedó demorada.

La alta complejidad se concentró en el subsector estatal hasta alrededor de 1970. Sus hospitales disponían de los primeros servicios complejos de neuro y cardiocirugía así como de las UTI, neonatología intensiva y los equipos de radioterapia (Neri, 1982).

Entre los años 1977 y 1981, (Arce, 1993:175-178) se concertaron ciertas medidas que volcaron el equipamiento de alta complejidad al subsector privado:

- paridad cambiaria favorable a las importaciones;
- créditos externos disponibles;
- aranceles sobrevaluados de prestaciones con equipamiento;
- adelanto de subsidios estatales a devolver con prestaciones;
- autorizaciones de prestaciones de complejidad a través de los organismos estatales de emergencia;
- exenciones aduaneras para importación de equipos para el caso de las fundaciones.

Pero los bajos presupuestos en el subsector estatal desactualizaron su complejidad.

Esta inversión del subsector privado generó un hábito que llevó a la sobresaturación de complejidad apoyada en indicaciones médicas para esas prestaciones. Como resultado final muchos establecimientos del ámbito privado vieron peligrar sus subsistencias por caer en los siguientes vicios de gestión:

- Organización empresarial deficitaria en cuanto a gerenciamiento y planificación.
- Carencia en la evaluación de proyectos de inversión en equipamiento y estructura.
- Falta de información estadística y de costos.

La docencia de pregrado sobrecarga la vida hospitalaria por los trabajos prácticos, exámenes, presentación en clases y prórroga del tiempo de internaciones. La actividad docente y asistencial deben estar integradas pero hay aspectos que pueden separarse. Un ejemplo son los exámenes finales del ciclo clínico, que puede trastocar por varios días la asistencia. A esta situación contribuyó el ingreso masivo a las universidades que, en Medicina, distorsiona la asistencia hospitalaria.

El confort del paciente y la personalización están afectados, a pesar de la buena actitud del personal, por sobrecarga de tareas, complicaciones funcionales y tiempos insuficientes.

6.- Las deficiencias del hospital estatal

La crisis del hospital estatal se incubó desde el fin de la gestión Carrillo. En octubre de 1977 el Ministerio de Planeamiento convocó una comisión de consulta sobre Salud Pública en cuyo seno el Dr. René Favalaro dijo: "En este momento estamos no a nivel 0 sino a nivel menos 100 en materia de salud", señaló "lo desastroso de nuestros hospitales obsoletos, la mayoría de ellos construidos hace 50 o 60 años y sin estructura adecuada ni medicamentos" y que las tasas de mortalidad en algunas zonas "deberían avergonzarnos porque se ubican entre las más altas del mundo" (*El Día*, 1977).

A principios de 1987 la maternidad del Hospital Interzonal General de Agudos (IZGA) "General San Martín" (Policlínico) de La Plata debió ser reacondicionada por lo cual el servicio se trasladó por cuatro meses al Hospital ZGA "Dr. Ricardo Gutiérrez". Transcurridos tres meses más se anunció una adecuación en 150 días adicionales y luego otros 150 días. La situación del Gutiérrez se describía así: una enfermera para 5 salas con 50 camas, un solo baño para ambos sexos, bañera ocupada con baldes plásticos y techos descascarados¹³ (Recuadro 1).

13 Las salas de neonatología tenían 35 y 25 m² cada una, ocupadas por 10 incubadoras más 5 cunas, y 7 incubadoras más una cuna respectivamente, cuando cada incubadora requiere 5-5 ½ m² (*El Día*, 1987).

Titulares y editoriales de los diarios insisten desde la década de 1980 con esta noticia: "crisis hospitalaria" y la describen con numerosas situaciones

- Carencias desde medicamentos hasta alimentos y colchones; falta de personal y bajos salarios en hospitales estatales... (Clarín, 05 de septiembre de 1982: editorial).
- FEMEBA: falta de camas hospitalarias en el Gran Buenos Aires y persistencia de interinatos médicos sin concursos (Clarín, 29 de noviembre de 1984).
- La Nación: comparación de internación en un hospital de la CABA con un cuento de Ezequiel Martínez Estrada titulado: "Descenso a los Infiernos" (La Nación, 10 de octubre de 1986).
- Hospital Neuropsiquiátrico "Christófredo Jacob" de Salta: brote de fiebre tifoidea (La Nación, 13 de abril de 1989:13).
- Afirmación del Ministro de Salud y Acción Social, Eduardo Bauzá sobre el hospital Neuropsiquiátrico "Braulio Moyano" de la CABA: "más que como un hospital -me da vergüenza decirlo- funciona como un depósito de personas porque la mayoría de las internaciones son por orden judicial de mujeres abandonadas en las calles por problemas mentales". Renuncia la interventora por falta de recursos y manejos político-gremiales (Clarín, 4 de julio de 1990).
- Expresión de la Subsecretaria de Salud, Matilde Menéndez con motivo de 32 muertes en un mes (Clarín, 2 de julio de 1990:12): "Hoy no sé si la alimentación que se da en el Moyano es la adecuada..." y "... no hemos tenido el presupuesto para revertir fallas estructurales" (Clarín, 4 de julio de 1990).
- Sobre población y falta de recursos en los grandes hospitales provinciales de La Plata (El Día, 21 de enero de 1990:7).
- Demanda en hospitales estatales del Gran La Plata: aumentaba entre un 18 y 19% en el año 1993. Colas para obtener turno desde las 5 hs. de la mañana. Falta de insumos en forma alternada (El Día, 29 de abril de 1993:1, 2º Sección).
- Denuncia sobre deficiencias en el Hospital de E. Infecciosas Muñiz y afirmación de que "la decadencia del sector (estatal de salud) es de sobra conocida" (Clarín, 31 de marzo de 1995: editorial).
- Impulso del Ministerio nacional (MSAS), en 1995, al Programa de Garantía de Calidad de la AM, con exigencias muy distantes a la realidad y posibilidades (La Nación, 20 de abril de 1995:3, 6º sección).
- Nuevas deficiencias:
 - Hospitales del conurbano recibían un 50% más de demanda: el municipal de Laferrere llegaba a las 500 consultas diarias de guardia; el municipal de San Miguel cerraba neonatología por infección intrahospitalaria; el de Polvorines exhibía carteles diciendo "internación cerrada por falta de insumos", "no hay más medicación", "traer agujas y jeringas" (La Nación, 12 de julio de 1995:1).
 - Detección por el Registro Nacional de las Personas en una Colonia Neuropsiquiátrica: 20% de internados sin identificar (alrededor de unas 200 personas) (Clarín, 26 de agosto de 1996: editorial).
 - Cuatro incendios en el Hospital Eva Perón (ex Castex) de San Martín, en 1996 (Clarín, 10 de septiembre de 1996:33).
 - Explosión de demanda en los hospitales chaqueños, por la ruina de las OOS, los cortes de servicios y la desocupación, en 1995 (Clarín, 22 de abril de 1996:53).
 - Descripción por el Colegio de Médicos del Distrito I sobre hospitales del Gran La Plata: gran cantidad de obras y reformas edilicias con mala calidad de materiales, construcciones inapropiadas, UTI sin cumplir requerimientos, quirófanos sin apoyo de esterilización, equipos embalados, falta de reemplazos de guardia, sueldos impagos en algunos establecimientos municipales (Consultor Salud 03/98 nº 192:14).
 - Sin funcionar el único Tomógrafo Computado estatal durante tres meses y derivación de 35 pacientes por día (El Día, 19 de febrero de 1999:13).
 - Reclamo de la CICOP (Asociación Sindical de Profesionales de Salud. P.B.A.) por el pago de guardias, cobertura de vacantes de médicos y enfermeras, restricción de insumos e inestabilidad de 2000 profesionales. (El Día, 21 de septiembre de 2000: solicitada)
 - Descripción del Dr. J. A. Mazzei, ex director, del "Hospital de Clínicas" de la UBA: ascensores sin funcionar, quirófanos cerrados, carencia de informática, falta de equipos de alta complejidad,

14 Fue creado en 1881 y sostenido por fondos de leyes especiales y desde 1982 incluidos en el presupuesto de la Universidad con alrededor de \$26 millones en 2001. Su estructura es de 2800 empleados, 356 residentes, paso de 4.000 estudiantes, con 400 camas habilitadas y se le calcula un presupuesto necesario de \$100 millones.

escasez de insumos, insuficiencia de personal y atraso de turnos, largas esperas de los pacientes (La Nación, 18 de marzo de 2001: enfoques: 5).

- Instancia de un juez de San Martín al Hospital "Eva Perón" (ex Castex): **"de la manera más enérgica a las autoridades ejecutivas de la Provincia a tomar cabal conciencia de la calamitosa situación en que se encuentra sumido el sistema de salud pública, la que, más allá de la emergencia, por todos conocida, es el resultado de un extenso período de abandono e irresponsabilidad con que ha sido administrado el sector con detrimento de los más desprotegidos"** (El Día, 28 de agosto de 2002:14).
- Reclamo de pacientes de hospitales estatales porque los turnos para algunas prácticas se dan con meses de atraso y de los médicos por insuficiencia de plantales, carencia de insumos, drogas esenciales y deficiencias en la infraestructura (El Día, 27 de julio de 2003:11)
- Dificultades en la instalación de equipos de complejidad por demoras en las remodelaciones necesarias, carencia de aparatos que anulan el funcionamiento de quirófanos, demora en la entrega de descartables y medicamentos (El Día, 30 de enero de 2004:9)
- Crisis del Hospital Pediátrico "Juan P. Garran" en 2005, iniciada hace ya tres años: "en siete meses (tuvimos que soportar un mes de paro) lo que equivaldría a que cerca de 21.000 chicos no pudieron ser atendidos...". Desde abril se debieron suspender 170 cirugías donde se atienden niños de todo el país y con patologías de muy alta complejidad. Los paros impulsados por directivos de ATE (Asociación de Trabajadores del Estado) que agrupa a alrededor de 470 agentes de los 2.500 de la planta hospitalaria, genera una situación inadmisibile en la asistencia de los pacientes. El PEN y aún los jueces se esfuerzan por controlarla. Una sana reacción del personal, aún estando de acuerdo con los reclamos salariales, promueve la normalización. Es posible que una conciliación obligatoria que dicte el Ministerio de Trabajo pueda lograrla, evitando la atención incompleta de los pacientes y una sobrecarga del Poder Judicial por un problema de jurisdicción administrativa (Consultor de Salud. Impacto del Conflicto en el Garrahan. C.S. ? 370:24).
- Sobrecarga en el Hospital de Niños de La Plata: "Hay días que los 6 o 7 médicos que trabajan en la guardia del Hospital de Niños llegan a atender a más de 500 chicos en menos de 24 hs.". Dice el jefe de guardia: "Ves toda esta gente que está afuera esperando. Más de la mitad podría ser atendida en una salita. Pero qué pasa: de allá los mandan para acá porque no tienen aparatos. Entonces la avalancha la recibimos nosotros" (El Día, 8 de mayo de 2005:8).

La extensión del aumento de la demanda, el desabastecimiento de insumos y la falta de nombramientos, así como la designación "política" de los directivos, fue resumida por diversos protagonistas en un cuadro de situación (Consultor de Salud nº 298).

El aumento del costo de los insumos complicó aún más tanto a los hospitales estatales y como a los privados (*Ámbito Financiero*, 2002).

No obstante el hospital público es el efector emblema presente en la contención de las grandes crisis socio-sanitarias de nuestro país. Actualmente es acreedor de la Seguridad Social. Como muestra basta un dato: la transferencia de recursos del subsector público a la Seguridad Social es constante por la asistencia a parte de sus beneficiarios y de valores indeterminados (dada la ausencia de registros), por la demanda espontánea de servicios en consultorios externos e internaciones (Katz, 1998). La misma tesitura subsidiaria es generada con las empresas de medicina prepaga mediante coberturas de alta complejidad o con las aseguradoras de accidentes, atendiendo los siniestros de sus asegurados.

Informando respecto de las críticas el ministro bonaerense, Ismael Pasaglia, anunció medidas de corrección como el fortalecimiento de la Atención Médica Primaria, la habilitación de 250 nuevas camas hospitalarias estatales en el Gran Buenos Aires, un régimen de austeridad ministerial y una significativa reducción de los valores de compra de insumos. Respecto de los salarios, aún reconociendo la justicia del reclamo, señaló la dificultad de hacer un ajuste significativo para una planta provincial de 15.000 profesionales y 25.000 técnicos y empleados para una capacidad instalada de 13.000 camas propias de la jurisdicción (Consultor de Salud nº 319).

7.- El modelo de Hospitales Públicos de Autogestión fue un intento hasta ahora fallido

El modelo de hospitales estatales (públicos) de autogestión (HPA) tiene antecedentes piloto en los Hospitales de la Reforma (provincia de Buenos Aires, 1961) y en los de la comunidad nacionales (Decreto-Ley 17.102 de 1966).

El modelo de la gestión Mazza, presentado en 1996, hizo pie en el concepto de hospital-empresa con descentralización de los recursos y la gestión: a la vez que integrado en red y con áreas programáticas (Ministerio de Salud y Acción Social, 1996).

Aun en competencia por beneficiarios de OOSS, el HPA recibe su presupuesto jurisdiccional, facturando a los otros subsectores.

Su fundamentación diferencia los conceptos de desconcentración, delegación y descentralización (Ministerio de Salud y Acción Social, 1996:13).

- a. **Desconcentración:** acto administrativo por el que un nivel superior transfiere facultades y recursos sin un expreso sustento jurídico.
- b. **Delegación:** acto administrativo de transferencia de facultades manteniendo la subordinación.
- c. **Descentralización:** acto político con expreso sustento jurídico que transfiere decisiones, facultades y recursos a un ente de derecho público de otra jerarquía.

Este último proceso propuesto como redes de entes descentralizados tiene connotación de responsabilidad territorial (Ministerio de Salud y Acción Social, 1996:16).

La virtud y las dificultades de la descentralización así entendida es la transferencia y el desprendimiento de poder político del nivel central.

Desde el punto de vista asistencial el HPA busca la calidad y equidad de la AM.

En ese orden la gestión de Mazza promovió las Políticas Sustantivas e Instrumentales de AM (decreto 1269/92) y la implementación del Hospital Público de Autogestión (Decreto 578/93).

Este último decreto estableció un registro de estos efectores, marcó la atención sin discriminaciones y gratuita para pacientes sin cobertura y fijó un mecanismo para asegurar el pago de facturaciones de las OOSS. De no concretar el mismo a los 30 días corridos de la presentación, el HPA puede reclamar a la ANSSAL que lo concreta con débito a la OOSS (Ministerio de Salud y Acción Social, 1996:55).

Los ingresos de este carácter son administrados por el mismo HPA, con destino a:

- a. un fondo solidario,
- b. inversiones, funcionamiento y mantenimiento y
- c. distribución mensual entre el personal según pautas (Ministerio de Salud y Acción Social, 1996:55)

En tanto ente descentralizado, el HPA puede hacer convenios, coordinar servicios con otros efectores, cobrar prestaciones cuando hay capacidad de pago y formar redes asistenciales (Ministerio de Salud y Acción Social, 1996:56).

Sin embargo el HPA no logró éxito. Las normas del Programa de Garantía de Calidad eran en buena parte inaplicables. Los hospitales estatales no estaban preparados para facturar. Los cobros a las OOSS, no obstante el recurso del ANSSES, no fueron significativos. En octubre de 1998 los 33 hospitales de la Ciudad de Buenos Aires eran acreedores de \$6 millones. Sólo tres de ellos habían cobrado escasos \$70.000, cuando la Intendencia de entonces esperaba recaudar \$100 millones al año (Arenas, 1995). El hospital de Clínicas, de la UBA, y el Garrahan, una "empresa pública descentralizada" financiada por el Ministerio Nacional y el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, son de los pocos que lograron cobros significativos.

En el interior del país los logros fueron también magros. El agravante en todas las situaciones fue una discriminación, que aunque no deseada, surgía de la encuesta para definir la situación económica de los pacientes y sus familias. Por otra parte algunos establecimientos pusieron una especie de tope, del orden del 20%, de indigentes para asistir, produciendo el rechazo de otros (*Página/12*, 1995).

8.- Nuevas perspectivas

No obstante las situaciones descriptas y la polémica sobre los Hospitales Públicos de Autogestión, debe señalarse que se percibe en el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y en sus equivalentes provinciales, en especial en Buenos Aires, una planificación y un esfuerzo sostenido por dar soluciones a corto y mediano plazo.

Citas bibliográficas

- *Ámbito Financiero*, 19 de septiembre de 2002, p.8.
- Arce, Hugo E., *El territorio de las decisiones sanitarias*. Buenos Aires, Héctor A. Macchi, 1993.
- Arenes, C., *La autogestión no alivia a los hospitales*, en *La Nación*, 8 de octubre de 1995.
- *Clarín*, 2 de enero de 1999, p. 48.
- *Clarín*, 3 de enero de 1996, p. 16.
- *Clarín*, 5 de junio de 1996, p. 10.
- *Clarín*, 7 de diciembre de 1996, p. 48.
- *Clarín*, 8 de septiembre de 1995, p. 16.
- *Consultor de Salud* 319:6.
- *Consultor de Salud*, nº 290:6.
- *Consultor de Salud*, nº 298:7.
- *El Día*, 3 de febrero de 2003, editorial.
- *El Día*, 5 de agosto de 1993, p. 9.
- *El Día*, 6 de febrero de 1987, p. 4.
- *El Día*, 6 octubre de 1977, p. 3.
- García Lozada, en *La Nación*, 6 de agosto de 1991.
- González García, Ginés y Tobar, Federico, *Salud para los argentinos: economía, política y reforma del sistema de salud en Argentina*. Buenos Aires, ISALUD, 2004.
- INDEC. Anuario estadístico. Buenos Aires, 1980, p. 391.
- Katz, Ignacio, *Al gran pueblo argentino Salud*. Buenos Aires, Eudeba, 1998.
- *La Nación*, 4 de febrero de 1996, p. 2.
- *La Nación*, 7 de agosto de 2001, p. 10 y 11.
- Larguía, Miguel, *Progresiva pérdida del nivel asistencial y académico de los hospitales*, en *La Nación* 22 de febrero de 1986, p. 7.
- Ministerio de Salud y Acción Social. *Guía de establecimientos asistenciales de la República Argentina*. Buenos Aires, 1995.
- Ministerio de Salud y Acción Social. *Hospital Público de Autogestión. Marco conceptual, estrategias e instrumentos operativos*. Buenos Aires, octubre de 1996.
- Neri, Aldo, *Salud y política social*. Buenos Aires, Hachette, 1982, p. 127.
- OMS. *Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Informe sobre la Salud en el Mundo, Estados Unidos, 2000, p. IX-X.
- *Página/12*, 27 de junio de 1995.
- Veronelli, J. C., *Medicina, Gobierno y Sociedad*. Buenos Aires, El Coloquio, 1975.

LAS OBRAS SOCIALES Y LA ATENCIÓN MÉDICA

*Horacio Luis Barragán
Jorge Luis Rosotti*

1.- La Seguridad Social fundada en la Solidaridad

La Seguridad Social (SS) es una forma de organización de la comunidad para afrontar los riesgos de la vida ayudando a las personas con el esfuerzo de todos. Se basa en el principio de solidaridad social a través de un conjunto de garantías individuales y familiares. Es necesaria por la vulnerabilidad del hombre frente a distintos riesgos y por la compleja trama social que debilita los lazos y posibilidades de solidaridad primaria, familia y círculos de amistad. Por otra parte la ciencia y la tecnología han desarrollado recursos costosos que disminuyeron la posibilidad de afrontarlos individualmente.

Enseña Juan XXIII: “Estimamos que por eso la política social debe proponerse que el trato asegurativo dado a los ciudadanos no presente diferencias notables, cualquiera que sea el sector económico en el que trabajen o de cuyos réditos vivan. Los sistemas de seguros sociales y de seguridad social pueden contribuir eficazmente a la redistribución de la renta total de la comunidad política, según criterios de justicia y equidad; pueden por lo tanto considerarse uno de los instrumentos para reducir los desequilibrios en el tenor de la vida, entre las varias categorías de ciudadanos” (Mater et Magistra, 1961:30).

La enfermedad fue atendida mediante la solidaridad familiar, la beneficencia privada, la caridad religiosa y la asistencia de los Estados. Tales mecanismos siguen teniendo vigencia, pero requieren otros para alcanzar eficacia y equidad.

En sus inicios el concepto de Seguridad Social fue identificado con alguno de sus componentes, la “previsión social” (régimen de jubilaciones y pensiones) o con la “asistencia social” (régimen supletorio para ayudar a quienes no pueden cubrir sus necesidades básicas).

Sin embargo la SS no es uno de esos regímenes ni su combinación, sino un sistema global para afrontar solidariamente los riesgos de la vida sin detrimento de la responsabilidad individual. La SS se sustenta en principios similares a los de la AM y la involucra.

Hay dos principios correlativos en un sistema de SS: el de solidaridad y el de responsabilidad. El primero encarna la fraternidad de los hombres: cuando uno de ellos sufre una contingencia, los demás están llamados a ayudarlo (Vázquez Vialard, 1989). La responsabilidad que asumen los unos por los otros es lo que constituye la solidaridad.

La industrialización y la urbanización, transformaron la familia que resultó insuficiente para afrontar contingencias y las personas se nuclearon en grupos de intereses comunes por localidad u oficio.

Se extendió una responsabilidad de los sanos por los enfermos, los ocupados por los sin trabajo, los vivos por las viudas y los huérfanos, los jóvenes por los ancianos, los que tienen más respecto a los que tienen menos.

La Seguridad Social es una forma moderna y macrosocial para encarnar ese principio. Implica un pacto entre generaciones: los activos y sanos no solamente proveen ayuda a los pasivos y enfermos sino que prevén una ayuda que mañana ellos mismos habrán de recibir.

Este principio de solidaridad es la contraparte del de responsabilidad según el cual cada persona debe ocuparse de atender sus propios riesgos y contingencias, los de su familia y grupo primario. La solidaridad debe promover esta responsabilidad y la propia iniciativa frente a las contingencias.

De la complementación de ambos principios surge la subsidiaridad: la SS acude en ayuda de la responsabilidad cuando ésta no es suficiente frente a la contingencia. El principio de subsidiaridad establece que los niveles sociales superiores (en cuanto a organización) no deben absorber las funciones de los inferiores sino complementar sus limitaciones (Vázquez Vialard, 1989:396 y ss.)

De esta manera no se anula la responsabilidad del núcleo menor ni se le exige que afronte situaciones que lo desbordan, y no se sobrecarga el papel de los núcleos mayores.

La SS en los países occidentales de Europa, con distintos modelos de organización, promueve la iniciativa de grupos intermedios a través de diversos mecanismos (vg. ahorro, mutualidad, seguros de accidentes, responsabilidad civil hacia terceros). Reserva así para las instituciones mayores o para el Estado, los seguros sociales: la previsión, el seguro de enfermedad y la asistencia a los carenciados.

La SS se configuró así como un derecho consagrado en las normas de convivencia internacional y en las leyes de los Estados con el objeto de asegurar y regular la protección de las contingencias. Su desarrollo ha sido paralelo al del Derecho del Trabajo. Muchas de las contingencias que intenta cubrir son producidas por hechos impersonales y afectan no sólo a la persona sino al orden social. Piénsese, por ejemplo, en el seguro de desocupación. El derecho civil que funda el resarcimiento en la responsabilidad culposa¹ resulta inoperante para remediar estas situaciones.

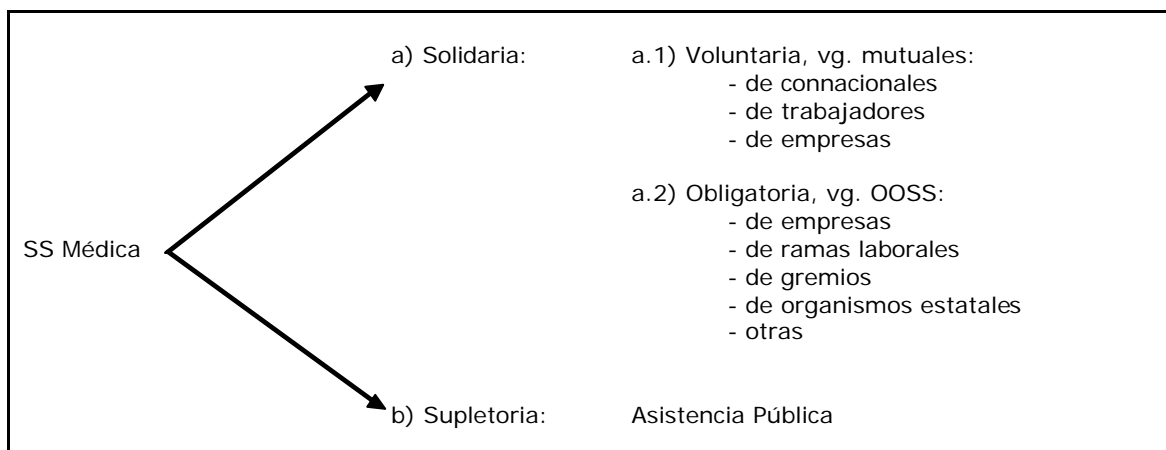
La SS es también, una forma de participación de las personas y los grupos en la garantía de su propio bienestar. Como parte del desarrollo social, si bien no crea riqueza económica, contribuye a su equitativa inversión y distribución (Vázquez Vialard, 1989).

2.- Organización de la seguridad social

Tal como se refirió, la Seguridad Social cubre contingencias diversas y en adelante nos concentraremos en la SS Médica, considerada como un subsector de la Atención Médica: el de Obras Sociales.

La Seguridad Social Médica, según los tiempos y países, puede ser solidaria o supletoria como la Asistencia Pública para quienes no tienen cobertura. La solidaria es voluntaria, como las mutuales, u obligatoria, como las obras sociales. Estas últimas, a su vez están organizadas en torno a empresas, gremios, ramas de actividad laboral, organismos estatales, u otras dependencias [Cuadro 2.a].

Tipos de Seguridad Social Médica



Cuadro 2.a

¹ En el ámbito de la responsabilidad civil, frente a un hecho dañoso el derecho se pregunta si es justo que el daño quede a cargo de quien lo ha sufrido o si, por el contrario, debe desplazar sus consecuencias económicas a otra persona. En este último caso, impone la obligación de responder.

La razón suficiente por la cual se justifica que el daño que ha sufrido una persona se traslade económicamente a otro sujeto puede hallarse en la reprochabilidad de la conducta de aquél al que se le imputa el hecho dañoso ("responsabilidad culposa"), sea porque obró descuidadamente (culpa), o porque lo hizo intencionalmente, con la voluntad dirigida a la obtención de ese resultado (dolo). Es lo que se conoce como factor subjetivo de atribución (Mossat Iturraspe J. 1992; aporte de M. Mauriño).

3.- Obra Social como un concepto preciso

Las obras sociales (OOSS) argentinas nacieron en la década de 1940, en paralelo al proceso de migración interna, industrialización y sindicalización. Se configuraron así como seguros de salud. En sus orígenes fueron de adhesión voluntaria, pero en la década de 1970 se formalizó el aporte y contribución obligatorios (Decreto-Ley 18.610).

Es la principal fuente de recursos financieros de la AM en el país y una forma fragmentada de Seguro de Salud. Forma parte del Sistema de Seguridad Social, que incluye la previsión (jubilaciones y pensiones), seguros de invalidez, vejez y muerte, cargas de familia y maternidad, así como la cobertura de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, que en Argentina tienen institutos separados.

Se considerarán las OOSS como:

- formas de seguro médico y social;
- que en base a los principios de solidaridad y de responsabilidad;
- agrupan a trabajadores en relación de dependencia y otros;
- del mismo rubro, oficio o empresa;
- percibiendo cotizaciones obligatorias y porcentuales al sueldo, compuestas por aportes de los trabajadores y contribuciones patronales;
- con los que forman un fondo para;
- cubrir prestaciones de AM y otras de índole social.

En cuanto que “seguros” implican la previsión de un riesgo futuro a través de un aporte, que respeta la solidaridad toda vez que es proporcional al sueldo, para cubrir prestaciones de acuerdo a las necesidades emergentes. Los principios que las sustentan han sido ya considerados. Reconocen antecedentes en las antiguas mutuales, en leyes o en convenciones colectivas de trabajo, y son las formas actuales de la SS para brindar prestaciones de salud.

El primer intento de lograr un sistema fue el Decreto-Ley 18.610 (23/2/1970), dictado bajo la presidencia Onganía, siendo Ministro de Bienestar Social el Dr. Consigli y Secretario de Promoción y Asistencia de la Comunidad, el Dr. Santiago de Estrada. Esta norma reconoció la existencia de las OOSS, fruto de numerosas iniciativas, y les dio un marco legal y administrativo.

4.- Los aportes y contribuciones fueron aumentando

Las OOSS se financiaban con aportes del trabajador y contribuciones patronales variables, hasta que la norma de 1970, estableció los mínimos obligatorios de 1% y 2% respectivamente. Desde entonces las circunstancias políticas, sindicales y empresarias motivaron sus variaciones [Cuadro 4.a].

Evolución de aportes y contribuciones a OOSS de la ANSSAL. Argentina. 1970 a 1989

		Porcentaje sobre remuneraciones			Total	Observaciones
		Aportes		Contribuciones		
		S/flia	C/flia			
1970	D-Ley 18610	1	2	2	3 a 4	Con tope
1971	D-Ley 18980	1	2	2	3 a 4	Con tope
1974	Decr. 189/74	1	2	2	3 a 4	Sin tope
1974	Decr. 1684/74	1	2	2.5	3.5 a 4.5	Sin tope
1975	Ley 21216	2	3	4.5	6.5 a 7.5	Sin tope
1980	Ley 22269	3	3	4.5	7.5	Sin tope
1989	D-Ley 23660	3	3	6	9	Sin tope

Consejo Empresario Argentino (Consejo Empresario Argentino, 1995:30).

Cuadro 4.a

La fortaleza de las OOSS es disponer de una población cautiva y de fondos emergentes de aportes y contribuciones obligatorias. En la concepción gremial esos fondos son parte diferida del salario². Por el contrario, en la concepción empresaria patronal, son impuestos al salario.

La capacidad financiera de una obra social es función del tamaño de su población, de su estructura por edad, del salario promedio, del porcentaje de aportes y contribuciones y de la relación de activos aportantes/beneficiarios no aportantes (familiares) [Cuadro 4.b].

Capacidad financiera de una OOSS. Factores

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- tamaño de su población- estructura etárea- promedio del salario- porcentaje de aportes-contribuciones- relación beneficiarios: aportantes/no aportantes |
|---|

Cuadro 4.b

En general el financiamiento de las OOSS depende del nivel de ocupación, de la proporción de trabajadores/empresas que aportan al sistema (trabajo en blanco) respecto a los trabajadores/ empresa que no aportan (trabajo en negro), del grado de evasión de aportes/ contribuciones y de los niveles salariales [Cuadro 4.c].

Capacidad financiera conjunta de OOSS. Factores

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- nivel de ocupación- promedio de salarios- proporción de trabajo "en negro"- grado de evasión |
|---|

Cuadro 4.c

La financiación de las OOSS presenta una disociación entre ingresos y egresos: los recursos de estas entidades están de la mano de la evolución del salario y los gastos devienen de la utilización de la oferta prestacional, fundamentalmente del alto costo de algunos de servicios de alta complejidad y/o tecnologías médicas sofisticadas. Esta asimetría financiera necesita de aportes externos para posibilitar equilibrio y supervivencia del sistema (subsidios del Estado y fondos compensadores).

La capacidad de las OOSS para retribuir en tiempo y forma las prestaciones brindadas a sus beneficiarios depende no sólo de su capacidad financiera, sino también del nivel de utilización de servicios por parte de sus beneficiarios y de la valoración pecuniaria de las prestaciones. Por su parte los niveles de utilización no son sólo función de las características de la demanda sino también de la amplitud de la oferta, que de suyo promueve la demanda.

5.- Las OOSS Nacionales

5.1- El Instituto Nacional de Obras Sociales

El Decreto-Ley 18.610 (1970), como se dijo, ordenó las OOSS respetando su autonomía, estableció un mínimo obligatorio de aportes y contribuciones, y creó un ente coordinador y de contralor: el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS, después ANSSAL y hoy Superintendencia de Servicios de Salud), que además debía administrar un Fondo de Redistribución (FR) del orden del 10% de la recaudación. Asimismo categorizó las OOSS según el cuadro 5.1.a.

² Este concepto se opone al del carácter público de los recursos de las OOSS.

R. Argentina. OOSS nacionales. Categorización y características. 1970

Categoría	Art. Ley	Pertenencia y conducción	Beneficiarios		OOSS inscriptas	% OOSS	Recaudación en %
			en miles	en %			
Estatales ³	8 inc. a)	-Estado Nacional -organismos titulares	833	5,76	16	4,9	5,6
Sindicales	8 inc. b)	-gremios -asc. profes. c/ personería gremial, signatarios de conv. colect.	6.324	43,78	240 *	72,9	38,0
De Administración Mixta	8 inc. a)	-ley ad-hoc -represent. estatales y personal	6.262	43,35	16	4,9	46,4
de Personal de Dirección	9 inc. c)	-p/ personal no incluido en conv. colect. c/ personería jurid.	785	5,43	16	4,9	8,7
por Adhesión	24	-excluidos de la ley y c/ adhesión voluntaria gremial -asoc. Gremial	37	0,26	11 **	3,3	0,3
por Convenio	9	-convenio e/ empresa y org. gremial -empresa	162	1,12	30 ***	9,1	1,0
Total	-	-	14.403	100	329	100	100

Ulloa R. A., 1977.
Notas: inc.: inciso; * Según Ulloa son 235; ** de ellas 1 es provincial (Santa Fe) y 8 municipales; ***Ulloa anota 29.

Cuadro 5.1.a

R. Argentina. Beneficiarios de OOSS de la ley 23.660. Por categoría. Total del país. Años 1995 y 1999*

Categoría	Beneficiarios de las OOSS (a). 1995 y 1999.			
	1995		1999	
	n° en miles	en %	n° en miles	en %
Total	16.269	100	15.673	100
Sindicales	9.508	58,43	9.205	58,73
Estatales	118	0,74	70	0,45
Por convenio	73	0,45	129	0,82
Personal de dirección	1.154	7,09	490	3,13
Administración mixta (b)	5.284	32,48	4.003	25,54
Por adhesión	51	0,31	53	0,34
Ley 21.476 (c)	36	0,22	618	3,94
De empresas (d)	24	0,15	20	0,13
Especiales (e)	7	0,04	988	6,30
Agentes de seguro	14	0,09	0	0
De otra naturaleza	0	0	97	0,62

*a) Comprende titulares y familiares
b) Creadas por ley. Incluye PAMI y otras menores.
c) De empresas estatales vg. Atanor, Papel Misionero, etc.
d) Se trata de una sola empresa
e) Autorizadas a funcionar por la ley n° 23.660 (art. 1, inc.h)

El trabajador dependiente público o privado se halla comprendido en alguna de las obras sociales que organiza la ley n° 23.660
Superintendencia de Servicios de Salud, 2001.

Cuadro 5.1.b

3 Las OOSS estatales fueron originalmente: el Instituto de OS de Agricultura y Ganadería (1948); las Direcciones de OS de Comunicaciones (1953), de Hacienda (1956) del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública (1947), del Ministerio de Educación (1953), del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (1948), del Ministerio de Obras y Servicios Públicos (1956), de la Secretaría de Transporte (1957), de Obras Sanitarias de la Nación (1958), de Ferrovianos (1954); OS del Consejo Nacional de Educación (1948), del Ministerio del Interior (1947), del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto (1952), de la Secretaría de Comercio (1963), de Vialidad Nacional (1957), de ELMA. También se agrupaban entre ellas la Dirección de Servicio Social para Personal de Seguros y Reaseguros (1951) y el Instituto de Servicios Sociales Bancarios (1950), así como las que cubrían a personal de las Fuerzas Armadas y de seguridad: Instituto de OS del Ejército (1947), Dirección de OS Naval (1960), Dirección de Bienestar de Personal de la Secretaría de Aeronáutica, Caja de Previsión Social de la Dirección de Fabricaciones Militares y la OS y Sanidad Policial (1956).

**R. Argentina. OOSS nacionales (300 seleccionadas significativas).
Distribución por categoría y número de beneficiarios. 1976**

Número y/o variables	Categorías		De		por convenio empresa- sindicatos	Totales
	Estatales	Administración mixta	Sindicales			
Más de 100.000	3	10	18	-	31	
e/ 100.000 - 50.001	3	1	18	1	23	
e/50.000 - 5.001	10	4	93	4	111	
Menos 5.000	-	1	111	23	135	
Total OOSS	16	16	240	28	300	
Total beneficiarios	833.190	6.261.970	6.324.449	162.466	13.582.075	
Recaudación en %	5,6	46,4	38,0	1,0	91,0	
(Ministerio de Bienestar Social, Secretaría de Salud Pública 1976-1977)						

Cuadro 5.1.c

La viabilidad financiera de las OOSS de menos de 5000 beneficiarios (135 entidades seleccionadas) es virtualmente inalcanzable, las ubicadas entre 5001 y 50000 (111 entidades seleccionadas) es difícil.

5.2- OOSS Sindicales

El Derecho del Trabajo regula la relación entre trabajadores y empleadores fijando normas mínimas, máximas en algunos casos, respecto a las condiciones del contrato entre ambos e inviste al Estado de la facultad de contralor de su cumplimiento.

La evolución del gremialismo, que tuvo alternativas ya señaladas en Argentina, impulsó a los trabajadores a participar en forma activa en el establecimiento o complementación de las condiciones fijadas por las normas legales. Esta participación se logró a través de los contratos colectivos, fuente formal y particular del derecho laboral, que "tiene forma de contrato y alma de ley" (Vázquez Vialard, 1989:119, 167).

Su implementación fue alcanzada cuando se consolidó el movimiento sindical. Adquirió, en la carta de 1949, jerarquía constitucional ya que en el artículo 14 bis garantiza a los trabajadores "la organización sindical libre y democrática, reconocida por la simple inscripción en un registro especial" y a la organización "concertar convenios colectivos de trabajo; recurrir a la conciliación y al arbitraje; el derecho de huelga". La ley que reglamenta la norma constitucional diferencia organizaciones inscriptas de aquellas con personería gremial. Estas últimas, en un mismo ramo, corresponden a aquellas que afilien a más del veinte por ciento de los trabajadores que intente representar o, en confrontación, a la que reúna el mayor número de afiliados (Vázquez Vialard, 1989:123).

Así la organización que ostente la personería gremial es la que representa a los trabajadores en la mesa de negociación con el empleador para acordar el convenio colectivo que fija, entre otras, las tablas salariales y las condiciones específicas de cada ámbito laboral. Estos convenios comenzaron a concretarse desde 1948 sin el respaldo de una legislación específica, que se sancionó en 1959 (Vázquez Vialard, 1989:167-168) y que, después de alternativas políticas, recobró vigencia. Los convenios colectivos deben ser homologados por el Ministerio de Trabajo de la Nación.

Sobre la base de los convenios colectivos los sindicatos –interesados en la prestación de servicios de Atención Médica, de turismo, proveeduría y otros– negociaron, en la década de 1960, la percepción de fondos con ese destino a través de los convenios colectivos.

Como se indicó precedentemente, el Decreto-Ley 18.610 (1970) extendió el modelo de seguro de enfermedad por sindicato y fijó un mínimo de aportes y de contribuciones patronales, encomendando su administración al sindicato correspondiente.

Esta última atribución fue retirada por normas posteriores pero situaciones de hecho hicieron que los sindicatos, aún con ciertas limitaciones, continuaran a cargo de esa administración. Después de 1988 tanto la legislación de Obras Sociales como la de Asociaciones Profesionales devolvieron

a los sindicatos la atribución de administrar plenamente sus Obras Sociales aunque configurando entes de derecho, distintos del sindicato, pero conducidos por consejos designados por él. Así las obras sociales sindicales son, según Vázquez Vialard, “patrimonio de los trabajadores que las componen” (Vázquez Vialard, 1989:148), lo que el Decreto-Ley 18.610 tácitamente admitía en razón de su origen.

G. González García recuerda que “los gremios y los sindicatos se hicieron cargo de la salud de los trabajadores mucho antes que el Estado y el mercado” (González García y Tobar, 2004:149). Asimismo que las OOSS, en particular las sindicales, configuraron un sistema cuando el Estado las promovió y la legislación previó una cofinanciación obligatoria. La contribución patronal no es un “impuesto al trabajo” como lo sostienen algunas escuelas neoliberales, sino que es “una dimensión del capital humano e invertir en salud produce un alto impacto sobre la productividad y la competitividad de las economías” (González García y Tobar, 2004:150).

Estas alternativas se produjeron dentro de una compleja trama política, general y sanitaria, que precedentemente se ha delineado.

De todas formas las Sindicales que en 1970 agrupaban casi el 44% de los beneficiarios de las Obras Sociales, aumentaron a algo más del 58% de los mismos en la década de 1990.

Ahora bien, su fragmentación que en 1970 era en 240 entidades distintas, y las características diferenciales de su población [Cuadro 5.2.a] y aportes-contribuciones [cfr. Cuadro 4.b] definieron recursos [Cuadro 5.2.b], demandas y posibilidades de cobertura disímiles [Cuadro 5.2.c].

R. Argentina. OOSS seleccionadas. ANSSAL. 1999*

OOSS	Variables	Población Total (en miles)*	Familiares por titular
Sindicales			
Bancaria argentina		369	1,7
Choferes de camiones		174	2,4
Cond. de Transp. colectivo		256	2,4
Docentes particulares		121	0,3
Unión obrera metalúrgica		514	1,6
Empleados de comercio		1.401	1,4
Pers. edif. renta y horiz.		131	1,3
Personal de entidades deport. y civil.		121	1,1
Pers. de la construcción		602	1,8
Pers. industria alimentación		158	1,6
Pers. sanidad arg.		334	1,1
Pers. de seguridad comercial		166	1,4
Pers. hotelero y gastronómico		228	1,5
Pers. rural y estibadores		891	1,9
Sindicato mecánicos y afines		192	1,8
Unión pers. civil de la Nación		235	1,6
Otras			
Acción social de empresarios		288	1,6
Ejecutivos y pers. direc. de empresas		832	2,1
Ferroviaria		121	1,9
Actividad docente		493	1,4
*Los miles han sido redondeados (Superintendencia de Servicios de Salud).			

Cuadro 5.2.a

Se han incluido en el cuadro OOSS de más de 120.000 beneficiarios. Entre ellas se destacan sólo tres con más de 500.000 y una con casi un millón y medio de beneficiarios. La relación de familiares por titular agrega otra diferencia con un rango que va de 0,3 en Docentes Particulares con numerosos beneficiarios solteros, a 2,4 en Choferes de Camiones y Conductores de Transporte Colectivo. Similares consideraciones valen para las OOSS incorporadas al cuadro como “otras”, no sindicales.

**R. Argentina. OOSS seleccionadas de la ANSSAL. Ingresos y Egresos.
Distribución en pesos o porcentajes. 1999**

Variables	Ingresos - totales- (mill \$)	Ingresos otros conceptos (mill \$)	Egresos (mill \$)	Egresos protec. médica (%)	Egresos adm. y extraord. (%)
OOSS					
Sindicales					
Bancaria argentina	221	97,7	206	80,1	13,1
Choferes de camiones	29	1,3	31	84,2	22,6
Cond. de transp. colectivo	69	4,4	67	79,3	16,2
Docentes particulares	37	1,1	36	86,4	11,6
Unión obrera metalúrgica	117	48,7	13	98,7	7,5
Empleados de comercio	466	36,7	458	87,4	7,7
Pers. edif. renta y horiz.	43	3,2	42	89,8	8,5
Personal de entidades deport. y civil.	51	2,6	47	65,8	12,9
Pers. de la construcción	118	8,3	102	80	5,5
Pers. industria alimentación	47	2,3	48	79,9	19,6
Pers. sanidad arg.	92	5,5	93	83,1	6,9
Pers. de seguridad comercial	31	0,3	29	83	14,2
Pers. hotelero y gastronómico	55	5,2	60	95,2	13,6
Pers. rural y estibadores	130	4,4	133	78,9	23,3
Sindicato mecánicos y afines	65	13,7	71	85,4	16,7
Unión pers. civil de la Nación	147	25,0	133	71,9	16,8
Otras					
Acción social de empresarios	214	5,6	210	89,6	6,5
Ejecutivos y pers. direc. de empresas	849	24,8	821	74	15,3
Ferroviaria	53	36,4	62	110	6,7
Actividad docente	126	9,4	127	84,6	12,9
Superintendencia de Servicios de Salud, 1999					
*Valores en millones redondeados					

Cuadro 5.2.b

Las mismas OOSS del cuadro 5.2.a se presentan en este marcándose una importante variable en Ingresos por otros conceptos (sumados en la columna de ingresos totales). La Bancaria argentina los obtuvo por la tercera contribución de usuarios del sistema la que le fue suprimida y generó una crisis financiera. Por su parte la UOM, los Empleados de Comercio, los Mecánicos y UPCN los obtuvieron del Fondo de Redistribución de la ANSSAL.

De las 16 OOSS sindicales sólo nueve dedican más del 84% de los egresos a AM. La mayoría, excepto tres, gastan más del 10%, y otras dos de ellas del 20%, en administración y prestaciones extraordinarias.

R. Argentina. OOSS seleccionadas de la ANSSAL. 1999. Tasas de uso. Ingresos y egresos per cápita mensual. En pesos 1999

OOSS	Variables	Consultas anuales c/benef.	Egresos hosp. anuales c/100 benef.	Cápita total/mes \$	Gastos/mes cápita total \$	Gastos/mes cap. admin. y extraord.	
						\$	%
Sindicales							
	Bancaria argentina	3,8	8,3	50	46,6	6,5	13,00
	Choferes de camiones	2,1	3,3	13,9	14,9	3,1	22,30
	Cond. de transp. colectivo	2,2	6,6	22,3	21,7	3,6	16,14
	Docentes particulares	3,5	8,1	25,5	25	3	11,76
	Unión obrera metalúrgica	2,9	7,8	19	20,2	1,4	7,34
	Empleados de comercio	2,3	8,3	27,7	27,2	2,1	7,58
	Pers. edif., renta y horizont.	2,7	3,1	27,5	27	2,3	7,36
	Pers. entidades deport. y civil	5,1	13,2	35,4	32,6	4,6	12,99
	Pers. de la construcción	3,5	5,5	16,3	14,1	0,9	5,52
	Pers. de la ind. alimentación	2,3	8,7	25	25,2	4,9	19,6
	Pers. sanidad argentina	1,3	4,8	23	23,3	1,6	6,95
	Pers. de seguridad comercial	1,9	3,6	14,8	14,4	2,1	14,18
	Pers. hotelero y gastronómico	3,6	7,9	20,2	22	2,8	13,86
	Pers. rural y estibadores	2,4	4,7	12,2	12,5	2,8	22,95
	Sindicato mecánicos y afines	4,6	6,5	28,1	30,6	4,7	16,72
	Unión pers. civil de la Nación	5,4	7,4	52,2	47,2	8,8	16,82
Otras							
	Acción social de empresarios	5,4	4,9	61,8	60,8	4	6,47
	Ejecutivos y pers. direc. empr.	7,8	10,6	85	82,3	13	15,29
	Ferroviaria	3,5	8,2	36,6	42,7	2,4	6,55
	Actividad docente	0,8	2,4	21,2	21,4	2,7	12,73

(Superintendencia de Servicios de Salud, 1999).

Cuadro 5.2.c

Las tasas de uso de prestaciones de AM son también disímiles. El rango de consultas está entre 5,1 y 1,9 por beneficiarios y año. Se excluye el 1,3 de la OOSS de la Sanidad considerando la posibilidad de consultas no registradas por el ámbito médico en que se desempeña buena parte de sus beneficiarios. En "Otras" las dos primeras, de personal de dirección, exhiben una alta tasa de consultas. El rango de egresos de internación está entre 13,2 y 3,1 por cada 100 beneficiarios y año. La demanda de Bancarios, antes de su crisis financiera, de Personal de entidades deportivas y civiles y UPCN puede relacionarse con el alto egreso en valores capitarios. El contraste más notable con "Otras" se aprecia en el valor capitaro egresado de casi \$ 61 y \$ 82 de las dos primeras OOSS de directivos, lo que favorece mayor cobertura, aunque la Asociación Social de Empresarios (ASE) tenga baja tasa de egresos.

Los gastos en administración y prestaciones extraordinarias son armónicos en las dos OOSS sindicales de cápitás más altas (Personal de entidades Deportivas y UPCN). Son muy altos en Choferes de camiones (22,3%) y en Personal rural y estibadores (22,95), aún con cápitás bajas. Por el contrario es bajo en la de Personal de construcción (5,52%) y de la Sanidad (6,65%). En "Otras", ASE gasta en el rubro 6,47% y Ferroviarios 6,55%.

De los cuadros expuestos pueden surgir numerosas relaciones más que marcan la fragmentación desigual y pueden explicar las dificultades de pago y de cobertura de numerosas OOSS. Téngase en cuenta que se están presentando, lamentablemente, datos de 1999 y que posiblemente la situación haya empeorado.

Algunas OOSS tienen efectores propios [cuadro 5.2.d]. Si bien los datos son antiguos, es verosímil que no haya cambiado sustancialmente, excepto que se conoce que algunas OOSS han comprado, parcial o totalmente, establecimientos complejos, algunos quebrados.

Establecimientos y camas propios de OOSS. 1984

Obra Social	Establecimientos	Camas	% de camas
ISS Ferroviarios	40	2.648	40,0
Personal Ind. Metalúrgica	18	767	11,2
YPF	4	396	5,7
ISS Bancarios	1	296	4,2
ISSPICA	7	272	4,0
ADOS-Tucumán	1	260	3,7
INSSJyP	2	247	3,6
OSPLAD	1	174	2,6
ADOS-San Juan	2	173	2,6
ISSPI Vidrio	1	169	2,5
Personal Ind. Textil	1	146	2,1
ELMA	1	78	1,1
Subtotal	79	5.626	83,3
Otras OOSS [38]	38	1.139	16,7
Total (MSAS/INOS, 1985)	117	6.765	100

Cuadro 5.2.d

5.3.- Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP)

5.3.1.- El INSSJP es la OOSS de mayor población de Argentina

Dentro de las OOSS regidas por la Ley 23.660, categorizada como de administración mixta, la principal es el INSSJP –conocido como PAMI (Programa de Atención Médica Integral)–. Fue creado por Decreto-Ley 19.032 (TO ley 19.465) en mayo de 1971, bajo la presidencia Lanusse, siendo ministro de Bienestar Social Francisco Manrique. Está definido como una “entidad de derecho público, con personalidad jurídica e individualidad financiera y administrativa”.

Su misión es brindar prestaciones de AM y de índole social a los jubilados y pensionados del régimen nacional y a sus familiares directos. Por decreto del PEN puede incorporar a otros mayores de 60 años o discapacitados. Los veteranos de la Guerra de Malvinas fueron incorporados al PAMI⁴. El Instituto está administrado, por un directorio constituido por representantes de los beneficiarios y del Estado. Sus fuentes de su financiamiento son:

- El aporte de los beneficiarios, del 3% del haber mínimo y del sueldo anual complementario, y 6% sobre lo que exceda el haber mínimo⁵.
- El aporte obligatorio del 1% de los salarios de trabajadores activos bajo dependencia o autónomos, comprendidos en el régimen previsional nacional.
- La contribución del 10% de los ingresos de las Cajas del régimen nacional de jubilaciones y pensiones⁶.

4 Las leyes originales fueron reglamentadas por los Decretos 1157/71 y 831/72, y modificadas parcialmente por Leyes 21.545 (sobre controles y sindicatura) y 22.563 (sobre subsidios por sepelio), 21.074, 22.245 (sobre fuentes de financiación), 22.563 (modificatoria del subsidio por sepelio), 22.954 (sobre constitución del directorio y financiación).

5 La anterior legislación preveía además el aporte de la diferencia del primer haber jubilatorio resultante de cualquier incremento. Esta diferencia resultaba significativa en periodos de alta inflación. Fue suprimido compensándolo con un aumento de la contribución de las cajas previsionales del 3% al 10% y el mencionado 6% sobre excedencia de haberes mínimos.

6 En la ley originaria esta contribución provenía del 8-10% del producido neto de la Lotería de Beneficencia Nacional y Casinos. Las Cajas previsionales son agentes de retención para los pasivos, y la Dirección de Previsión Social, para los de activos. Se incorporan a los recursos los no invertidos en ejercicios anteriores y el producido de depósitos a plazo fijo que se hagan en el Banco Nación o Hipotecario. Según la ley los gastos administrativos no deben exceder el 5% del presupuesto.

- d) Los aportes del PEN para beneficiarios por pensiones graciables, veteranos de guerra o leyes especiales.
- e) El producido por aranceles, donaciones, legados o subsidios.

Por su individualidad financiera y administrativa el Instituto está excluido del régimen de la ley de Contabilidad, pero sus actos están sometidos a la fiscalización de una Sindicatura, designada por el Ministerio de Bienestar Social y después por la ANSSAL. Por estas características el Instituto es un ente público no estatal que no forma parte de la Administración pública nacional y sus cuentas no estaban incluidas en el Presupuesto de la Nación.

El Instituto estuvo intervenido por el Ministerio de Bienestar Social bajo los gobiernos de facto. En 1983, se instaló un presidente y comisión normalizadora con la participación de representantes de los beneficiarios. En 1995 se designó un interventor-normalizador y el Instituto fue incorporado al presupuesto nacional. Normalizado de nuevo en 1997, el Estado se hizo responsable de las deudas acumuladas del INNSJP.

El nivel central se organiza por gerencias y tiene una estructura descentralizada con 36 delegaciones regionales, actualmente llamadas Unidades de Gestión Local (UGL). De ellas dependen: distritos, agencias y corresponsalías. La distribución de beneficiarios se aprecia en el cuadro 5.3.1.a. La categorización de beneficiarios se aprecia en el cuadro 5.3.1.b.

R. Argentina. OOSS. INSSJP (PAMI). Beneficiarios por Jurisdicciones seleccionadas (2003). Distribución porcentual entre jurisdicciones (1986-2003) y porcentaje sobre población (2003)*

	2003	2003	2003
Jurisdicción	total PAMI (en miles)	% s/ total PAMI	% s/ total población*
	2003	2003	2003
Jurisdicción	total PAMI (en miles)	% s/ total PAMI	% s/ total población
Ciudad de Bs As	350	11,16	11,47
Buenos Aires	1.305	41,63	9,07
Córdoba	299	9,54	9,58
Corrientes	54	1,73	5,81
Chaco	55	1,74	5,68
Entre Ríos	104	3,31	9,24
Formosa	14	0,45	2,74
La Pampa	25	0,79	7,95
Santa Cruz	10	0,32	4,77
Santa Fe	333	10,61	10,63
Tierra del Fuego	3	0,09	2,34
Tucumán	922	2,92	6,99
TOTAL	3.474*	84,3	-
*"% total de la población": indica la relación con la población total de c/ jurisdicción. Las no incluidas comprenden un rango de población entre 3,78 y 6,82 % (INSSJP, 2004).			

Cuadro 5.3.1.a

R. Argentina. OOSS. INSSJP (PAMI). Distribución de titulares y familiares a cargo (%). Según tipo de beneficio. 2003*

COD.	TIPO BENEFICIO	Total %	Titulares %	A cargo %
10	Jubilación	60,6	67,5	32,2
20	AFJP	2,5	66,8	33,2
30	Pensión	29,9	89,7	10,3
70	Mayores de 70 años	2,1	100	0
74	Pensión Vet. Guerra	1,4	25,6	74,4
91	Pensión discapacitados	2,5	66,9	33,1
	TOTAL	100	74,2	25,8

(INSSJP, 2004).

*Los números porcentuales que completan el total, corresponden a: "AFJP invalidez transitoria", "Pensión graciable", "Convenio Italo Argentino" y "Provisorias". Los miles y las proporciones han sido redondeados. El total de titulares (74,2) y a cargo (25,8) da 100%.

Cuadro 5.3.1.b

La estructura etárea de la población del PAMI la hace una Obra Social totalmente atípica en función del predominio de las edades avanzadas que, graficadas en pirámide poblacional muestra carácter de envejecido, a la inversa del resto de las OOSS [Cuadro 5.3.1.c y Cuadro 5.3.1.d].

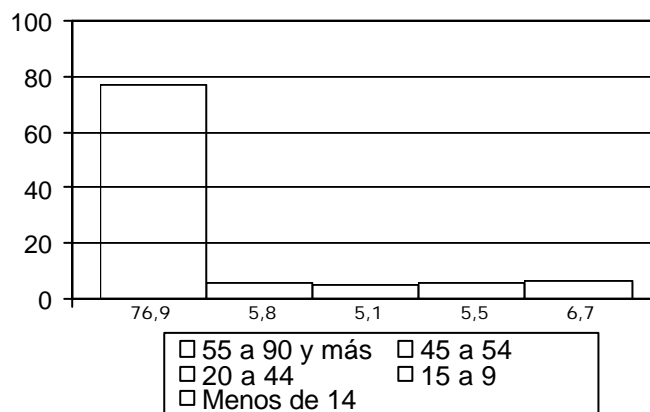
INSSJP (PAMI) Beneficiados por edad y categoría. En miles redondeados. C. 1995

Edad	Años	Jubilados	Pensionados	Cónyuge	Hijos	Otros	Total	%
Hasta 14 años	14	-	9	-	235	27	271	6,7
De 15 a 19	4	*	9	s/d	198	15	222	5,5
De 20 a 44	24	15	83	40	64	3	205	5,1
De 45 a 54	10	39	99	87	6	1	233	5,8
De 55 a 90 y más	35	1.648	838	615	3	18	3.103	76,9
Totales		1.702	1.038	742	506	64	4.034	100

* Se registra 1 persona.
(Clarín, 1995)

Cuadro 5.1.3.c

INSSJP (PAMI) Pirámide Poblacional de beneficiarios. Grandes grupos etéreos. Ambos sexos. C. 1995 (en porcentaje)



(Clarín, 1995)

Cuadro 5.1.3.d

5.3.2.- La prestaciones de PAMI

El INSSJP no tiene efectores propios, con excepción de dos sanatorios en la ciudad de Rosario (PAMI I y PAMI II), y brinda prestaciones a través de terceros contratados con distintas modalidades y niveles. Los niveles son:

- 1 I Nivel: atención ambulatoria con médicos, odontólogos, laboratorio, radiología y otros. Medicamentos para pacientes ambulatorios.
- 2 II Nivel: interconsulta con especialistas e internación de pacientes agudos, de atención psiquiátrica y de discapacitados.
- 3 III Nivel: internación crónica de beneficiarios autodependientes, semidependientes, dependientes y gerontopsiquiátricos.
- 4 Otras: provisión de prótesis, ortesis, marcapasos, medicamentos especiales, prótesis dentarias, bolsas para ostomizados.
- 5 Alta complejidad: estas prestaciones se consideran aparte de los distintos niveles.

Las modalidades de provisión de prestaciones dependen del área geográfica, por ejemplo:

- 6 Sistema PAMI (Programa de Atención Médica Integral) en base al sistema de capitación para I y II Nivel, tiene vigencia en la Capital Federal y su Conurbano.
- 7 Sistema PAMI incompleto en base a sistema de capitación para I Nivel, se aplica en La Plata, Bahía Blanca y Rosario.
- 8 Convenios globales de atención médica con instituciones profesionales para I y II Nivel.
- 9 Convenios globales de atención odontológica con federaciones y círculos odontológicos.
- 10 Convenios globales de atención bioquímica en ambulatorios con federaciones y círculos bioquímicos.
- 11 Convenios globales para dispensación de medicamentos ambulatorios con federaciones, cámaras o círculos farmacéuticos.
- 12 Convenios globales con instituciones oficiales, ya sean ministerios u obras sociales provinciales.

En el Gran Buenos Aires el Instituto tiene desde 1980 un Programa de Atención Psiquiátrica Dinámica (PAS) de acuerdo a siete módulos ambulatorios incluyendo hospital de día, y uno con internación. La retribución a los prestadores era por montos fijos para cada módulo. Para marzo de 1986 estaban cubiertos por él, aproximadamente 5.000 pacientes.

5.3.3.- La contratación con los efectores se hace mediante diversas modalidades

Los mecanismos de contratación se retribuyen por cápita o cartera fija, de acuerdo a un valor que se multiplica por el número de beneficiarios asignados. Los servicios de alta complejidad se retribuyen por prestación de acuerdo al Nomenclador Nacional, y los medicamentos en ambulatorios según el valor establecido por la Secretaría de Comercio. Se agregan ajustes por gastos administrativos.

A título de ejemplo se referirán valores vigentes en 2003 [Cuadro 5.3.3].

R. Argentina. OOSS. INSSJP. Valores capítarios para la CABA. 2003

Rubro	Valores de c/ cápita
I Nivel de Atención	2,95
Medico de cabecera	2,15
Laboratorio ambulatorio	0,45
Radiología ambulatoria	0,35
II Nivel de Atención	12,73
Egresos (clínico/quirúrgicos)	10,80
Consultas Especialistas (inc. fisioterapia y kinesio.)	1,23
Otras prácticas	0,70
III Nivel de Atención	2,39
Oftalmología compleja	0,08
Laboratorio Alta Complejidad	0,35
Cirugía Cardiovascular	0,54
Tomografía Axial Computada	0,34
Resonancia Magnética Nuclear	0,08
Medicina Nuclear	0,15
Terapia Radiante	0,36
Litotricia Renal	0,05
Hemodinamia	0,18
Neurocirugía	0,07
Angioplastia	0,20
Transporte y Emergencias	0,70
Transporte y Emergencias	0,70
Subtotal	18,77
Gtos Administrativos U.G.P.	1,03
TOTAL	19,80
(Consultor de salud, 2003: 24).	

Cuadro 5.3.3

Los convenios globales obligan al prestador a brindar atención médica, odontológica, farmacéutica (en internados) y de transporte de pacientes según un padrón de beneficiarios a actualizar con listados de altas y bajas. Detallan los servicios y modalidades de atención e identifican en anexos a los profesionales y establecimientos que habrán de brindarlos. Se detallan los servicios y modalidades excluidos del convenio, entre los que se cuentan los de alta complejidad, la cirugía plástica no reparadora, los procesos de evolución crónica (excepto reagudizaciones o complicaciones), la provisión de prótesis y ortesis y la atención de enfermedades infectocontagiosas. Las normas de atención se agregan en distintos anexos. El Instituto se obliga a pagar como toda contraprestación una cápita, cuya composición se establece por cada beneficiario titular o familiar incluido en padrón. Tal cápita incluye honorarios profesionales, por consulta, urgencia o interconsulta, derechos sanatoriales, honorarios por prácticas diagnósticas o de tratamiento, y medicamentos para internados.

El prestador se obliga a la provisión de información estadística así como a facilitar la auditoria y supervisión. Además de asumir la responsabilidad legal y profesional de las prestaciones.

5.3.4.- Sistemas de evaluación del PAMI

El INSSJP desarrolló una amplia normatización y procedimientos de evaluación para la selección y seguimiento de prestadores.

Sin embargo tiene dificultades emergentes del tamaño de la población, su alta demanda, la creciente complejidad de las prestaciones y la limitación de su financiación.

Se encuentra frente a permanentes reclamos por parte de los prestadores en pos de mayores valores capitados, al costo de aranceles diferenciados y de "plus" en forma directa a sus beneficiarios. La dinámica de su población le dificulta la actualización de sus padrones, agravada por beneficiarios "en tránsito" cuya atención debe retribuir por prestación.

En las áreas PAMI la elección de prestador es limitada y se complica por la diversidad de calidad y prestigio de los efectores.

5.3.5.- El PAMI: prestaciones

Los medicamentos para pacientes ambulatorios son cubiertos en el 70% para un listado de 370 drogas y algunas asociaciones seleccionadas según patologías prevalentes. El resto de los medicamentos son cubiertos hasta un 50%.

Hay regímenes especiales en que el Instituto se hace cargo del 100% del valor en citostáticos, tuberculostáticos, hemoderivados y productos del plan materno-infantil.

En 1985 se estimaba que el Instituto financiaba 21 millones de recetas por año, es decir 0.6 recetas/beneficiario/mes, con las que absorbía casi el 30% del mercado farmacéutico del país, si se sumaban los de uso en internación.

El Instituto provee distintos elementos de Atención Médica, entre los que se destacan:

- 1 Bolsas para ostomizados, de colostomía con o sin Karaya, de ileostomía, de urostomía.
- 2 Marcapasos cardíacos: los provee en comodato.
- 3 Audífonos: los provee en comodato.
- 4 Prótesis y ortesis.
- 5 Sillas de ruedas y camas ortopédicas: las provee en comodato.

5.3.6.- Las carencias de los beneficiarios

La cobertura del INSSJP fue un masivo sistema de atención administrada sobre una población de alta demanda del orden de los 3,2 millones de beneficiarios con un presupuesto de \$2.400 millones anuales.

El Instituto tiene una planta de 12.000 empleados y generó una creciente estructura administrativa bajo una conducción centralizada, con desconcentración sin poder de decisión.

Firmó un convenio con una UTE formada por las cámaras de producción de medicamentos (CAEME, CILFA y COOPERALA) por el que pagaba \$27 millones por mes por medicamentos ambulatorios.

La producción de prestaciones de AM se estima en 25 millones de consultas, consume el 70% de los marcapasos que se implantan en el país, y financia más de 200 operaciones cardiovasculares con prótesis (Garmendia, Consultor de Salud N° 244).

Cuesta explicar cómo con un valor capitarario técnico de alrededor de \$62/beneficiario/mes los contratos no superan un promedio de \$30.

5.3.7.- Las denuncias de corrupción

Una obra social de esta magnitud fue difícil de conducir desde su creación y a lo largo de las sucesivas administraciones sus propios titulares detectaron y corrigieron problemas de corrupción. El problema se agravó cuando los mismos titulares quedaron involucrados en ella.

Las denuncias sobre mala conducción del PAMI surgieron con la gestión que se inició a mediados de enero de 1991 y concluyó un año después. Después de un interregno de escasos 15 días la nueva gestión anunció: "eliminaremos todo lo que no sea transparente en el financiamiento del PAMI" (*La Nación*, 15/01/92). Dos años y 2 meses después la gestión terminaba con alrededor de 20 causas judiciales, escándalos por acusaciones de coimas⁷ (*Clarín*, 1995) y dejaba al Instituto con un déficit de \$148 millones. Después de un período en que se hicieron ciertos ajustes la conducción del PAMI, entre enero de 1997 y diciembre de 1999, introdujo la intermediación de

⁷ Estas denuncias incidieron en la derrota del oficialismo en las elecciones para convencionales de la Capital Federal.

grandes gerenciadoras, creadas “ad hoc”, para que a su vez contrataran prestadores. Lo hizo a través de una licitación judicialmente cuestionada. Terminó con un nuevo déficit y numerosas causas en los tribunales.

Estos cuestionamientos tienen su contraparte en proveedores de bienes y servicios que comparten la responsabilidad con la conducción pertinente de la obra social. Debe tenerse en cuenta, primero, que por la magnitud de su demanda el PAMI es formador de precios y, segundo, que por la diversidad de sus servicios contrata servicios de Atención Médica en todas sus formas y ramas, prótesis y ortesis, servicios de cuidados geriátricos, gerontopsiquiátricos y de distintas discapacidades. A ello se agregan servicios de recreación, de turismo y de sepelios. Por otra parte la proliferación de intermediaciones, no las que se hacen a través de instituciones que agrupan tradicionalmente a los prestadores, sino sociedades privadas que se fueron articulando “ad hoc”, no sólo encarece los servicios sino que se prestan a acuerdos marginales para retener y compartir, con los funcionarios que los propician, valores que superan los gastos de administración con claro carácter ilícito.

5.3.8.- Nuevas gestiones intentan corregir las falencias del PAMI

Las conducciones del PAMI desde 1988 alcanzaron no mucho más de dos años de gestión, incluyendo las de quince días y seis meses. La continuidad que requiere una política no se dio en este Instituto, hubo presidentes con directorio, interventores y en algunos casos transitaban de una a otra función.

El error de agregar a la población propia grupos numerosos de personas sin cobertura y demanda de prestaciones alta, tuvo la contrapartida de gestiones que promovieron e incluso en ocasiones lograron la transferencia de alguno de esos grupos o de algunas coberturas especiales a la cobertura de otros organismos, pero agravó la carencia de padrones de beneficiarios verosímiles. Se repitieron asimismo los intentos de racionalizar los gastos administrativos, incluyendo retiros voluntarios y reducciones de personal, con los consecuentes conflictos. Se multiplicaron las licitaciones y las modalidades de contratación, subyaciendo siempre la permanencia –sino en la más alta conducción– en niveles decisorios intermedios de funcionarios de anteriores gestiones, acumulándose, que interferían con los planes de las sucesivas. Se acumulaban también los reclamos al Poder Ejecutivo para que cubriera los pasivos del PAMI.

En paralelo se abultaban las deudas con el grueso de los prestadores, que llegaban hasta los siete meses, se congelaban pagos de hasta tres meses. Por consecuencia en la mayoría de las regiones la cobertura real de los beneficiarios, era deficiente.

5.3.9.- El funcionamiento del PAMI exige aplicar doctrina sanitaria

Como principio general debe insistirse en que el régimen argentino de OOSS se basa en el principio de solidaridad grupal. Más allá de la polémica sobre los seguros de solidaridad general, deberá atenerse a tal carácter. Es por ello que se estima que la incorporación de grupos poblacionales ajenos al ámbito de la población propia de cada obra social, es riesgosa. Ese tipo de incorporación encontró en el INSSJP un “candidato ideal”. Así, mientras las pensiones graciables eran de excepción sus beneficiarios se diluían en la masa poblacional del PAMI, pero a medida que fueron multiplicándose la situación cambió. El segundo caso es el de los Veteranos de la Guerra de Malvinas. Cualquier país civilizado que ha estado involucrado en una guerra –desde los valentudinaria (hospitales de crónicos) de las Legiones romanas, hasta la Veterans Health Administration de EEUU– tienen un régimen de cobertura total de sus heridos, convalecientes o discapacitados bélicos. En Argentina se buscó la solución más fácil –y más injusta para los veteranos–: incorporarlos al PAMI, que aunque en general tiene mala cobertura, “da para todo”. Estas incorporaciones de poblaciones distintas se financian con fondos de otra procedencia que pueden demorarse, fragmentarse o no pagarse nunca al Instituto.

Otro principio general es la descentralización tan mentada, muy difícil de lograr por un problema de la naturaleza humana: descentralizar significa renunciar a parte del poder para transferirlo a otro nivel, persona o grupo. De allí la resistencia psicopatológica a toda descentralización casi paralela a

la fortaleza de los liderazgos. Ahora bien, en el caso del INSSJP, la descentralización es imprescindible aunque tenga que vencer tan difícil valla, y puede realizarse según alternativas. Una es que la cobertura sea gestionada con financiamiento previo (vg. cartera anual) y en programa aparte por las Obras Sociales Provinciales o, en las jurisdicciones pequeñas, por un agrupamiento regional de ellas. Otra alternativa es la constitución de PAMIs regionales, autónomos y autárquicos, con una reducción al máximo del nivel central reservado sólo a la normatización y control. Las ventajas de la centralización, por ejemplo en las contrataciones de servicios o de grandes cantidades de bienes de uso en salud (vg. marcapasos, prótesis, otros), terminan hundiéndose en la tramitación propia de la contratación y para la obtención o distribución de los servicios o bienes en un territorio tan amplio como el argentino, es decir afectando la accesibilidad. Además en la realidad, esas gigantescas centralizaciones para la contratación han sido propicias a la corrupción tan profunda y reiterada en la obra social considerada. Por otra parte, aunque la corrupción no sea imposible en un modelo descentralizado, es probable que no afecte a todas las regiones. Además, nada obsta a que todas o algunas regiones se pongan de acuerdo desde la autonomía para grandes contrataciones. La realidad es que las regiones del Instituto tiene muy limitados poderes y deben recurrir sistemáticamente a donde –como lo enseña la historia y la vida– decide la divinidad: la ciudad de Buenos Aires. No es posible dar cobertura real a los beneficiarios del PAMI sobre la base de decisiones centralizadas, decisiones que tampoco son garantía de idoneidad y decencia.

Un tercer problema de esta, como la mayoría de la OOSS argentinas, es la representatividad a su vez ligada al concepto de propiedad de la Institución y de sus fondos. Tanto uno como otro deben considerarse propiedad de los beneficiarios ya que su cobertura constituye la misión de la Institución, y los fondos se reúnen a partir de los aportes de los beneficiarios, es decir del descuento de sus haberes, a lo que se agrega la “contribución” (nótese el sentido de la palabra) y, en el caso del PAMI, por su particular constitución demográfica y perfil de demanda, con un aporte adicional de los activos que aportan a cajas de previsión nacionales. Este se justifica sólo porque al retirarse serán beneficiarios del PAMI. Luego, si la institución y los fondos son de los beneficiarios, éstos deben dirigirla en forma directa con una representatividad auténtica. Por de pronto en la mayoría de los casos la representatividad es relativa. El directorio es de nivel nacional y los delegados de jubilados y activos se proponen desde ese nivel de las organizaciones respectivas. Las designaciones las hace el Poder Ejecutivo sobre la base de esas propuestas. Los delegados del Estado son designados también por él mismo que nombra el Presidente y el Vicepresidente.

En cuarto lugar la corrupción, que en gestiones de la década de 1990 parece haber sido conducida desde arriba, infiltró buena parte de la institución y dejó en posiciones significativas personeros de esas gestiones y de otras en la que la corrupción se manejó desde niveles intermedios a pesar de la conducción superior. Ninguna gestión podrá solucionarla manteniendo esos personeros, algunos identificados y otros difíciles de precisar. En el trasfondo, la inoperancia del Poder Judicial en este campo tan amargo de la corrupción del PAMI con una innumerable cantidad de causas abiertas jamás cerradas o ya prescriptas, configura uno de los monumentos a la impunidad que alientan a los delincuentes de guante blanco.

Otro principio de Atención Médica aplicable al caso de las OOSS es el de límites tanto en lo que hace a las ciencias como a las prestaciones médicas. El poder alcanzado por la Medicina actual ha generado el espejismo de su omnipotencia, ni siquiera lejana sino inalcanzable. El espejismo se difunde, de persona a persona y desde los medios masivos de comunicación, o inducido por los propios profesionales. Y las OOSS no se animan, en general, a poner los límites ya sean de carácter científico o de carácter financiero, es decir, señalar servicios y bienes que, aunque sean indicados, simplemente no pueden pagar. Desgraciadamente en casos en que una obra social pone un límite de otra naturaleza, pululan los jueces que declaran amparo y ordenan hacer lo imposible, a veces inútil, o lo que la obra social debe cubrir a costa de dejar de pagar los servicios y bienes habituales. Los ejemplos en este caso son innumerables y dolorosos de relatar porque, ¿quién no habrá de comprender que una familia reclame para un hijo gravemente enfermo el mejor Instituto del mundo para hacerle un tratamiento? Aunque los resultados son siempre reservados y su costo multiplica a de su asistencia en el país. Solo que la obra social del caso es la que debe dilucidar según sus normas y sus posibilidades aunque la decisión sea amarga, y los jueces no deberían ser tan aventurados. Por supuesto que los amparos y las órdenes judiciales son de su específica competencia respecto a la cobertura fijada por la obra social de acuerdo a sus normas y al PMO-PMOE, cuando no se atiende. Lo lamentable es

que en estos casos no se inicie a partir de la no cobertura debida y oportuna, ya sea por impericia o negligencia, causa por incumplimiento de los deberes del funcionario público y/o abandono de persona contra los responsables de las OOSS.

5.4.- Otras categorías de OOSS

5.4.1.- Obras Sociales de Personal de Dirección

En total agrupan más de 1 millón de beneficiarios. Son 24 (1996), dos de ellas multisectoriales, OSDE (Organización de Servicios Directos Empresarios) con más de 300.000 beneficiarios y ASE (Acción Social Empresaria) con alrededor de 250.000, que asocian personal superior fuera de convenio de cualquier actividad.

La obra social Luis Pasteur agrupa directivos de los laboratorios farmacéuticos o de tecnología médica. OSDIP se ocupa de directivos de la industria petrolera. Veinte de ellas están agrupadas en una Federación Argentina de OOSS de Personal de Dirección⁸.

En esta categoría se destaca por su extensión a todo el país la Organización de Servicios Directos Empresarios (OSDE) creada en 1972 a iniciativa de empresarios de la Unión Industrial Argentina (UIA) con el objeto de dar cobertura a directivos de actividades diversas, muchas de las cuales nuclean grupos pequeños que les dificulta construir un sistema exclusivo y propio. En 1991 organizó un prepago, "OSDE binario" que alcanzaba en 2002 el número de un millón de beneficiarios con diversos planes de cobertura, incluyendo uno especial para jóvenes de 18 a 25 años.

La organización amplió sus servicios al campo de las jubilaciones (Arauca-Bit AFJP. Binaria Seguros de Retiro): seguros de vida, urgencias médicas (Rosario, Santa Fe) y turismo.

A través de la Fundación OSDE, promotora de diversas actividades culturales y sociales, se propuso en agosto de 2002 un Modelo Gerenciado de Salud que, bajo garantía del Estado, daba cobertura a toda la población en diferentes OOSS y EPP, normados ambos por un mismo cuerpo legal, y desregulados para favorecer la competencia e incluyendo un modelo gerenciado para los establecimientos estatales. Los grupos de menores ingresos y los desocupados serían cubiertos con cuotas emergentes de los presupuestos del Estado (*Clarín*, 2002).

Además existen también las obras sociales por convenio y son aquellas de personal directivo, creadas por las mismas empresas, tales como YPF, Shell, Ford, Mercedes Benz, Techint y otras.

5.4.2.- Obras Sociales por convenio

Son OOSS de personal directivo creadas por las mismas empresas: YPF, Shell, Ford, Mercedes Benz, Techint y otras.

6.- Las OOSS provinciales

Jorge Luis Rossotti
Horacio Luis Barragán

La organización de la AM en el sistema de Seguridad Social de un país, puede estar centralizada o descentralizada. La centralización se corresponde con un sistema político unitario y se confronta con uno federal. Este ha sido uno de los tradicionales conflictos de la política de Atención Médica en Argentina, nación constitucionalmente federal en la que cada provincia es un Estado Miembro, con su Constitución propia, y que se reconoce parte integrante de la República.

Las provincias no son la expresión resultante de una división territorial con fines administrativos, sino que preexistieron jurídicamente a la Nación, pero con reserva del ejercicio de todos los poderes

⁸ Cuando se les quiso incorporar monotributistas con un aporte de \$ 20 plantearon públicamente que les resultaba imposible brindar el mismo servicio que a sus beneficiarios tipo (Consultor de Salud N° 366).

y derechos que a través de la Carta Magna no hayan sido expresamente delegados al gobierno de la Nación; aspecto éste fundamental que suele ubicarse en el olvido. Las jurisdicciones provinciales son poseedoras de autonomía, y como tales sólo delegan a la Nación determinados poderes (vg. Defensa y Relaciones Internacionales), pero no otros. Así por ejemplo, garantizar la salud de la población es un deber de los Estados provinciales⁹.

La reforma constitucional de 1994 incorporó un nuevo párrafo al artículo 125, relacionado a las entidades de la Seguridad Social, donde se establece que las provincias pueden conservar ese tipo de organismos de seguridad social para empleados públicos y cajas de previsión para profesionales. Esta norma no hace más que ratificar una potestad no delegada por las provincias; a la vez que armoniza con la interpretación que debe darse al artículo 14 bis cuando señala que “los beneficios de la seguridad social” estarán “a cargo de entidades nacionales o provinciales con autonomía financiera y económica, administradas por los interesados con participación del Estado”.

Finalmente, la supletoriedad de la competencia de las legislaturas de los Estados Miembros sobre la materia, ha sido consagrada por la Constitución Nacional para el único caso de que el Congreso no dictase los Códigos de fondo; ello conforme lo establece el artículo 126 de la misma carta magna.

6.1.- El rol de las obras sociales provinciales

Las obras sociales provinciales fueron caracterizadas a modo de “hermanas menores” del sistema de salud argentino. El hecho que las obras sociales nacionales figuran en la primera plana puede atribuirse a la incidencia política del sindicalismo, así como a la mentada legitimidad de las reivindicaciones salariales, al solo efecto enunciativo.

La descentralización de los servicios sociales y la crisis de financiamiento general, conllevaron al subsector público provincial a convertirse en un mecanismo generador de empleo, y las obras sociales provinciales se revalorizaron como unidad de estudio. En la actualidad, en términos de financiamiento, con una cobertura aproximada de 5,2 millones de beneficiarios constituyen cerca del 14% de la cobertura en AM.

El proceso de descentralización iniciado a principios de la década de 1990 modificó el eje del modelo de salud, y de esa manera la autoridad de aplicación nacional pasó a desempeñar un rol complementario en el otorgamiento de servicios, aunque mantuvo su protagonismo en términos de financiamiento. Esta nueva perspectiva, motivó el giro de la óptica nacional hacia las obras sociales provinciales que asumieron un papel protagónico. Lo expuesto, se tradujo en la necesidad de analizar los mecanismos de coordinación existentes, la transferencia de riesgo con instituciones de los Ministerios de Salud Provinciales, como así también en los modelos de contratación del subsector prestador.

Las variables señaladas constituyen las piedras angulares del análisis de políticas a implementar, donde los seguros provinciales de salud, coordinando los recursos de las entidades jurisdiccionales, Ministerios de Salud locales y el PAMI constituyen uno de los escenarios potenciales.

Las obras sociales provinciales, como organismos autárquicos de un país federal, tienen una legislación que les otorga funciones y características propias, y no son homogéneas entre sí. La ausencia de información sobre las entidades aludidas, asociado a un modelo desarticulado de financiamiento, genera incógnitas sobre la confiabilidad de los datos a considerar, sus fuentes de información y los parámetros para establecer comparaciones entre instituciones. Finalmente, y a diferencia de lo que ocurre con las obras sociales nacionales, las jurisdicciones provinciales no cuentan con un organismo de supervisión que, a manera de superintendencia, regule la redistribución de fondos, establezca un programa mínimo obligatorio de servicios de salud y estandarice la calidad de la AM.

⁹ La forma de gobierno de la Nación Argentina y de cada una de las provincias que la constituyen es representativa, republicana y federal. Representativa indica que constitucionalmente el pueblo elige libre y periódicamente sus representantes y no delibera ni gobierna sino a través de los mismos. Republicano indica que el gobierno tiene tres poderes independientes entre sí: uno Legislativo, que dicta las leyes; uno Ejecutivo, que las reglamenta y las hace cumplir; y otro Judicial, que administra la justicia sobre la base de la Constitución, las leyes y las normas complementarias y la jurisprudencia; Federal es que cada provincia, en atención a su preexistencia a la Nación, tiene todos los poderes que no ha delegado y el Estado Federal sólo aquellos que las provincias le han delegado. El sistema democrático debe representar las características señaladas, de forma tal que no debe limitarse o restringirse a votar libremente en las elecciones, sino al pleno funcionamiento del régimen representativo, republicano y federal.

6.2.- El denominador común de su génesis fue otorgar servicios de salud

Cada una de las jurisdicciones provinciales organizó su propia obra social provincial a partir de una ley o decreto específico. El objetivo común fue el de brindar servicios de salud a sus beneficiarios, quienes en su mayoría son agentes de la administración provincial y municipal, así como a sus grupos familiares primarios.

En algunos casos integran las obras sociales los jubilados y pensionados de la caja de previsión provincial (provincia de Buenos Aires, Chubut, Entre Ríos, Río Negro, entre otras) y los llamados afiliados voluntarios. No obstante la mayor parte de la población cubierta corresponde al personal de la administración pública.

El peso de la población en edad activa oscila entre el 50 y el 63%, lo que es consistente con el origen contributivo de estas instituciones. Por esa misma razón, el porcentaje de los beneficiarios que reside en las capitales provinciales es generalmente elevado (entre el 40% y el 55% del padrón).

Sus afiliados no cuentan con la posibilidad de elección de su institución aseguradora como sucede actualmente en el sistema de obras sociales nacionales. Esfuerzos recientes de gestión han llevado a la creación de planes alternativos para la elección de prestadores por parte de sus afiliados, como Córdoba que constituye un caso innovador en esta dirección.

6.3.- Distribución de las obras sociales por provincia

En 1998 había veintitrés obras sociales provinciales (OSP) agrupadas en la Confederación de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA) con una población de seis millones de beneficiarios y un presupuesto sumado del orden de los \$2.000 millones anuales (1994).

Las obras sociales provinciales son autárquicas o descentralizadas y se financian con aporte de los empleados provinciales y municipales de entre 3 y 4,5% y con contribuciones patronales de entre 4 y 6% de los salarios. Hay porcentuales complementarios para jubilados, pensionados y familiares voluntarios.

Operan como financiadores de prestaciones incluyendo programas especiales como el materno-infantil. No tienen efectores propios. Sus beneficiarios demandan al subsector privado y al estatal. A mediados de los 1990 se consolidó la tendencia a financiar prestaciones brindadas en el subsector estatal de autogestión (*Clarín*, 08/08/94).

Su autarquía actual está limitada por la retención de fondos en las tesorerías provinciales y por la falta de pago de las contribuciones patronales de los municipios y, a veces, de las mismas provincias. Las OSP están relacionadas entre sí por convenios de reciprocidad para la cobertura de sus beneficiarios en extraña jurisdicción, y suele haber deudas pendientes de las provincias más derivadoras hacia las con mayor complejidad de efectores. El IOMA (PBA), en junio de 2000, decía ser acreedor de \$8 millones acumulados en 12 años de convenios de reciprocidad (Consultor de Salud N° 271).

La conducción de las OSP está a cargo, según cada reglamentación, por un presidente y un cuerpo colegiado generalmente formado por representantes gremiales y funcionarios del gobierno. Estas conducciones tienen una estabilidad proporcional a la duración de los gobiernos provinciales, menor que la del nacional. Se les critica ser deficitarias en dirección técnica y estar fuertemente influidas por las agrupaciones profesionales y sanatoriales.

6.3.1.- IMOS

El Instituto Municipal de Obras Sociales (IMOS) cubre a los trabajadores y jubilados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, alrededor de 370.000 beneficiarios.

Tiene un establecimiento propio, el Sanatorio Municipal "Dr. Julio Mendez" de 350 camas como eje del 2º nivel de atención (*Clarín*, 1996:7).

6.3.2.- IOMA

El Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) de la Provincia e Buenos Aires fue creado en febrero de 1957, por Decreto-Ley 2.452, dependiendo del entonces Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Su misión es brindar cobertura médico asistencial al personal de la administración pública provincial y de los municipios que adhirieran así como a sus familiares.

En noviembre de 1965, por Ley 6.323 se transformó en un ente autárquico provincial, y previó la incorporación de voluntarios.

En 1965, se estructuró por la Ley 6.982, que tiene vigencia de acuerdo a su texto ordenado (TO) de 1987.

En el artículo primero incorpora el principio de "libre elección del médico por parte de los usuarios, reafirmando el sistema de obra social abierta y arancelada".

La administración del IOMA corresponde a un directorio formado por un presidente, tres representantes del Estado y tres de los afiliados obligatorios a propuesta de los gremios más representativos. Los tres gremios y discrecionalmente el resto, son designados por el Poder Ejecutivo por cuatro años pudiendo seguir nuevos períodos.

La financiación del IOMA se basa en el aporte de los beneficiarios que en 1978 (Decreto 9.152/78) era del 3,5% y del 4% de cada sueldo como contribución del Estado Provincial o los Municipios¹⁰. El sistema cubre a los activos y pasivos (jubilados y pensionados), así como a sus familiares directos de la Administración Pública Provincial y de las municipalidades adheridas, en forma obligatoria. Son voluntarios los funcionarios de cargo electivo y los jueces del Poder Judicial.

El porcentaje de aportes y contribuciones varió en sucesivas gestiones [Cuadro 6.3.2.a].

Prov. Bs. As. IOMA. Aportes y Contribuciones. Evolución*

Decreto -Ley	Período	Contribuciones Patronales	Aportes personales	Total
6982	1-1-65 al 31-12-77	2,5	2,5	5
9152/78	1-1-78 al 30-11-82	4	3,5	7,5
9888/82	1-12-82 al 31-3-83	3,5	2,5	6
9952/83	1-4-83 al 31-8-83	4	3,5	7,5
10042/83	1-9-83 al 31-12-04	4,5	4,5	9
Decreto 2655/04	1-1-05 a la fecha	4,8	4,8	9,6

IOMA. Dirección de RRHH.
*Las contribuciones y aportes son % sobre el sueldo.

Cuadro 6.3.2.a

Prov. Bs. As. IOMA. Gasto operativo en prestaciones de AM. Distribución 1964-68 (en millones de \$ y %)

Rubro	Años y %	1964	1965	1966	1967	1968
	%	%	%	%	%	
Médicos		39,4	39,6	34,1	41,9	40,7
Sanatorios		16,1	17,4	20,7	18,5	18,3
Farmacia		33,5	30,4	29,5	27,2	29,6
Laboratorios		4,5	4,7	5,9	5,1	5,1
Odontología		4,0	5,7	5,9	4,9	4,3
Reintegros		2,5	2,2	3,9	2,4	2,0
Total		100	100	100	100	100

(IOMA, 1970)

Cuadro 6.3.2.b

10 Los ingresos del IOMA dependen no sólo de las contribuciones patronales de la administración provincial central sino también de los del Instituto de Previsión de la Caja de Retiro de la Policía.

En años posteriores se fueron agregando rubros relacionados con el desarrollo tecnológico (prótesis, diálisis) como se verá en los cuadros siguientes. Estos rubros modificaron la distribución porcentual en detrimento de los enumerados en el cuadro precedente [Cuadros 6.3.2.c y 6.3.2.d].

Prov. de Bs. As. IOMA - Distribución del gasto por sectores 1990 - 1998

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Sanatorios	44,3%	39,8%	40,3%	32,6%	35,4%	36,3%	35,8%	36,7%	35,8%
Farmacias	17,3%	17,0%	18,8%	15,8%	15,5%	16,6%	16,2%	16,4%	19,8%
Médicos	21,7%	17,6%	14,2%	21,2%	30,5%	28,7%	30,4%	30,2%	29,0%
Odontólogos	3,9%	10,2%	8,7%	5,7%	6,8%	5,6%	5,9%	5,6%	5,0%
Bioquímicos	5,6%	4,6%	4,6%	4,3%	6,2%	6,1%	5,9%	5,8%	5,0%
Prótesis	2,1%	1,2%	1,3%	1,6%	1,4%	2,3%	1,4%	1,8%	1,2%
Otros	5,3%	9,5%	12,2%	10,3%	4,2%	4,5%	4,3%	3,5%	4,2%
Indefinido				8,51%					
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fte. Prov. Bs. As. Ministerio de Economía. La Plata., 2000. Nota: decimales redondeados.

Cuadro 6.3.2.c.

Prov. de Bs. As. IOMA - Distribución del gasto por sectores 1990-1998
En Miles de Millones de Pesos

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Sanatorios	37,9	75,0	106,2	129,4	156,7	166,7	172,4	206,1	182,8
Farmacias	14,8	32,1	49,5	63,9	68,8	76,2	78,0	92,0	101,2
Médicos	18,5	33,2	37,4	105,7	135,2	131,6	146,4	169,9	148,3
Odontólogos	3,3	19,3	23,0	24,2	30,2	25,6	28,4	31,4	25,3
Bioquímicos	4,8	8,7	12,0	16,7	27,5	28,0	28,6	32,7	25,4
Prótesis	1,8	2,3	3,4	6,2	6,1	10,4	6,6	10,1	6,2
Otros	4,5	17,9	32,1	39,7	18,7	20,6	20,7	19,5	21,5
Total	85,6	188,5	263,6	385,9	443,1	459,0	481,1	561,8	510,6

Fte. Prov. Bs. As. Ministerio de Economía. La Plata., 2000. Nota: números redondeados.

Cuadro 6.3.2.d.

Prov. de Bs. As. IOMA - Distribución del gasto por sectores 1990-1998
En Miles de Millones de Pesos

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Sanatorios	37,9	75,0	106,2	129,4	156,7	166,7	172,4	206,1	182,8
Farmacias	14,8	32,1	49,5	63,9	68,8	76,2	78,0	92,0	101,2
Médicos	18,5	33,2	37,4	105,7	135,2	131,6	146,4	169,9	148,3
Odontólogos	3,3	19,3	23,0	24,2	30,2	25,6	28,4	31,4	25,3
Bioquímicos	4,8	8,7	12,0	16,7	27,5	28,0	28,6	32,7	25,4
Prótesis	1,8	2,3	3,4	6,2	6,1	10,4	6,6	10,1	6,2
Otros	4,5	17,9	32,1	39,7	18,7	20,6	20,7	19,5	21,5
Total	85,6	188,5	263,6	385,9	443,1	459,0	481,1	561,8	510,6

Fte. Prov. Bs. As. Ministerio de Economía. La Plata., 2000. Nota: números redondeados.

Cuadro 6.3.2.e.

Principios y gasto de IOMA

La **distribución del gasto asistencial** del IOMA exhibe una modificación en los porcentajes por rubros, emergente de las modificaciones científico-tecnológicas y de factores relacionados con la “puja distributiva”. Así la proporción del rubro sanatorios se redujo en ocho puntos porcentuales mientras que farmacias aumentó en más de dos, médicos en alrededor de siete y odontólogos en uno.

En publicación reciente, el IOMA presenta la estructura del gasto con algunos rubros desglosados e incluyendo el gasto administrativo [Cuadro 6.3.2.e].

Sectores	%
Clínicas (Sanatorios)	22,0
Medicamentos (Farmacias)	20,0
Médicos	25,0
Odontólogos	4.1
Bioquímicos	5.0
Prótesis	7.1
Psiquiatría	1.0
Diálisis	3.1
Otros	7.1
Administrativo	4.0
TOTAL	98.4

Fte. Prov. Bs. As. IOMA. Folleto Informativo. IOMA La Plata. 2004: 11 Nota: porcentajes aproximados, obtenidos de un gráfico y ordenados con modificaciones.

Cuadro 6.3.2.f

De acuerdo a estos porcentajes, correspondientes al año 2003, el rubro sanatorios continúa reduciéndose pero, en este caso, cabría sumarle las proporciones de los rubros psiquiatría y diálisis, que no estaban explicitados en la distribución 1990-1999.

En esta publicación el IOMA marca una población beneficiaria del orden de 1,37 millones de beneficiarios y un presupuesto del orden de los \$730 millones, lo que indicaría un valor per cápita del orden de los \$44/beneficiario/mes (IOMA, 2004).

Con referencia al **principio de solidaridad** grupal, en tanto el IOMA cubre a los empleados del gobierno provincial y 129 municipalidades de las 134 bonaerenses con sus respectivas familias, ha tenido menos incorporaciones de grupos numerosos ajenos al núcleo que le es propio. Las pensiones gratificables aumentaron al orden de las 50.000 con una relación contribución/gasto de aproximadamente 1/8,6 (IOMA, 2004).

En un período el IOMA tuvo a su cargo la cobertura de sectores de población de recursos económicos insuficientes. Este programa, iniciado en noviembre de 1985, establecía un mecanismo de registro y reconocimiento de esos grupos para la conformación de un padrón y el pago per cápita al IOMA por parte del Ministerio de Salud. En la gestión siguiente fue ajustado en vistas a corregir desviaciones.

IOMA definió un mecanismo de cobertura de voluntarios, individuales y colectivos, bajo el cobro de cuotas (primas de los prepagos) a cargo del afiliado de esa condición con niveles accesibles y cobertura similar a los afiliados obligatorios, excepto en lo que hace a carencias y preexistencias. Los voluntarios conforman un grupo del orden de los 130.000 beneficiarios, con lo que el IOMA alcanza una población total de más de 1,5 millones de personas (IOMA, 2004).

Respecto a **su conducción**, el IOMA, como el resto de las obras sociales, no ha encontrado aún un mecanismo que asegure la real representatividad de los beneficiarios. Su directorio está constituido por presidente y vicepresidente, dos representantes más por el estado provincial y tres por el sector gremial. Todos ellos son nombrados por el Poder Ejecutivo, aunque los del sector gremial a propuesta

de los sindicatos de personal estatal de mayor tamaño poblacional. A su vez la propuesta emerge de las conducciones gremiales. No en todas las gestiones el directorio logra tomar las decisiones que le son propias, dependiendo del poder diferencial entre el conjunto del mismo y la presidencia.

El **principio del límite** es escasamente asumido “ex ante” por el IOMA. En efecto las prestaciones nuevas y complejas, salvo excepciones, tienden a autorizarse así como a complicarse su posterior pago.

Se ha sostenido que, a través de décadas, no se logró un sistema efectivo de habilitación/ categorización de establecimientos asistenciales privados y cuanto menos de fiscalización y acreditación. Si bien hay legislación y esfuerzos por parte del Ministerio de Salud, debe enfrentarse a un subsector de crecimiento anárquico con disímil calidad de prestaciones y estilos de facturación. Es así como el **principio de desconfianza universal** orienta las acciones de auditoria de IOMA afectando a “justos y pecadores”.

Una solución racional y justa sería una habilitación / categorización / fiscalización a cargo del Ministerio de Salud provincial con participación del IOMA y los agrupamientos de establecimientos asistenciales. Asimismo es necesario que el mismo Ministerio y el IOMA, en su caso, implementen un sistema completo de acreditación de calidad. El instituto intenta este tipo de evaluación con encuestas de satisfacción que resultan insuficientes.

La exigencia de cumplimiento de convenios suele tener vigencia para los prestadores y no para la obra social. Así los intereses punitivos por demoras en el pago de facturas, si bien están establecidos en los convenios, nunca se percibieron aún en los períodos en que esos pagos se atrasaban o fragmentaban significativamente. La fortaleza del IOMA genera una fuerte dependencia para los establecimientos privados bonaerenses, especialmente en el Gran La Plata y los conglomerados principales donde viven la mayoría de los empleados públicos. Esta dependencia pone en minusvalía a los prestadores. De esta forma es frecuente que el Instituto tome decisiones unilaterales en normas operativas, sin tener en cuenta los principios que norman un convenio entre partes, y esas normas comprenden siempre nuevas exigencias y han previsto hasta penalidades económicas sin su justa contrapartida que son los premios. Es así como se configura una manifiesta asimetría en las decisiones y en el cumplimiento de los contratos, y posiciona al IOMA y a los prestadores en competidores en vez de aliados en la cobertura de la salud de sus beneficiarios.

En cuanto a los valores de las prestaciones asistenciales, en general, su deterioro es evidente, tanto los establecidos en los convenios de IOMA como en la mayoría de las obras sociales.

Este deterioro resultó de una sumatoria de acontecimientos: la congelación de honorarios y aranceles de marzo de 1993 en relación a la cual se firmaron los convenios de base, los aumentos de cargas impositivas nacional, provincial y de tasas municipales, del valor de los servicios públicos y del cobro de consumo de agua medida, el costo desmedido de los seguros de responsabilidad, del aumento de los insumos importados a raíz de la crisis de fines de 2001 y del cese posterior de la convertibilidad, del de los insumos nacionales y finalmente del los aumentos salariales, justos por cierto, pero no compensados armónicamente con un ajuste en las tarifas. No faltaron quitas de hasta un mes entero ni períodos con debitaciones desproporcionadas. Estos períodos llevaron a conflictos y huelgas de personal, a la quiebra a numerosos establecimientos privados, a la reducción de personal y camas en otros y al empobrecimiento del grueso del cuerpo profesional con cierta excepción en los de arancel libre o prácticas de alta complejidad.

Las leyes nacionales y provinciales de emergencia administrativa y financiera cerraron, por otra parte, la posibilidad de reclamos de acreencias por vía judicial, vía por otra parte raramente emprendida por el subsector de Atención Médica privado.

La catástrofe inminente puede ser evitada

Las formas de facturación y pago que IOMA estableció “por prestación” desde sus inicios, se modificaron siguiendo la tendencia general en la década de 1990. Primero estableció un sistema de módulos día-cama (1993) que llevó al aumento del PDE y de la facturación y como consecuencia generó fuertes débitos. El de día-cama fue suplido, entonces, por el sistema de módulos por patología resuelta al alta (1996), que es el vigente, con lo que se ajustó la facturación con una relativa reducción de débitos, que en un período anterior había alcanzado el monto de un mes de facturación y eran difíciles sino imposibles de recuperar. El sistema de asignación de módulos encuadraba en un marco

de cartera fija con lo que IOMA intentaba, con razón, tener un presupuesto previsible. En ese sentido logró regularizar aportes y contribuciones adeudadas, aumentar los valores per cápita del gobierno bonaerense para la cobertura de beneficiarios de pensiones gratificadas y bomberos voluntarios y ajustar las cuotas de voluntarios para alcanzar la autofinanciación de ese grupo. Por otra parte, facilitó el pago de los coseguros ambulatorios, eliminó el bono para internación, aceleró el pago de reintegros, regularizó el pago a los establecimientos municipales, redujo los gastos de administración en los convenios, así como los tiempos y fragmentación de pagos. Por otra parte, implementó un reempadronamiento y amplió la representatividad de los beneficiarios a través de un Consejo Asesor Gremial. La gestión en curso ordenó diversos aspectos claves del funcionamiento de la obra social.

No obstante, los valores retributivos tanto a profesionales como a instituciones siguieron demorados a pesar de los aumentos de costos en personal, funcionamiento y equipos, sin computar la amortización de edificios, remodelaciones y equipamiento. El decreto de emergencia sanitaria salvó situaciones críticas para los prestadores pero tiene vigencia hasta fines de 2003.

Si los valores no se aumentan sustancialmente sobre la base de convenios-alianza que permitan corregir los desvíos sobre un principio de confianza mutua y tomar decisiones de común acuerdo, y pierde vigencia el decreto de emergencia, los profesionales se verán afectados en sus ingresos y los establecimientos se reducirán en camas y servicios o irán a la quiebra derivando en la sobrecarga de demanda, ya desbordada, del subsector estatal con el consecuente detrimento en la atención de los beneficiarios de IOMA.

Es de esperar que esta misma gestión ordenadora tome decisiones que permitan evitar una catástrofe. Para ello depende de un adecuado aumento salarial, base de aportes y contribuciones, a los empleados provinciales y municipales. Este depende, a su vez, de una justa coparticipación nacional para la provincia de Buenos Aires. Asimismo de una eventual ajuste solidario de los aportes y contribuciones de los mayores sueldos y de la aceptación de copagos para prestaciones nuevas y de alta complejidad o nuevas, que asegure el acceso para quienes no puedan afrontarlo. Cabe señalar por otra parte que la ley de IOMA establece que su déficit eventual debe ser cubierto por el tesoro de la Provincia.

6.3.3.- Otras OOS provinciales

El Instituto Autárquico Provincial de Obra Social (IAPOS) de Santa Fe fue creado por Ley provincial 8288 (set-1978) como persona jurídica autárquica en el ámbito del P.E. con el que se relaciona través del Ministerio de Bienestar Social. Cubre al personal activo y pasivo de la Administración Pública y sus familiares, que en 1980 comprendían más de 190.000 personas. Se financia con el 3% y 4% del haber de activos y pasivos respectivamente, y el 6% de contribución por la provincia. Los aportes aumentan en 1% si el afiliado tiene familiares a cargo y 2% a 3% por cada familiar voluntario a cargo.

El Instituto Provincial de Atención Médica de la Provincia de Córdoba (IPAM) en el año 2000 licitó las prestaciones de sus casi 500.000 beneficiarios en cinco regiones y las adjudicó a cinco gerencadoras por un valor \$18 per cápita, lo que generó conflictos. La crítica fue que la obra social se privatizaba.

Los equívocos respecto de la autarquía de las obras provinciales suelen pasar desapercibidos. Las declaraciones del presidente del directorio fueron: "La fecha de adjudicación debe ser decidida por el gobernador...".

Las empresas adjudicatarias fueron: 1) Dyma S.A. Hospital Privado y Centro Médico de Córdoba; 2) Consorcio de Prestaciones Integrales del Centro de la República; 3) Prored-Ase; 4) Medicina de Asistencia Solidaria y 5) Federación Médico Gremial de Córdoba. Dos de las cinco redes no pudieron continuar. El valor per cápita aumentó posteriormente a \$23,43, no obstante, el acceso de los usuarios a ciertos servicios fue dificultoso y los prestadores padecieron quitas e índices.

En agosto de 2004, vencido el contrato, el IPAM propuso renovarlo a los cinco adjudicatarios o una nueva licitación. Los adjudicatarios están agrupados en una Cámara de Prestadores de Salud (CEPSAL). La Federación Médica reclama un aumento de cápita a \$27 (Consultor de Salud N° 344).

La nómina de OSP, con alguna carencia de datos, se presenta en el Cuadro 6.3.3.

R. Argentina. Obras Sociales Provinciales. Circa 2002						
Jurisdicc. y sigla	Nombre	Año creación*	Contr/Aport = Total (%)	Benefi. Aprox (miles) ***	% de pobl. Provincia	Censo prov. 2001 (miles)
Bs. As. IOMA	Inst. Obra Méd Asistencial	1957	4,5/4,5 = 9	1,200	8.8	13.756
Catamarca OSEP	O.S Empleados Públicos	1959		142	42.9	331
Ciudad Bs. As. OSBA	O.S. Buenos Aires		6/3 = 9	-	-	2.729
Córdoba IPAM	Instituto Provincial de A.M	1971	4,5/4 = 8,5	500	16.4	3.053
Corrientes IOSCOR	Instituto de O.S de Corrientes	1972	6/5 = 11	166	17.9	927
Chaco INSSEP	Instituto de Seg. Social y Previsión	1958		172 ^a	17.5	979
Chubut ISSS (ex SEROS)	Instituto de Seg. Social y Seguros	1972	4/3 = 7	81	19.9	408
E. Ríos IOSPER	Instituto O.S. de Entre Ríos	1967		237	20.6	1.152
Formosa IASEP	Inst. Asist. Social a Empl. Públicos	1962		130	26.6	489
Jujuy ISJ	Instituto de Seguros Jujuy	1965		150	24.6	609
La Pampa SEMPRES	Servicio Médico Previsional	1969	4,5/3,5 = 8	65	21.8	299
La Rioja APOS	Administración Previsional de OS	1953	5,5/4,1 ^b = 9,6	120	41.7	288
Mendoza OSEP	O.S. Empleados Públicos	1948	3/3 ^b = 6	286	18.2	1.574
Misiones IPS	Instituto de Previsión Social	1964		120	12.6	961
Neuquén ISSN	Inst. de Seg. Social de Neuquén			137	29	472
Río Negro IPROSS	Inst. Prov. del Seguro de Salud		5,5/3,5 = 9	120	21.8	549
Salta IPS	Inst. Provincial de Seguros			358	33.6	1.065
San Juan DOS	Dirección de Obra Social			140	22.7	617
San Luis DOSEP	Direc. Obra Social del Estado Prov.	1972		55	15	367
Sta. Cruz CSS	Caja de Servicios Sociales			-		197
Santa Fe IAPOS	Inst. Autárquico Provincial de O.S.		6/4 ^b = 10	-		2.976
Sgo del Estero IOSEP	Inst. de O.S. del Empleado Público		4/5 ^b = 9	120	15	796
T. del Fuego ISST	Inst. Serv Soc T. del Fuego		6/4,5 ^b = 10,5	28	28	100
Tucumán IPSST	Inst. Prev. Soc y Seg. Social		4,5/4,5 = 9	320	24	1.332

* Congreso de la N. Argentina, 1982. ** Ministerio de Economía, 2001. *** Consultor de Salud N°252.
^a se refiere a "activos"; ^b con familia, sin ella es un punto menos

Cuadro 6.3.3

7.- Las OOSS entraron en crisis

El desarrollo de las OOSS en Argentina, su consolidación con el Decreto-Ley 18.610 y el intento de hacer de ellas eje del Servicio Nacional de Salud previsto en los proyectos de Liotta, de Neri y Mera, las presentan como una suerte de sistema de AM que cubre, con variada amplitud y calidad, a una alta proporción de la población.

Las OOSS configuran una forma acotada de socialización de la AM toda vez que operan con un mecanismo de prestaciones nomencladas y precios máximos, aún con diversas modalidades de facturación. En la etapa de facturación-pago "por prestación" contribuyeron, junto a la falta de regulación de la oferta, a sobrecargar los presupuestos de las OOSS.

El subsector estatal, en progresivo deterioro, reclamó retribución por las prestaciones brindadas a beneficiarios de OOSS desde mediados de 1970. Ese reclamo, concretado a medias, no sirvió para revertir aquel deterioro.

Mientras tanto las sucesivas crisis económicas, mundiales y propias, vinieron a dar un golpe de gracia a la financiación de las OOSS.

Un acelerado proceso de intermediación impulsado por corruptelas primero y corrupción franca después se confabuló para su desfinanciación.

Ineficaces los efectores públicos, alimentados con presupuestos estatales, e ineficaces las OOSS, sustentadas con aportes y contribuciones en reducción relativa, dieron pie a una creciente inequidad.

En el mundo desarrollado los gobiernos alarmados por el creciente gasto en AM comenzaron a pensar alternativas diferentes de política social.

El neoliberalismo enarboló la bandera de la eficacia teniendo por modelo a los seguros privados. Planteó la reducción del gasto público y de sus fuentes, los impuestos. Entre ellos llamó "impuestos al trabajo" a las contribuciones patronales de la Seguridad Social. Se argumentó también que la sobreprotección de la enfermedad resta fuerza a la responsabilidad personal por el cuidado de la salud, y que la Seguridad Social, en tanto aparece como un tercero pagador, alienta la sobredemanda.

Las alternativas inequitativas de solución fueron los mecanismos que reducían primero las contribuciones patronales y que intentaban después, eliminarlas. Para cubrir la AM de los sectores de ingresos medios-altos impulsaron a buscar la competencia de las OOSS de personal de dirección y de las entidades de prepa médica.

No resultan injustos, en vez, los mecanismos para evitar dobles o triples afiliaciones, pero poco se habló de las dobles o triples intermediaciones.

No resultaba tampoco injusto dar prioridad al gasto en AM frente a otros beneficios, no menos respetables, ni minimizar los gastos administrativos o reducir el número desmedido de OOSS a través de fusiones.

8.- La Superintendencia de Servicios de Salud y el Plan Médico Obligatorio

*Horacio Luis Barragán
Oscar Alfredo Ojea*

8.1.- Creación de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS)

Por el decreto presidencial N° 1.615 del año 1996, modificado por su similar n° 651/97, se crea la Superintendencia de Servicios de Salud como ente descentralizado y producto de la fusión de la ANSSAL, el INOS y la DINOS. De esta forma la administración del presidente Dr. Carlos S. Menem intenta, una vez más, ejercer el control y regulación de las Obras Sociales sindicales. Mediante diversos acuerdos con los subsectores del ámbito de la salud, se fortalece la marcha y el accionar de este organismo llamado a normatizar los servicios de salud.

Acorde con su misión, la Superintendencia fiscaliza el cumplimiento del Plan Médico Obligatorio y las prestaciones para pacientes portadores de HIV, drogadependientes y discapacitados; controla el Programa Nacional de Garantía de Calidad; supervisa el ejercicio de la libre opción de obra social por parte de los beneficiarios; y controla el funcionamiento del régimen de débito automático en el caso del Hospital Público de Gestión Descentralizada, los agentes del Seguro de Salud con efectores propios y los beneficiarios del Sistema de Contrataciones Regionales de las Obras Sociales.

Asimismo tutela el accionar de las Obras Sociales en todo el país, desplegando una presencia uniforme en el territorio nacional para la atención de los usuarios de las mismas.

Por último compete a este organismo la utilización, actualización y administración del padrón de beneficiarios y el control de los pagos correspondientes al Fondo Solidario de redistribución por parte de los distintos agentes del seguro de salud.

La Superintendencia de Servicios de Salud depende orgánicamente del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, siendo su presupuesto para 2006 de \$ 550.869.354 (Secretaría de Presupuesto y Hacienda de la Nación).

8.2.- Plan Médico Obligatorio (PMO)

La Comisión Técnica creada por el Decreto 492/95, tenía como misión elaborar un proyecto de prestaciones médicas al alcance de todos los beneficiarios de la Seguridad Social, privilegiando la prevención y promoción de la salud y el libre acceso, solidario e igualitario. Dicha comisión estaba integrada por representantes del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, de la Administración Nacional del Seguro de Salud y de la Confederación General del Trabajo. De esta instancia surgió y se aprobó el denominado Plan Médico Obligatorio (PMO), instrumento que permitirá a las Obras Sociales optimizar las prestaciones a que están obligadas, haciéndolas más eficaces y eficientes tanto del punto de vista prestacional como administrativo.

Siendo el PMO una herramienta extremadamente sensible, los avatares económicos y sociales por los cuales atravesó nuestro país modificaron su esencia y contenido. Es así que durante la crisis del 2001, que generó la renuncia del presidente Dr. Fernando de La Rúa, determinó que el gobierno interino del Dr. Eduardo Duhalde instaurara el estado de Emergencia Pública (Ley 25.561 del 19/04/02) y como consecuencia se impuso la Emergencia Sanitaria Nacional (Decreto 486/02). Fue allí, que entre otras medidas, el PMO pasó a llamarse de Emergencia (res. 201/02 M.S.), garantizando la accesibilidad a los servicios de salud, medicamentos genéricos e insumos críticos. Sucesivas normas jurídicas prorrogaron la Emergencia Sanitaria Nacional y por ende el PMOE.

Citas bibliográficas

- Clarín 4 de noviembre de 1996, en base a datos de ANSSAL.
- Clarín, 26 de agosto de 2002
- Clarín, 4 de noviembre de 1996; sección económica: 7.
- Clarín, 4 de septiembre de 1995:33.
- Clarín, 8 de agosto de 1994:21.
- Clarín, septiembre de 1995.
- Congreso de la Nación Argentina. Bibliografía. Obras Sociales. Serie Bibliográfica n° 2. Buenos Aires, 1982.
- Consejo Empresario Argentino. *El sistema de seguridad social. Una propuesta de reforma*. FIEL. Consejo Empresario Argentino, Buenos Aires, 1995. Modificado.
- Consultor de Salud 2000, N° 271:11. Cfr. Ministerio de Economía. SS de Relación en las Provincias. Obras Sociales Provinciales. Informe Preliminar. Buenos Aires, setiembre de 2001.
- Consultor de Salud N° 344.
- Consultor de Salud N° 366:4.
- Consultor de salud N° 252.
- Consultor de Salud, 2003.
- Garmendia, J., *La restauración del PAMI cambia el panorama del sector de salud*. Consultor de Salud 244: 4.
- González García, Ginés y Tobar, Federico, *Salud para los argentinos: economía, política y reforma del sistema de salud en Argentina*. Buenos Aires, ISALUD, 2004.
- INSSJP. Informes varios. Buenos Aires, 2004.
- IOMA. Reseña de una Obra Social. Provincia de Buenos Aires, La Plata, c. 1970; tabla página 19.
- Juan XXIII, P.P. Encíclica "Mater et Magistra" Sobre el reciente desarrollo de la cuestión social a la luz de la doctrina cristiana. 1961. Esc. Artes y Oficios S.V.P. La Plata, 1961.
- La Nación, 15 de enero de 1992.
- Ministerio de Bienestar Social. Secretaría de Salud Pública. Ciclo de Conferencias 1976/1977. Buenos Aires, mimeografiado: 31.
- Ministerio de Economía. SS. Relaciones con Provincias. OOSS Provinciales. Informe preliminar. Buenos Aires, setiembre de 2001.
- Mosset Iturraspe, Jorge, *Responsabilidad Civil*. Buenos Aires Hammurabi, 1992.
- MSAS/INOS, *Establecimientos y camas disponibles propias de las obras sociales*. Buenos Aires, 1985:3.
- Superintendencia de Servicios de Salud. Buenos Aires, Diciembre de 2001.
- Superintendencia de Servicios de Salud. Obras Sociales. Información General. Buenos Aires, 1999; tomo II.
- Ulloa, R. A., *Las OOSS y el Plan de Salud*. Ciclo de Conferencias, 1976-1977. Ministerio de Bienestar Social de la Nación. Secretaría de Salud Pública. Buenos Aires, s/f.
- Vázquez Vialard, A. Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Astrea, Bs. As. 4ª ed. 1989; tomo I.
- Vázquez Vialard, Antonio, *Derecho del trabajo y de la seguridad social*. Buenos Aires, Astrea, 1989. T. II.

EL SUBSECTOR PRIVADO, LAS EMPRESAS DE PREPAGO Y LA ATENCIÓN MÉDICA

*Horacio Luis Barragán
Oscar Alfredo Ojea*

1.- El subsector privado tiene una gran dinámica

Horacio Luis Barragán

El subsector privado de AM tiene alrededor del 31% de las camas de internación y produce más del 44% de los egresos. Para la asistencia ambulatoria dispone de una amplia estructura que se inicia en los consultorios individuales de médicos, odontólogos, laboratorios bioquímicos, centros de diagnóstico por imagen y gabinetes técnicos. En las visitas domiciliarias, que tienden a disminuir y en las emergencias y traslados, que aumentan, prevalece lo privado. El subsector estatal sólo atiende a domicilio las emergencias.

La dependencia de los efectores privados está atomizada por su propiedad individual o grupal. Las empresas de AM en las grandes ciudades tienden a configurar redes con varios establecimientos.

Según su objetivo el subsector privado tiene efectores: a) **sin fines de lucro**, de fundaciones, sociedades de beneficencia u hospitales comunitarios; b) **basados en el trabajo profesional** que se centran en los honorarios volcando el producido de aranceles sanatoriales a la reinversión; c) **con fines lucrativos** que sin perjuicio de honorarios y reinversiones buscan ganancia empresaria.

Pueden clasificarse también, según su complejidad. Los efectores privados de alta complejidad que tienden a incorporar docencia de postgrado y residencias, sin perjuicio de la consulta externa dentro de sus propias paredes tienden a descentralizarse. Las de mediana y baja complejidad dependen más de los consultorios privados que son su puerta de entrada.

Se clasifican según asistan pacientes agudos o crónicos, y den prestaciones generales o especializadas. En la década de 1980, en que las OOSS cubrían prestaciones para crónicos, se expandieron centros psiquiátricos y para discapacitados. En las grandes ciudades proliferaron los establecimientos geriátricos, gerontopsiquiátricos, hospitales de día y centros de atención ambulatorios para pacientes psiquiátricos, y los centros para cobertura de discapacitados mentales. En este último rubro una obra meritoria es de las instituciones privadas sin fines de lucro, incluyendo asociaciones de padres, que tienden al cuidado y a la rehabilitación de los pacientes.

Una clasificación final es la relacionada con la calidad de las prestaciones. La buena y la mala calidad no se distribuyen por subsectores sino dentro de los subsectores mismos. Así hay buenos y malos prestadores en el ámbito estatal y en el privado, toda vez que dependen de la formación y actitud profesional que actúa en ambos.

La financiación del subsector privado se basa en la cobertura de las OOSS, los distintos seguros y en el pago directo de los pacientes.

Las OOSS, por casi medio siglo, financiaron al subsector privado en base a pagos “por prestación”. A partir de la Ley 19.710 se admitió el pago por capitación y por cartera fija, es decir por número de beneficiarios inscriptos en un listado sin considerar las prestaciones que demandan. En la capitación o cartera fija se excluían las prestaciones de “alta complejidad”. Esta modalidad, resistida por el subsector, prevaleció con el desarrollo del PAMI que contrata la mayoría de sus prestaciones por este mecanismo, ya sea en forma directa con los prestadores (Capital Federal y Conurbano) o con las instituciones que los agrupan (resto de jurisdicciones y áreas aisladas).

2.- El subsector privado, en general, no se adaptó a los cambios en el modelo de pago

El pago por prestación se prestó a que algunos profesionales e instituciones generaran sobreprestaciones o sobrefacturaciones, muy difíciles de auditar por la multiplicidad de rubros que se computaban. El pago por cápita o cartera fija, a la inversa, tiende a que los mismos grupos, desviados por cierto, subpresten.

Si bien algunas OOSS y EPP siguen pagando por prestación, las mayores han adoptado los nomencladores modulares. Sobre estas modalidades se hará referencia en un próximo capítulo.

Tanto los modelos capitados como los modulares trasladan el peso del riesgo económico, por lo menos parte de él, de los financiadores a los prestadores. Más aún cuando las cápititas o las carteras fijas no son de pago anticipado como originalmente lo fueron y cuando los módulos tienen un techo y son sometidos a debitaciones con criterios de auditoría otrora aplicados al pago por prestación.

Si a estos modelos se le suma la crisis financiera de las OOSS, de origen multicausal, los pagos comienzan a sufrir demoras, fraccionamientos y quitas.

Debe agregarse a estos dos factores principales, modelo de facturación y crisis financiera, un sobredimensionamiento en la oferta de AM privada, en número de profesionales y de instituciones, la mayoría de éstas de un tamaño que les dificulta amortizar inversiones. Se ha hecho referencia al crecimiento anárquico del subsector en épocas de bonanza, que a la hora de las dificultades, lleva a la incapacidad de pago y aún a la quiebra de muchas de ellas.

La falta de una regulación racional por parte del Estado, generó el sobredimensionamiento, cuando la regulación se hizo se cometieron algunos errores, además de la falta de evaluación. Por ejemplo en la provincia de Buenos Aires el Decreto 3.280/90 consolidó las normas dispersas de requerimientos para habilitación y categorización de efectores, lo que fue un acierto. Sin embargo algunos requerimientos para categorizarlos como el número de camas, la diversidad de servicios y la exigencia de ciertos equipamientos complejos, obligó a una inversión desmedida en capital para lograr las categorías mayores y con ella un importante endeudamiento de numerosos efectores.

A todo ello hay que agregar las cargas impositivas y, en especial tratándose de servicios mano de obra-intensivos, las cargas sociales de los sueldos, rubro en el cual gran parte de los efectores fueron acumulando obligaciones impagas.

En ese marco el valor de las prestaciones quedó congelado durante muchos años, desde 1993, no así el costo de los insumos ni de las cargas impositivas y sociales.

El crédito o descubierto bancario fue siendo progresivamente negado y, la litigiosidad indebida, obligó a tomar seguros de responsabilidad a profesionales e instituciones, seguros que por otra parte comenzaron a ser exigidos por OOSS y EPP.

Es así como, desde mediados de la década de 1990, la crisis se manifestó en el subsector privado con incumplimiento de obligaciones, cierres, concursos de acreedores y quiebras¹.

Noticias de los diarios desde la segunda mitad de la década de 1990 insisten en la crisis financiera del Subsector privado

En **1998** se cerraron tres clínicas importantes en La Plata, otra quedó en estado de quiebra y cuatro de las mayores en convocatoria de acreedores (El Día, 21/07/99:11).

En **2001** se agregaban cuatro efectores más concursados, al tiempo que los hospitales recibían mayor demanda e igual presupuesto. A mediados de mayo de ese año la obra social principal adeudaba febrero y marzo (el pago vence a los dos meses del de prestación). La mayoría de los establecimientos, según la Asociación de Trabajadores de Sanidad Argentina (ATSA), no habían pagado a su personal los sueldos de abril y en algunos casos de marzo, de febrero y aguinaldo. Se estimaba que, para entonces, las OOSS debían al subsector alrededor de U\$A 1000 millones (El Día, 11/05/01:11).

En julio de **2003** los grandes y complejos establecimientos privados sin fines de lucro de la Ciudad de Buenos Aires sufrieron el efecto de la devaluación en concomitancia con el virtual congelamiento de aranceles y la demora en los pagos de parte de los financiadores. Manifestaban sus directivos que los

¹ En agosto de 1992, el Sanatorio Güemes fundado en 1954, con alta complejidad, con 840 camas y un plantel de 2000 personas, pidió judicialmente convocatoria de acreedores con una deuda previsional, por préstamos y a proveedores, del orden de los U\$A 60 millones, y dejó de funcionar (García Lastra y Caputo, 1993).

insumos importados habían aumentado un 280%, los medicamentos 90%, y las prestaciones sólo entre 5 y 10%. Las EPP pagaban a los 45 días, las OOSS a los 90 días y el PAMI se atrasaba, a veces, hasta 6 meses (La Nación, 3 de julio de 2003, secc. 2:5).

En **2005** la Confederación de Clínicas y Sanatorios de la R. Argentina (CONFELISA) computa que el Subsector privado produce casi 2,6 millones de egresos, 71 millones de consultas y algo menos de 110 millones de prácticas por año.

Sin embargo, sólo en la provincia de Buenos Aires, habían cerrado, en los últimos años, 164 efectores que sumaban 4500 camas. Esta reducción se produjo por las moras en el pago de las OOSS y otros factores concurrentes. A pesar de las normas de emergencia sanitaria, promovidas por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, respondiendo al razonable pedido de las instituciones de prestadores, no todos los organismos involucrados han cumplido sus prescripciones. El impacto del aumento de salarios al personal de sanidad, que aquellas instituciones reconocen justos pero imposibles de pagar en estas circunstancias, es muy fuerte ya que el subsector privado de AM ocupa más de 600.000 trabajadores en el país según un estudio de Nosick y Galén (OPS, 2000) (Consultor de Salud 357:2). Este número es alto a pesar de que entre 1994 y 1998 la participación del empleo en servicios de Salud privados, dentro de los servicios en su conjunto, bajó del 4,2 al 3,6% (Marchetti, 1999).

Recuadro 1

La facturación es una función compleja que reúne facturaciones parciales de los diversos componentes y servicios concurrentes a la asistencia de un paciente determinado. Por otra parte debe ser coherente con los registros clínicos.

La complejidad varía según la facturación sea por prestación, por módulo día o por módulo de diagnóstico al alta, en forma decreciente. Si se trata de sistemas capitados o de cartera fija es más simple, excepto cuando se aplican bonificaciones o sanciones económicas.

El facturista es un técnico que requiere formación y experiencia. Los establecimientos mayores tienen equipos de facturistas propios, algunos menores en tamaño y complejidad contratan equipos externos.

Toda vez que la mayoría de las OOSS es Argentina requieren la facturación acompañada de resúmenes de historias clínicas o de ellas completas hasta incluyendo informes de servicios centrales, la tarea es complicada. Debe apurarse sobre la base de las "carpetas" por paciente que todo establecimiento organizado abre al ingreso y en la que se va acumulando la certificación de la totalidad y diversidad de gastos. Se cierra en fechas precisas de acuerdo a los plazos de presentación de cada convenio.

Por otra parte el número de obras sociales, la diversidad de convenios, formas de pago y valores obligan a trabajar en distintos modelos.

Tanto los establecimientos asistenciales como los profesionales en su ejercicio privado, en su mayoría y en todas las provincias del país están agrupados en cámaras o gremios (o círculos) respectivamente.

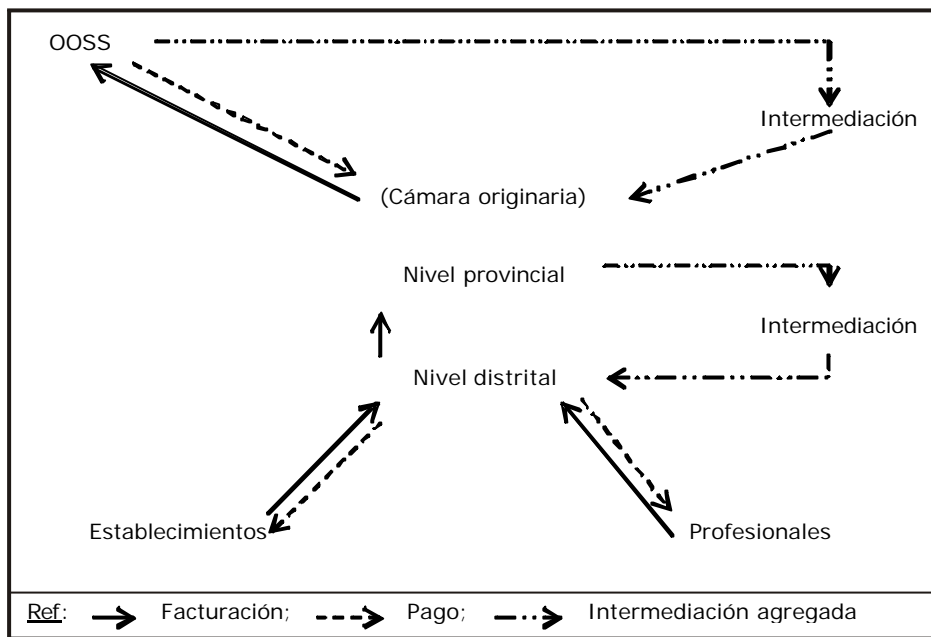
Estas instituciones a su vez se organizan en niveles provinciales (federaciones) que se dividen en distintas agrupaciones-círculos, por distrito, por un lado. Por otra parte las mismas instituciones se agrupan en confederaciones a nivel nacional.

Ahora bien las facturaciones que preparan cada establecimiento o cada profesional se reúnen en los distritos o agremiaciones-círculos que ya sea a través del nivel provincial o en forma directa se distribuyen o presentan a las diversas obras sociales de acuerdo a las normas y plazos que establece cada convenio.

Esta intermediación natural tiene ventajas tanto para los efectores como para las obras sociales: su ordenamiento, su control general, su agrupamiento por financiados y presentación en tiempo y forma. Por otra parte ese nivel local o distrital de asociaciones de efectores hace un asesoramiento y una auditoría médica concurrente, que en los sistemas modulados convalida o corrige los módulos y hace un permanente asesoramiento y control administrativo.

De esta manera el efector tiene una supervisión oportuna y el financiador en vez de recibir una facturación fragmentada debiendo asumir su ordenamiento, recepta una documentación ya ordenada. El agregado de otras intermediaciones, que responden a intereses espúreos, contribuye en cualquier caso a la desfinanciación de las OOSS y va en detrimento de los pacientes y de los prestadores [Cuadro 2].

Niveles de facturación y pago habitual en el subsector privado

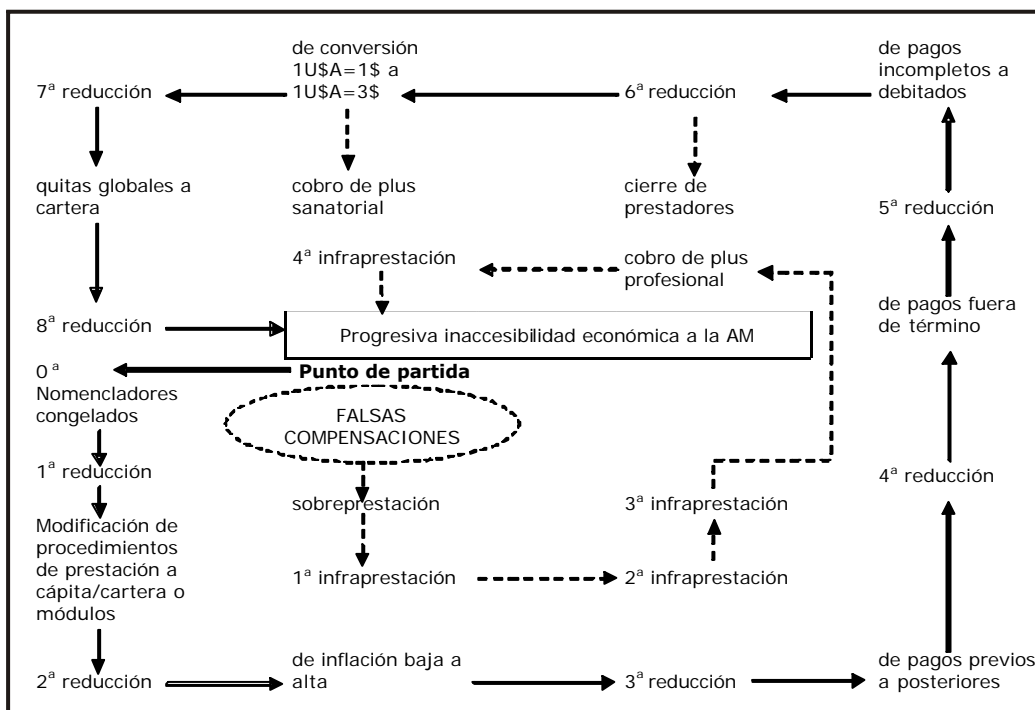


Cuadro 2

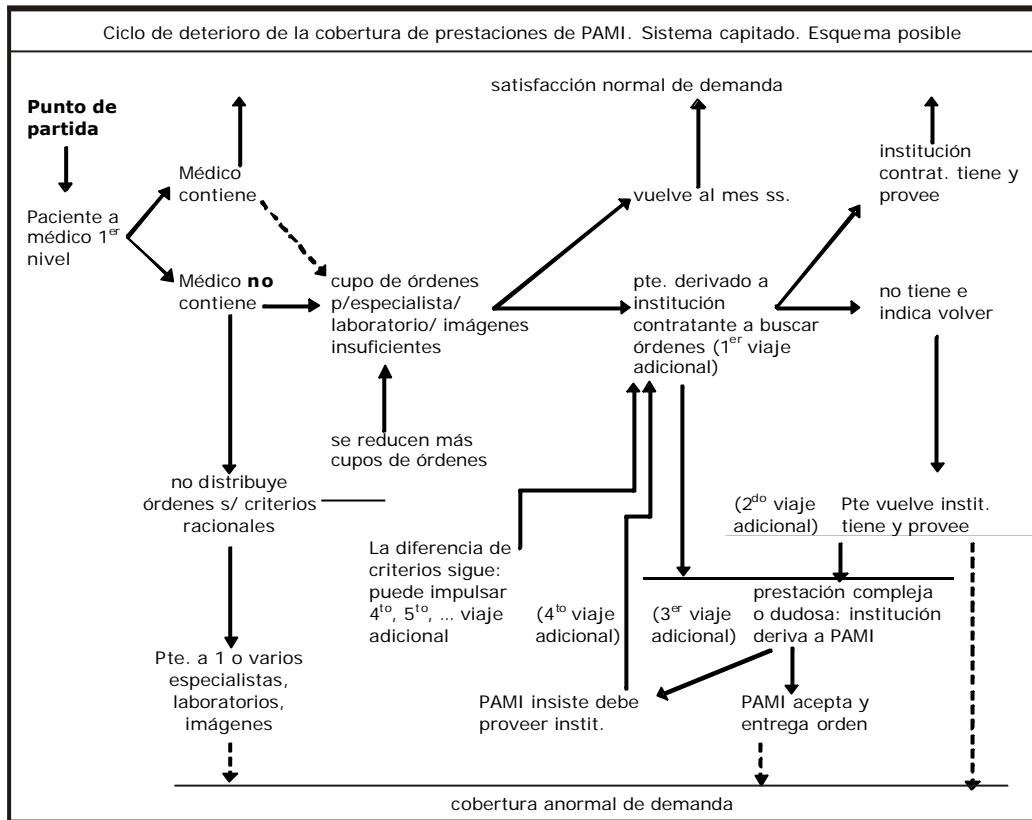
3.- Deficiencias económicas del subsector privado

Sucesivos fenómenos en el contexto de la evolución de las OOSS generaron limitaciones o cortes en las cadenas de pago que, además de lo expuesto en el acápite anterior, llevaron a la crisis del subsector privado. Esos fenómenos en general se resumen en el cuadro 3.a y para el caso del INSSJP (PAMI) en el cuadro 3.b.

Ciclo de deterioro del valor de prestaciones de OOSS y de quiebra de los prestadores privados. Esquema posible



Cuadro 3.a



Cuadro 3.b

4.- El inicio de los seguros privados²

Los seguros de cobertura por ahorro –a los que se hizo referencia en mutuales– se iniciaron en Argentina, a lo largo del siglo XX como asociaciones pequeñas y locales³.

A fines de la década de 1960 fueron percibidas como una amenaza por los dirigentes gremiales médicos en el momento en que se enfrentaban al proyecto que, desde la Secretaría de Salud, impulsaban Holmberg y Mondet.

Así, las instituciones médicas organizaron sus propias mutuales. El Centro Médico Mar del Plata fue local, pero FEMEBA extendió a la provincia de Buenos Aires un Sistema de Atención Médica Integral (SAMI). Este tenía como base las instituciones gremiales primarias de cada partido, aseguraba la libre elección dentro del área, pagaba por prestación según el Libro Verde (precursor de los subsiguientes nomencladores). No tenía servicios propios sino que trabajaba con médicos de incorporación libre y voluntaria y con sanatorios privados abiertos. La población podía asociarse libremente, excepto los beneficiarios de OOSS y personas de altos ingresos. Había diversos planes individuales –con tiempos de carencia– y colectivos –sin tiempos de carencia–. Se pagaban coseguros de entre 10 y 30%. No cubría riesgos laborales, enfermedades infecciosas e internaciones psiquiátricas. Con este sistema FEMEBA promovió la historia clínica única, las estadísticas y la auditoría.

Entre 1948 y 1960 se registraban ocho empresas de medicina prepaga. A fines de la década de 1960 eran 26 y de la de 1980 124 [Cuadro 4.a].

² Véase el exhaustivo análisis de Belmartino y Bloch, y –en él– la cita del dirigente médico Bernardo Kandel (Belmartino, 1993:5-29).

³ Entre los primeros cuentan: La Cosmopolita (Chivilcoy, 1992), la sociedad de Asistencia Médica (Tandil, 1993), similares en San Pedro y Zárate, cooperativas en Necochea, La Matanza y Morón. Estas instituciones hicieron congresos nacionales en 1966 y 1968 (Revista de Salud Pública, 1970).

R. Argentina. Empresas de Medicina Prepaga. Número. 1948-2001

Período	Prepagas registradas
1948-1960	8
1960s	26
1970s	68
1980s	124
2001*	364

(Ámbito Financiero, 1996; *www.amiralmed.com)

Cuadro 4.a

En 1994 había 200 empresas de medicina prepaga con alrededor de 2.400.000 beneficiarios. Con una prima promedio individual de \$74, facturaban entre \$1.700 y \$2.000 millones al año (Clarín, 8 de agosto de 1994:35).

Su proliferación se produjo en un período de fuerte inflación, alentadas por el beneficio financiero de cobrar primas con anticipación y pagar prestaciones a 30 días de facturadas.

Las EPP argentinas se agruparon en dos cámaras CIMARA (Cámara de Instituciones Médico Asistenciales R. A.) y Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (ADEMP).

Las EPP latinoamericanas se habían asociado en la ALAMI (Asociación Latinoamericana de Medicina Integral) en 1980, en cuya inauguración se dijo "la salud no tiene precio, la medicina tiene costo"⁴.

Los problemas financieros y prestacionales de las OOSS que se fueron acumulando desde la década de 1980 y la promoción del mercado, dio pie al crecimiento de las prepagas como seguros de enfermedad orientados por objetivos comerciales, excepto las de las instituciones médicas y mutuales.

Fue determinante el creciente costo de la AM que impactó en los grupos que afrontaban su pago en forma directa, de su propio bolsillo. Estos grupos de buena posición económica, cuyos miembros activos no trabajaban en relación de dependencia –con lo que no tenían OOSS– comenzaron a tener dificultades crecientes para pagar en forma directa prestaciones médicas cada vez más costosas.

Esa fue la población a la que se dirigieron las prepagas de la década de 1980, haciendo gala de la libertad de prestaciones, la atención personalizada y la eficiencia en su gestión, en contrapartida con las dificultades de las OOSS.

Desde los hospitales de mutualidades extranjeras nacieron también planes abiertos, como prepagas sin fines de lucro y estrategias para disponer de una base poblacional segura. Entre ellos se destacaron: el Hospital Italiano, el Alemán y el Francés de la ciudad de Buenos Aires con progresivas extensiones al Gran Buenos Aires y al interior.

Las EPP tuvieron notables variaciones en el número de beneficiarios cambiando de posición en el ranking pertinente. Algunas compraron sanatorios como efectores propios, y se diferenciaron según el nivel social al que se dirigían. Así también su propiedad fue modificándose por compras y fusiones [Cuadros 4.b, 4.c y 4.d].

4 Alderete Victor. Jornada Latinoamericana de Medicina Integral y II. Encuentro Nacional de Medicina Prepaga (1983:4-6).

Argentina. Sector de AM. Subsector de Seguros Privados (Prepagas). Diez primeros por población beneficiaria. 1994

Empresa	Fundación (año)	Afiliados (miles)	Facturación (mill.\$/año) *	Cuota promedio (\$ mes) **
AMSA	1963	240	96	40
MEDICUS	1972	150	200	111
GALENO	1971	90	85	79
TIM	1967	80	60	63
DOCTHOS	1972	65	50	64
OMINT	1967	60	44	55
DIAGNOS	1977	60	35	73
LIFE	1979	40	18	56
SALUD	s/d	20	s/d	55 (a)
QUALITAS	1987	15	44	183
OTRAS (N: 190)	-	1580	-	-
TOTAL		2400***		

Ftes: Clarin (7); (a) Clarin (8).

* Facturación anual \$ 2.100 millones; los ingresos del conjunto se estimaron en \$ 3.000 millones en 1993;

** Estimado a tarifa oficial y precios pactados c/ empresas por paquete de trabajadores. Valor promedio (5/ Behroozky / Lezzi Consult.). Promedio: \$ 72/mes; *** Representa el 18 % de la población.

Cuadro 4.b

Argentina. Sector de AM. Subsector de Seguros Privados (Prepagas). Doce primeros por población beneficiaria. 1997

Empresa	Afiliados (miles)	Cuota p/ nivel socio-econom.	Sanatorios propios
AMSA	240	Medio/Medio bajo	Mitre / Agote
SPM*	(152)		
TIM	80	Medio alto/Medio	Clínica del Sol
Galeno Life	72	Medio alto/Medio	Trinidad / J. Club
MEDICUS	150	Alto/Medio alto	Otamendi / Sanat. Lomas
DOCTOS	100	Medio alto/Medio	No
TIM	80	Medio alto/Medio	Clínica del Sol
CIM	50	Medio alto/Medio	Mat. Suizo-Argentina
OMINT/SKILL	45	Medio alto/Medio	Trinidad
DIAGNOS	45	Medio alto/Medio	Finocchietto
ACCIÓN MÉDICA	40	Medio	No
MEDICORP	30	Medio/Medio bajo	No
QUALITAS	23	Alto	No
SALUD	20	Medio alto/Medio	No
OTRAS (200 compañías)	1272	Medio alto/Medio	No
TOTAL	2160		

* SPM en 2002 agrupaba TIM, Galeno Life y AMSA con 443.000 beneficiarios. (Clarín, 1983:20).

Cuadro 4.c

Argentina. Sector de AM. Subsector de Seguros Privados (Prepagas). Diez primeros por facturación. 1996

Empresa	Facturación anual (millones de \$)	Participación sobre el total
MEDICUS	200	9,6%
SPM	190	9,0%
SWISS MEDICAL	128	6,1%
DOCTHOS	120	5,7%
OMINT	114	5,4%
AMSA	100	4,8%
CEMIC	34	1,6%
QUALITAS	34	1,6%
MEDICORP	28	1,3%
OMAJA	26	1,2%
OTRAS	1.126	53,7%
TOTAL	2.100	100%

(Clarín 2000:3)

Cuadro 4.d

5.- Acuerdo del gobierno argentino y el Banco Mundial sobre la reforma de los seguros y coberturas médicas

El proyecto de Banco Mundial preveía una normativa reguladora común para OOSS y EPP para favorecer la competencia entre ellas, juntamente con la desregulación de las primeras y el arancelamiento de los hospitales estatales.

Los intentos de regular las prepagas, que hasta entonces se encuadraban como sociedades comerciales (excepto las mutuales y gremiales médicas), fueron dificultosos⁵.

La inclusión de prestaciones para pacientes de HIV-SIDA⁶, drogadicción y alcoholismo, para el Ministerio de Salud debía ser voluntaria y explicitada en los contratos.

La Ley 24.754 (marzo de 1997) obligaba a las prepagas a cubrir prestaciones costosas incluidas en el PMO tales como Terapia Radiante, Fisioterapia y Rehabilitación, medicamentos oncológicos y también la asistencia de la drogadicción, del alcoholismo y de los medicamentos para HIV-SIDA⁷. Téngase en cuenta que el valor capitarario para cubrir el PMO se estimaba de \$20, para las OOSS.

Después de diversas resistencias las EPP aceptaron los términos principales de regulación impulsadas por el acuerdo del gobierno y el BM. Ellos fueron:

- a) Control a través de la Superintendencia de Seguros de Salud.
- b) Capital mínimo de \$250.000 y de \$500.000 los que se constituyeran con posterioridad a la norma⁸.
- c) Reservas equivalentes a un mes de facturación.
- d) Incorporación de beneficiarios de OOSS de dirección (eran 24 con alrededor de 400.000 beneficiarios obligatorios).
- e) Contratos mínimos de 12 meses con renovación automática.
- f) Precio igualitario por plan, registrado en el contrato.
- g) Listado de prestadores y especificación de prestaciones excluidas.
- h) Obligación de pagos a los hospitales estatales por prestaciones a sus beneficiarios, frecuentes en accidentes (Clarín, 1997).

Salían así beneficiadas con un capital social bajo y una amplia posibilidad de captar beneficiarios de las OOSS con mayor poder adquisitivo.

Se difería la obligatoriedad de tener reaseguro para prestaciones de alta complejidad y costo, pero ante la prohibición de rechazar asociados por enfermedades preexistentes se les abría la posibilidad de rechazarlos antes de los 120 días de su inscripción.

6.- El control de la inflación puso en crisis a las Prepagas

No obstante, la ventaja financiera de los tiempos de inflación, cesó con la convertibilidad, de abril de 1991, y la incorporación de beneficiarios de OOSS de Dirección llegó a su límite.

Por otra parte había EPP con 30 años de antigüedad cuya población envejecía y su cobertura impactaba en los costos. Las EPP, en general, no habían generado reservas significativas sino que habían ido distribuyendo las ganancias (La Nación, 1997).

5 CIMARA parece haber presionado para impedir que fueran puestas bajo control de la Superintendencia de Seguros de la Nación (Clarín, 1994).

6 El costo del tratamiento de SIDA para un paciente durante 10 años se había calculado en U\$S 150.000 por el Ministerio de Salud (Ámbito Financiero, 1997). Habría reaseguros por U\$S 2 para conjuntos capitararios.

7 La Cámara Civil (sala V) sentenció a Nubial S.A. al cumplimiento. El juez federal O. Guglielmino en vez excusó a SEMESA (Servicios Médicos Sarmiento) aduciendo inconstitucionalidad de la Ley 24.754. Adujo SEMESA que la relación con sus beneficiarios era diferente a la de las OOSS. El juez falló a su favor admitiendo su carácter elitista, aunque a favor de la salud, pero fundándose en que el Estado, responsable de la salud de las personas sin cobertura o con cobertura parcial, no puede transferir a otro su responsabilidad.

8 En mayo de 1997 se discutía el monto de capital mínimo de trabajo: a) \$3.000.000 (como las AFJP y las ART), por el que podían responder no más de 12 EPP; b) \$300.000 y \$150.000 (como en el encaje bancario) que proponía el Ministerio de Acción Social (Ámbito Financiero, 1997:17).

Una estrategia de las EPP fue la fusión ya sea en la convicción de que ella aumenta la eficiencia, o –para las más pequeñas y de más difícil situación financiera– en la de que es mejor vender o fusionarse antes de cerrar o quebrar. En realidad, para 1995, sólo una EPP había cerrado dejando sin cobertura a sus afiliados. Por otra parte se estimaba entonces que las EPP facturaban \$600 mientras que las OOSS facturaban \$231 por beneficiario y año (Noticias, Clarín, El Día, 1999).

Los directivos de las EPP, haciendo pie en la eficiencia, no dejaba de decir -con razón- que no se podía dar cobertura de AM con el PMO por \$15 /p/mes (promedio real de las OOSS) cuando sus primas menores individuales eran de \$50 /p/mes. Las fusiones fueron precedidas por las ventas. La participación de grandes empresas extranjeras se multiplicaron [Cuadro 6.a].

R. Argentina. Prepagas Médicas. Fusiones y Compras principales

Empresa	Fecha	Empr. compradas y fusionadas	Pago estim. en u\$s (mill)	Observaciones
Exxel Grup ⁹	Jul 1994	Compra: Galeno* Vesalio Clín. La Trinidad Clín. Jockey Club	25 s/d s/d s/d	* Uno de los propietarios de Galeno habría sido Alberto Mazza, Ministro de Salud bajo la presidencia Menem
	Mzo 1995 Ago 1996**	Life Compra: TIM	40	** Se posicionó como la 1° EPP con 170.000 adherentes y U\$A 240 millones/año
Grupo Intersalud (Provida- Chile)	Jul 1994	Compra: Ceprimed	3	
	Feb 1995	Compra: Mediplan***	s/d	*** Compra el 90%
AETna US Healthcare	Ene 1999	Compra: AMSA	120	Tratativa con la Blue Cross (EEUU), con la que Omega hizo acuerdo en 1995
		Sanat. Mitre Qualitas Sanat. Agote****	s/d 6 10	
Swiss Medical Group (80% Suizo, 20% del propietario del Banco Rio)	1994	Compra: CIM Magna Salud Clín. Bazterrica Sanat. Sta. Isabel	30 s/d s/d 8 14	
	2000	Qualitas		
AMSA (de mayor población y menores primas)	Ago 1994	UTE San Jorge y Staff	s/d	Convenio con IOS (UPCN)
SPM (Sistema de Protección Médica) propiedad de Exxel Group	May 1997	Fusiones: Tim y Galeno-Life Clín. La Trinidad- Jockey Club- del Sol		"Hospital sin paredes... y contratos sin letras chicas"
Banco Provincia	Julio 1995	Negociación con: Mark Tabac ¹⁰ de Insurance Partners (EEUU)		Inició "Provincia Salud" con 70.000 beneficiarios de la mutual del banco con fondo de inversión del Chase Manhattan y grupo Zurich.
	Mayo 1997			

(Clarín, 1994; Noticias, 1995; Ámbito Financiero, 1997)

Cuadro 6.a

9 Exxel Group es un fondo de inversión en el que participan empresas estadounidenses como Rockefeller, Oppenheimer y universidades de ese país. Su presidente Juan Navarro, ex Citibank, compró papeleras, Pizza Hurt, Ciabasa (detergente Camello), Aerosoles hogareños de YPF, Esminesa (área médica laboral). También compró Galeno al ministro Mazza, fusionando en dumping Vesalio, Life, Sanatorio de la Trinidad y Jockey Club de San Isidro (Noticias, 1995). Trató de comprar TIM y Sanatorio Anchorena (Ambito Financiero, 1990).

10 Mark Tabac fue uno de los ideólogos del Plan Clinton (Ámbito Financiero, 1997).

Las alianzas con empresas extranjeras ponían a las EPP locales en posición de competencia, por las reservas financieras, para darles plazos de posicionamiento.

Otra estrategia fue empeñarse en la desregulación general de las OOSS con lo que tendrían acceso a un mercado de U\$A 4000 millones/año, lo que fue impedido por la presión de la CGT.

Ya desde la década de 1980 había OOSS que tenían convenios por cartera fija con EPP y con sanatorios mutuales o privados.

Pero las EPP buscaban beneficiarios jóvenes con familia reducida y buenos ingresos (\$1.500 por mes o más). En los primeros convenios se hacían simples transferencias de valores o acuerdos de gerenciamiento por los que las EPP administraban la OOSS lo que les facilitaba ofrecer planes diferenciados con valores complementarios (Clarín, 1998).

Como la desregulación general de las OOSS no llegaba y sólo los beneficiarios de OOSS de dirección podían pasarse a una EPP, entre 1997 y 1999 multiplicaron sus alianzas con estas últimas que a su vez captaban beneficiarios de las restantes OOSS [Cuadro 6.b].

Alianzas entre OOSS (Personal de Dirección) y Prepagas. 1997

OOSS	Prepagas	Funciones
OSDO* (Duperial – Orbea)	c/ Docthos – AMSA	Gerencia y prestac.
Pers. Organismos Control Externo (OSPOCE)	c/ 14 instituciones: Salud, Clin. Suizo Argentina, Acción Médica, Qualitas, otras.	
Witcef*	Galeno-Life-TIM (gr. Exxel)	Gerencia y prestac.
Seguros	Omint, Medicus, OSDE (OOSS), Docthos, Galeno-Life, TIM	
Capitanes de ultramar (CAOMAR)	AMSA, CEFRAM	
Supervisores Industria Metalúrgica (OSSIMRA)	Medicus, Optar, OMINT, ASE	

(Clarín, 1997; *La Nación, 1997)

Cuadro 6.b

La de mayor población y primas más baratas era AMSSA que, en UTE con San Jorge y Staff, convinieron cubrir beneficiarios del IOS, la obra social de UPCN, por \$20 por afiliado por mes cuando sus primas eran de U\$A 45-50 mensuales. Así sumaron 130.000 beneficiarios a los 250.000 que ya tenían.

La CIMARA, presidida por Víctor Alderete, lanzó el lema “ser eficientes” (Ámbito Financiero, 1994) que, con la publicidad, fue instrumento de captación de primas.

En el 2000 las primas mínimas eran de \$50 por persona y había diversidad de planes de cobertura en función del monto de las diversas primas.

Algunos hospitales mutuales y sanatorios privados hicieron más amplios acuerdos con el objetivo, ya indicado, de aumentar su clientela básica [Cuadro 6.c].

R. Argentina. Acuerdos e/ prepagas y clínicas privadas c/ OOSS. 1994-1998

PREPAGA –CLÍNICA	OOSS
Quilias	OSDIC (construcción) UPCN (personal civ)
Staff Médico	UPCN
Medicus	OSSEG (Seguros) OSSIMARA (Supervisores metalúrgicos) OSADRA (Árbitros deportivos)
SPM (Tim. Galeno)	OSSEG (Seguros)
DOCTHOS	OSPADEP (Personal aeronavegación)
Swiss medical	OSPOCE (Organismos control externos)
SALUD	OSPOCE
OPTAR	OSPOCE
OMINT	OSSEG OSSIMARA OSPOCE
AMSA (AETNA)	14 OOSS
CEPRIMED- Mediplan	OSEIV (Sind vicio)
Provincia Salud	OSJERA (Jerárquicos) OSPEDYM (Dircc de Empresas) OSPERYH (Porteros) OSPOCE OSSIMARA
CLÍNICA–HOSPITALES	
Htal. Alemán	UPCN
CEMTC (Clarín, 1998)	OSDIC–UPCN

Cuadro 6.c

7.- La imposición del IVA a las EPP tuvo complejo trámite

En la ley impositiva de 1999 el Congreso de la Nación **impuso un IVA de 10,5 % a las EPP**. Hasta entonces estaban excluidas de pago de este tributo la educación, los libros, revistas y diarios, los seguros de vida y de retiro privados y los ART. Estos rubros siguieron excluidos salvo las EPP a las que se les aplicó un 10,5% como a diversos productos considerados de primera necesidad y servicios como la TV por cable y las señales privadas de TV (Ámbito Financiero,).

El Ministerio de Economía (Roque Fernández) logró el veto parcial en éste y otros aspectos. Al vetar la alícuota del 10,5% estimaba que podía aplicar a las EPP la de 21%, en la expectativa de una recaudación mayor (Clarín, 12/1998).

A principios de 1999 un amparo judicial mandó suspender el pago del IVA a parte de las EPP hasta determinar la constitucionalidad del procedimiento con que se modificó la alícuota. La asociación de consumidores y usuarios (ADECUA) reclamó judicialmente la prohibición para todas (Clarín, 02/1999).

En julio de 1999 Diputados insistió en alícuota reducida pero **Senadores aceptó el 21% del PEN**, con lo que éste valor quedó firme en el Congreso.

Finalmente el problema llegó a la Corte Suprema de Justicia, que hizo lugar al amparo a fines de 1999 (Clarín, 06/1999).

8.- Las EPP quedaron obligadas al PMO y a un inicio de regulación

La Resolución 310/04 aprobó el **Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE)** y estableció que OOSS y EPP debían cubrir el 70% de los medicamentos para enfermedades crónicas (vg. hipertensión arterial, asma y epilepsia). Representantes de EPP estimaron que esta cobertura, de no encontrar otra financiación, obligaría a aumentar las primas en al menos 3% (Consultor de Salud, 339).

El decreto 476/04 creó un **Gabinete de Coordinación de Regulación y Supervisión Financiera**, en el ámbito del Ministerio de Economía de la Nación, del que forman parte diez organismos de contralor incluyendo las Superintendencias de Servicios de Salud, de Seguros y de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (AFJP). Entre sus funciones se destacan la promoción de políticas de regulación y supervisión de conglomerados financieros y la cobertura de vacíos legales. Este gabinete debe ejercer sus funciones, entre otras muchas, en el campo de las empresas de prepago médico.

Los valores actuales promedio de las primas de las EPP se exponen en el cuadro 8.a.

Argentina. Primas de empresas de Medicina Prepaga (en \$ por mes). Agosto 2005.

Grupo	Planes	Costo (\$/mes)
Individual masculino, menores de 30 años	Menor precio	101
	Precio medio	172
	Precios altos (reintegros)	237
Matrimonio de 53 a 40 años, con dos hijos	Menor precio	256
	Precio medio	466
	Precios altos (reintegros)	661
Clarín, 2005.		

Cuadro 8.a

9.- El desarrollo de las prepagas gremiales configuran un nuevo fenómeno

Oscar Alfredo Ojea

A fines de la década de 1980 y principios de la década de 1990, irrumpieron en el ámbito de la salud nuevas organizaciones prestadoras de acciones de salud de adhesión voluntaria. Las mismas pertenecían a entidades gremiales, principalmente del sector profesional. Muchas de ellas fueron creadas con la finalidad de generar mercados laborales para los agremiados de las mismas entidades. Tales los casos de círculos y asociaciones médicas con objetivos de cooperación y solidaridad.

Estas **prepagas de origen gremial (PG)**, no persiguen fines de lucro y si consolidarse en el mercado de la salud mediante planes prestacionales accesibles a sectores medios de la población. Muchas de estas PG han captado afiliados provenientes del régimen de la desregulación, mediante el accionar de Obras Sociales contratantes.

El menú prestacional de las PG se basa en el Plan Médico Obligatorio (PMO), siendo reguladas por normativas de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

No existe, en la actualidad, una diferenciación taxativa entre estas organizaciones de seguro privado de salud sin fines de lucro y las pertenecientes a sectores empresariales que focalizan sus inversiones en el mercado de la salud, algunas de estas últimas con importante inserción en el escenario nacional e internacional (Swiss Medical, Docthos, Medicus). Al respecto se encuentran en trámite parlamentario diversos proyectos de ley con el fin de **regular la actividad de la medicina prepaga**. Dichos proyectos fundamentan la necesidad de establecer normas para el funcionamiento de los “proveedores de servicios de medicina prepaga”, asimismo de los derechos y obligaciones de los “adherentes” al rubricar los denominados **“contratos de medicina prepaga”**. Es interesante destacar que estos instrumentos legales son considerados, desde el punto de vista conceptual y genérico, como “contratos de consumo”, por lo cual sus principios son tutelados por la **Ley 24.240 de “Defensa del Consumidor”**.

Por su parte desde la Superintendencia de Servicios de Salud, su actual titular –Héctor Adrián Capaccioli– plantea la necesidad de contar con dicho instrumento normativo a fin de pautar que “el sector Estado, que tiene que ser el **Estado garante**, y el sector de las empresas de medicina prepaga, que tiene un servicio muy importante que dar”, confluyan en la **responsabilidad compartida** (Consultor de Salud, 382).

En este análisis de regulación empresarial, las entidades de origen gremial (PG) plantean una diferenciación, dada la naturaleza de su creación y sus fines no lucrativos.

10.- Las prepagas gremiales constituyeron una Red Argentina de Salud

Las instituciones médicas y sus prepagas gremiales, enunciadas en el punto anterior, confluyeron en la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA) y desde allí se fomentó la creación de la **Red Argentina de Salud (RAS)**. Dicha asociación de colaboración empresarial, que nuclea a las PG de todo el país, se puso en marcha el 27 de Junio de 1991.

En la actualidad la RAS cuenta con **540 filiales y delegaciones**, brindando cobertura a **más de 460.000 afiliados**. La penetración de la Red alcanza entre 10 y 55 % del mercado de la medicina prepaga en el interior del país, dependiendo de las ciudades analizadas. Esta organización adscribe a lo que se conoce como Tercer Sector, esto es el de las entidades no gubernamentales sin fines de lucro (ONG'S) en el campo de la salud.

Dentro de los logros de la RAS se encuentra el **Fondo Solidario de alto costo** creado en 1999, instancia esta que permite dar respuesta y contención a todas las PG involucradas en prestaciones que implican un eventual riesgo financiero. Ante estos casos, por medio de un aporte solidario, el Fondo cubre dichas prestaciones, por ejemplo los trasplantes o cobertura de patologías que impliquen determinados costos [Cuadros 10.a, 10.b y 10.c].

RAS - Fortalezas

- Extensa distribución geográfica.
- Universalidad de su padrón de prestadores.
- Experiencia adquirida en 12 años de funcionamiento efectivo en Red.
- Capacitación adquirida en la administración de cápitas reducidas.
- Estrecha ligazón con el gremio médico de todo el país.

Cuadro 10.a

RAS - Ventajas comparativas

- 12 años de experiencia organizacional.
- Cobertura geográfica en todo el territorio de la República Argentina.
- 48 cabeceras y 540 filiales.
- 460.000 beneficiarios.
- 120 bocas de expendio conectadas a través de la WEB.
- Fondo solidario de alta complejidad y alto costo.
- Amplia experiencia en la administración de convenios capitados y de riesgo.
- Liderazgo en el mercado de la medicina Prepaga en el 70 % del territorio nacional.
- Más de 70.000 prestadores en consultorios particulares y sanatorios y 3.500 bioquímicos prestadores en todo el país.

Cuadro 10.b

Citas bibliográficas

- García Lastre P. y Caputo S. La caída del Sanatorio Güemes. La Prensa, 1993 -s/ fecha precisa.
 - Belmartino S. y Bloch C. La Medicina Pre-Paga en Argentina: su desarrollo desde los años sesenta. Cuad. Med. Soc. (Rosario) 64, 1993.
 - Revista de salud pública MBS PBA, 1970, 15/16:104-110.
 - Pedró F. La reconversión de las OOS. Amb. Fin. 26/12/96:sup. Econ.
 - Clarín 08/08/94:20.
 - Alderete V. Discurso Inaugural. En: Med y Soc. (Bs.As.) 1983, 6 (1-2).
 - Clarín 07/02/93:3.
 - Clarín 08/08/94 (s/ datos de mercado CIMARA y Bobrovsky / Lezzi Consult.):20-21.
 - Clarín 08/06/97 (elaborado según datos de Towers Perrin/Marcu y Asoc.):20.
 - Clarín 08/10/00:Econ. 3.
 - Clarín 08/08/94:21.
 - Ámbito Financiero 05/05/97:17.
 - Clarín 27/05/97.
 - La Nación 23/03/97.
 - Noticias 28/05/95: 63-64. Cfr. El Día 17/01/99: 3; Clarín 28/08/96:4.
 - Ámbito Financiero 06/11/90:8.
 - Ámbito Financiero 18/10/95
 - Clarín 13/07/98: 34; Ámbito Financiero 06/10/00:14.
 - Ámbito Financiero 15/06/97:9.
 - Clarín 11/05/95: 27; La Nación 14/12/97, Secc. 2:11.
 - Clarín 10/05/98:23.
 - Clarín 08/06/97:Econ. 23.
 - Ámbito Financiero: 6/12/94:35.
 - Ámbito Financiero 21/04/98:20.
 - Clarín 28/12/98:18.
 - Clarín 04/02/99:8.
 - Clarín 02/06/99: 22 y 01/09/99:8.
 - Consultor de Salud nº 339:7.
 - Clarín 28/08/05: 16 (Subsecretaría Defensa del Consumidor).
 - Consultor de Salud. N° 382. Febrero 2006:28.
- www.rascomra.com.ar - 2006.

EFECTORES DE ATENCIÓN MÉDICA

*Horacio Luis Barragán
Marcelo Walter Bechia*

1.- Los recursos de Salud Pública se aplican a través de actividades y servicios

Los recursos específicos de Salud Pública, como se viene señalando, son la Atención Médica (AM), el Saneamiento y Control del Medio (SCM) y la Medicina de la Actividad Humana (MAH), y los inespecíficos pueden agruparse en el concepto de Desarrollo humano.

Cada uno de ellos fue considerado en forma sintética en un capítulo precedente para dedicar los siguientes a la Atención Médica.

No obstante se presentará un cuadro, basado en **Sonis y Paganini** quienes aplicaron el “espectro de la Atención Médica” en el sentido de Salud Pública, a Argentina y a América Latina. A su vez se basaron en el elaborado por Logan para el Reino Unido. En él se exhibe la **circulación continua de la población**, sana o enferma, a través de actividades y servicios de Salud Pública. Esta circulación se produce en función de necesidades y circunstancias de la población en el marco de su ambiente. Las **necesidades** de la comunidad sólo en parte acceden a aquellas actividades y servicios, quedando absoluta o parcialmente insatisfechas (Sonis, 1978:275) [Cuadro 1.a].

Salud y enfermedad: ambiente, necesidades y circunstancias, actividades y servicios.
Ejemplos principales

Ambiente	←----- dimensión natural (física, geográfica) -----→ ←----- dimensión cultural -----→ ←----- dimensión organizacional (social, económica y política) -----→						
	fenómeno	nacimientos	salud	enfermedades			muerres
Necesidades y circunstancias	población			sin sint.	con sint.	con secuelas	
	condición		sana	preclínica	clínica	rehabilitable	
Desarrollo Humano			ocupación plena segurid. aliment. asist. social	previsión social			pensiones
Atención Médica (AM)	planific. filiar., contr. prenatal., contr. embarazo asist. parto y puerperio	contr. mat -inf, inmunizaciones, contr. Riesgos, exám. e/salud, educac. p/salud		diag/trat precoz, seguim. riesgos, prev. brotes	morbil., correcc riesg., seguim cronic, ctrol brotes	rehabilitación	asist. agonía y duelo
Actividades	Saneamiento y control del medio (SCM)	agua pot., cloacas, residuos, prev. contam. segur. ambient., segur. aliment.	idem	idem	contr/correcc	mantenim	inhumación
	Medicina de la Actividad Humana (MAH)		prev accid y enfer segur. ambiental condic. hig y segur	exam preiód contr/correcc contr/correcc	1° aux. y definic. Incapacid	rehabilitación reubicación	indemniz.
	AM	hospit., clínica	escuela, familia asoc. comunit CAPs, consultorios	idem	CAPs, consult, hospit/clinicas	ctros y equip rehabilitación	médico, enferm., psicol., kinesiól, fonoaud.
Servicios	SyCM	organis. saneam. organis. bromatol. organis. control	idem	idem	idem	idem	cementerios (municipio)
	MAH		serv. Med. lab./higiene y segur. escuela, ctros. recreac., via pública	serv. y ctros med lab/hig y segur.	ctros Med lab CAPs, consult hospit/clinicas	idem	empresas y ART

(Logan, 1964, cit. en Sonis y Paganini, 1978:275; modificado Barragán, 2005)

Cuadro 1.a

2.- Los niveles de asistencia se relacionan por la complejidad creciente

Se llamará efector de AM a todo ámbito fijo o móvil de diferentes propiedades o dependencias, cualquiera sea su complejidad, en que personal sanitario asiste personas o grupos humanos en los diversos niveles de prevención. Cuando la asistencia es domiciliaria la vivienda misma se erige en efector de salud. Se enumerarán ejemplos principales categorizados [Cuadro 2.a].

Efectores de AM. Ejemplos clasificados

Tipos	Característica principal	Ejemplos principales
Eventuales	Asist. de ptes. agudos o base de programas sanitarios	Domicilios, escuelas, comedores, ctros. de recreación, deportivos, de fomento
Urgencias y emergencias	Asist. en el lugar y traslado	Ambulancias (diversas complejidades), médicos a domicilio
Baja complejidad prevalente	Bases del sist. asist., orientados a AMP	Ctros. de salud y unidades sanitarias (CAPs: ctros. de atención primaria); Consultorios (médicos, odontológicos, psicológicos), Gabinetes (enfermería, kinesiología, fonoaudiología, psicopedagogía, otros) Laboratorios de análisis clínicos y bacteriológicos, ctros. de diagnóstico Farmacias
Mediana y alta complejidad prevalentes	Niveles 2° y 3° de asist.	Hospitales, clínicas y sanatorios (generales y especializados)
Asist. duradera de ptes. crónicos	Asist. de complej. variable de ptes. crónicos por meses o años	Hogares, geriátricos y gerontopsiquiátricos, de discapacitados, granjas y ctros. terapéuticos p/ drogadicción Hospitales psiquiátricos o de discapacitados crónicos Internación domiciliaria
Asistencia temporal de ptes. crónicos	Asist. de complej. variable, especializada, durante varias horas	Hospitales de día, de noche, ctros. de rehabilitación Ctros. de diálisis
Centros especiales	Asist. complej. mediana o alta, especializada, ambulatoria o internación de 24 hs.	Ctros.: o ftalmología, oncología ambulatoria, radioterapia, de imágenes complejas, de diagnóstico y tratamiento por endoscopia, de cirugía ambulatoria, de diversas espec. médicas, de odontología compleja y de psicología integrada

Cuadro 2.a

La clasificación de efectores de AM por tipos según sus principales características [Cuadro 2.a] se precisa al relacionarlos con las actividades de salud que la población necesita ordenados por niveles de prevención [Cuadro 1.a].

De ambas presentaciones surge la diversidad de tipos de efectores y actividades que deben realizarse a la vez que su compleja realidad.

Cuando en ese capítulo precursor, Sonis y Paganini abordan la coordinación, prueban la poca eficiencia del aislamiento entre efectores.

Ese aislamiento se aproxima a la situación apreciable en diversos países, uno de ellos Argentina. El aislamiento se profundiza al considerar efectores de diversos subsectores (estatal, privado, de obras sociales y de prepagas) y distintas dependencias (vg. nacional, jurisdiccional y municipal o departamental).

Es cierto que una compensación surge ya sea de la población misma, que selecciona según sus posibilidades o interpretaciones, como del equipo de salud que intercambia la asistencia a la población según sus propias posibilidades e interpretaciones.

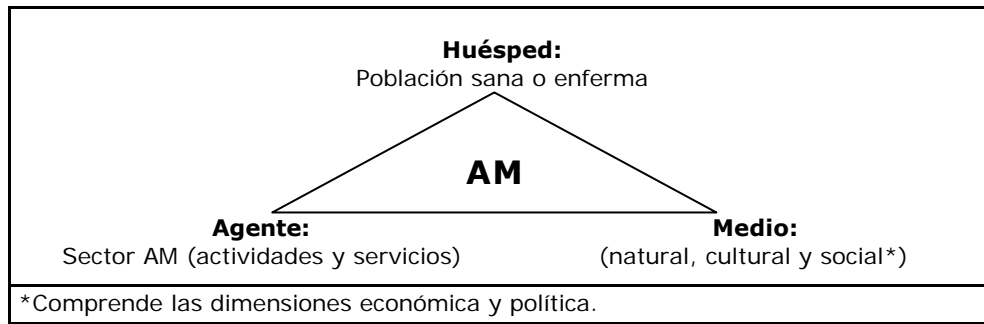
Se trata de selecciones espontáneas y condicionadas por los factores del proceso de la AM con todos sus componentes.

Deviene, entonces, la coordinación aquella, como un mandato clave de la organización social que aspira a cubrir las necesidades de la población.

Una perspectiva prioritaria de la coordinación asienta en el espacio geográfico y social. Así lo ha descrito uno de los mencionados autores, José María Paganini, en la doctrina, por él promovida desde la OPS, de los Sistemas Locales de Salud (SILOS).

Sonis y Paganini (1978:274) aplicaron la Triada Ecológica al sector de AM ubicándolo a este como el agente del esquema [Cuadro 2.b].

Triada Ecológica de la AM



Cuadro 2.b

3.- Los efectores de APS se han denominado CAPs

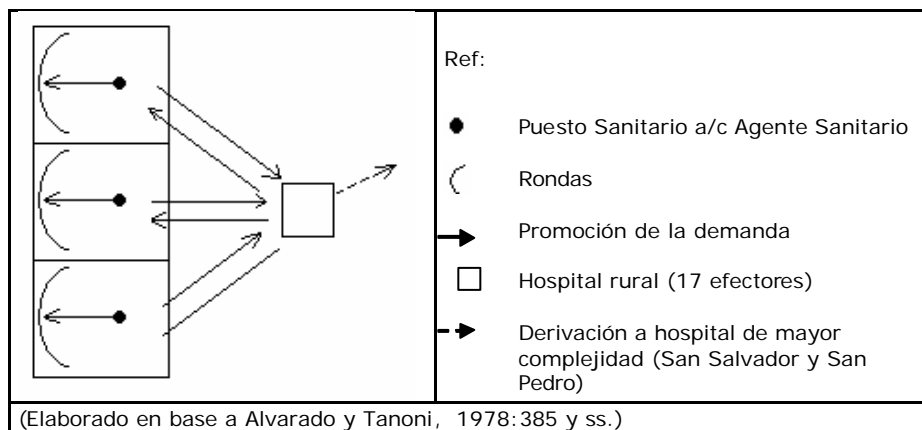
El centro sanitario es el clasificador de todas las luchas sanitarias. (Ramón Carrillo, 1974:252)

Recorriendo **Santiago del Estero**, su provincia natal, Carrillo (c. 1947) encontró diversos tipos de dispensarios (antipalúdicos, antituberculosos, maternoinfantiles y polivalentes) y comprendió que esos servicios deben reunirse en una unidad que llamó centro de salud “para sanos y enfermos” (1974:252).

Algo similar describieron Alvarado y Tanoni (c. 1966) en Jujuy, que en 1968 tenía una mortalidad infantil de 134‰. Más de la mitad del territorio provincial correspondía al Altiplano (Puna) con población dispersa (densidad 0,9 h/Km²) y muy baja demanda de AM (0,8 consultas/h/año y sólo 40% de partos hospitalarios). Es así como ajustaron la regionalización sobre cartografía estudiada en cada hospital y desarrollaron una red que tenía su punto de inicio en los Puestos de Salud a cargo de Agentes Sanitarios entrenados y bajo supervisión, a cargo de un sector geográfico con población definida. Su dispersión y las vallas de acceso a parajes y viviendas orientaron a estos agentes a una función móvil de rondas mensuales por 54.000 viviendas, de las cuales 15.000 eran también visitadas por supervisores cada mes (182.000 visitas totales en 1970).

Las visitas estaban destinadas a solucionar “in situ” problemas simples de asistencia y saneamiento elemental (vg. letrinización). Se proyectaban a la promoción de la demanda de AM que iba a sobreponerse a la demanda espontánea a la que estaban habituados los hospitales, logrando incrementar su rendimiento y ocupar su capacidad ociosa, a la vez que solucionar nuevos problemas de salud [Cuadro 3.a].

Jujuy. Programa de Salud Rural. 1966-1970



Cuadro 3.a

4.- El programa de salud rural de Jujuy

B. Marcela Walker

Alvarado y Tanoni, próceres de la salud argentina, describen las vallas que la aplicación del programa jujeño con base en centros periféricos tuvo que vencer:

1. Programación y elaboración de normas.
2. Largas reuniones de adoctrinamiento sanitario en los hospitales, en diversos niveles, para superar el concepto de hospital-quisté-encapsulado, la vigencia de sectores-feudales-internos y hacer ver lo que pasa fuera del hospital.
3. Minuciosa selección de auxiliares de enfermería empírica para transformarlos en Agentes Sanitarios (AS) a través de un entrenamiento intensivo de 30 días, con jornadas periódicas de readiestramiento. Se hizo hincapié en el conocimiento de las áreas y el respeto por la cultura de sus poblaciones.
4. Igual procedimiento para supervisores de campo, a su vez, apoyados por supervisores médicos.
5. Encuentros con los colegios profesionales y difusión en las comunidades.
6. Reconocimiento geográfico detallado sobre campo con seis operadores que recorrieron cada región y área, con más de 50.000 viviendas y relevaron 850 croquis cartográficos indicando accidentes geográficos, accesos y distancias y viviendas que fueron numeradas. Estos croquis se emprolijaban y copiaban en los hospitales rurales y los AS los actualizaban periódicamente.
7. Redefinición de las regiones provinciales, subdivisión en distritos a cargo de un jefe y en sectores de entre 60 y 450 viviendas cada una según su dispersión, cada uno a cargo de un AS.
8. Puesta en marcha de áreas piloto, las que produjeron demanda promovida con tarjetas de derivación e indujeron a los hospitales a pesar de sus inquietudes internas, a adecuar su funcionamiento con incremento del gasto en insumos. Los directores de hospital pasaron a ser jefes de sus respectivos distritos con los que comenzaron a “saber lo que sucede y lo que no sucede en toda el área” bajo su responsabilidad (1978: 389).
9. Desarrollo de un sistema informes de trabajo y de registro de datos sobre viviendas, composición familiar, embarazadas, recién nacidos y lactantes, inmunizaciones, tosedores crónicos y resultados de baciloscopia, muestras de sangre (para detección de paludismo con gota gruesa), cumplimiento de tratamientos, distribución de leche y otras variables. Ajuste de los registros hospitalarios y compatibilización de formularios.
10. Desarrollo de un sistema regular de supervisión y de evaluación con indicadores prioritarios emergentes del registro y con procedimientos cualitativos. Las evaluaciones se hacían en reuniones periódicas entre jefes y equipos, con alta motivación.
11. Establecimiento de un sistema de abastecimiento (medicamentos, material, inmunizantes, leche, fichas, medios de transporte y viáticos). Extensión del programa tendiendo al 100% de cobertura.

Los cambios de autoridades provinciales produjeron altibajos en el programa y la reducción del Ministerio de Salud a Secretaría de un nuevo Ministerio de Bienestar Social le quitó fuerza al sector en el gabinete provincial, incluso con reducción presupuestaria.

Sin embargo, la mortalidad infantil se redujo, con influencia de otros factores, de 134% en 1968 a 80% en 1975, los partos institucionales se acercaron al 100%, la cobertura de inmunizaciones al 90%; desapareció la difteria, se redujo la coqueluche y el sarampión y se trataron los casos de TBC (5% de positivos en tosedores crónicos).

5.- La creación de CAPs

El sistema de salud de la Provincia de Jujuy se encontraba estructurado, hacia principios de la década de 1990 bajo la estrategia de la Atención Primaria de la Salud. Los servicios y establecimientos de Salud quedaron orientados en niveles de atención acordes a su complejidad y coordinando la referencia y contrarreferencia de cada paciente y su familia.

Todos los establecimientos responden a la dependencia provincial, estando desconcentradas las actividades en los diferentes hospitales y CAPs de cada localidad.

Los hospitales son de nivel de complejidad baja y, en algunas localidades, de complejidad mediana. Se realizan derivaciones de los casos más complejos a hospitales de la ciudad capital – San Salvador de Jujuy– y los casos de mayor complejidad aún, son derivados a las provincias de Córdoba o Buenos Aires.

En algunas localidades del noreste de la provincia la accesibilidad se ve dificultada por encontrarse en zonas montañosas que no cuentan con caminos bien demarcados y la mayor parte del año es peligroso su tránsito.

Por esta razón, las derivaciones se realizan a la localidad de Iruya que pertenece a la provincia de Salta.

Los distintos niveles de atención cuentan con planteles formados por recursos humanos profesionales y no profesionales, permanentes y temporarios rotatorios, como es el caso de los distintos residentes de las especialidades de Tocoginecología, Medicina General, Pediatría y Clínica Médica.

La provincia de Jujuy se encuentra dividida geográficamente por el macizo montañoso del Abra de Zenta, que tiene aproximadamente 5000 metros de altitud. Esta división longitudinal de la provincia, hace que las regiones a ambos lados del macizo tengan características geográficas, climáticas, ambientales y culturales diferentes.

Hacia el este del macizo montañoso, las características son de una región netamente subtropical. Su clima es cálido, húmedo, con abundantes lluvias en la mayor parte del año, que provocan inundaciones y destrucción de caminos. Se deben prevenir enfermedades infecciosas tales como el cólera, paludismo, fiebre amarilla, dengue, leishmaniasis, TBC, enteroparasitosis, paraparesia espástica subtropical. Son algunas de las localidades de esta región: San Pedro, Fraile Pintado, Libertador General San Martín, Pueblo Ledesma, Calilegua –con su reserva ecológica– Caimancito y Yuto.

Por su parte, la zona oeste del macizo, corresponde a una zona geográficamente semi-desértica y desértica, representada por la Quebrada de Humahuaca, que se extiende con características similares desde la localidad de Volcán hasta La Quiaca, pasando por Purmamarca, Maimará, Tilcara, Huancalera, Chuculezna, Uquía y Abra Pampa.

El Sistema de Salud está estructurado sobre la base de la APS, con desconcentración regional y áreas programáticas en distintas localidades, que cuentan con hospitales de baja y media complejidad y CAPs que referencian a sus hospitales locales.

Los CAPs cuentan con recurso humano de enfermería y agentes sanitarios como plantel estable y por ellos rotan los médicos generalistas que realizan la residencia en la provincia.

Los Residentes de Medicina General, Pediatría, Clínica Médica y Tocoginecología, forman parte también de los planteles hospitalarios, donde trabajan en turno matutino. Por la tarde, los Médicos Generalistas son asignados a los CAPs y realizan tareas de asistencia por consultorio, control de niños sanos y control de embarazadas.

Se programan salidas a terreno con los agentes sanitarios para realizar controles de familias vulnerables y controles de pacientes con patologías crónicas que realizan tratamientos ambulatorios en el CAPs (vg: TBC). Se programan charlas informativas con la comunidad y talleres, vacunación en terreno, para aquellos casos que fueron detectados por el agente sanitario durante su ronda, y no poseen esquemas de vacunación completa.

Cabe destacar la figura del Agente Sanitario. El agente sanitario es una persona entrenada en tareas de promoción, prevención y asistencia en aquellas localidades de difícil acceso la mayor parte del año. Cada uno tiene a su cargo aproximadamente 300 familias. Las visitas se realizan casa por casa, manzana por manzana. En cada CAP existe un croquis con manzanas delimitadas y a quién corresponde cada una de las áreas. Cada ronda tiene una duración de tres meses.

Al finalizar cada ronda, se relizan jornadas de evaluación, control y capacitación de los Agentes Sanitarios de cada región con la participación de los Médicos Generalistas. Los Agentes Sanitarios, para realizar sus visitas, cuentan con planillas de relevamiento donde se registran datos individuales, familiares y del medio ambiente. De acuerdo a los resultados epidemiológicos relevados, se realizan tareas de prevención y promoción de la salud junto con la comunidad.

Existe una planilla con variables a las que se le asigna un puntaje, según el cual, la familia es considerada vulnerable, con individuos de riesgo.

Con esas familias se realizan actividades y relevamientos más frecuentes. El punto de corte es 7, por sobre el cual, se considera familia de riesgo y por debajo, familia sin riesgo.

Las variables involucradas son entre otras: existencia en la familia de niños menores de 2 años, de niños desnutridos menores de 5 años, presencia o ausencia de jefe de familia; presencia o ausencia de trabajo estable, familia con obra social o cobertura de algún subsidio, existencia en la familia de algún miembro con enfermedad discapacitante; presencia de embarazada; hacinamiento y promiscuidad.

En aquellos CAPs donde el acceso es difícil por las barreras geográficas y climáticas, las visitas se realizan, semanalmente (mejor acceso), quincenal, mensual o semestralmente (vg. CAPS de La Poma y aquellos que deben ser abordados atravesando el Abra de Zenta). Para ello se realizan expediciones del equipo de salud completo, llevando insumos, provisiones, medicamentos, ya que en estas zonas sólo se accede durante los meses de noviembre y abril, es decir antes y después de las lluvias, granizadas y nevadas en la alta montaña. Estas zonas son: Santa Ana, Caspalá, Valle Grande. El equipo de salud es guiado por los agentes sanitarios y los maestros de escuelas locales que conocen el camino a través de la alta montaña.

También se utiliza la estrategia de bajar las mulas hasta la quebrada (Uquía y Chucalezna) y luego soltarlas para que vuelvan a sus lugares de origen. El equipo de salud se guía siguiendo a las mulas cargadas con las provisiones y ellas se conducen por los caminos más seguros hasta llegar a Caspalá, por ejemplo. Los baquianos dicen que en aquellos lugares donde el paso es un desfiladero “si pasa la mula pasa el hombre”, ya que si hay derrumbe la mula lo detecta y no pasa. De todos modos, ha habido casos de mulas que percibieron mal al chocar a los lados por exceso de carga y se desbarrancaron.

La región de Valle Grande es más cercana a la zona del Ramal, pero debido a su ubicación en plena selva subtropical en la alta montaña, el acceso se dificulta por las excesivas lluvias y sólo puede abordarse por la zona de la Quebrada atravesando el macizo montañoso. En ocasiones se accede con vehículos con doble tracción pero la mayoría de las veces no se dispone de ellos.

La zona de la Quebrada es rastreada por los médicos generalistas y los agentes sanitarios, a lo largo de las márgenes del Río Grande, realizando tareas de prevención y promoción de enfermedades infecciosas como el cólera.

Se entregan lozetas para construir letrinas y envases con cloro, enseñándoles a las familias a transformar el agua en apta para el consumo humano.

Se controlan mercados, mataderos, criaderos, campings, plantas de potabilización de agua y fábricas.

También se realizan visitas periódicas a los ingenios azucareros para constatar si toman las medidas de prevención para proteger a los trabajadores según las tareas que desempeñan.

Los Médicos Generalistas tienen clases semanales de Salud Pública, Epidemiología Analítica y Estadística. Deben acreditar cada año de su residencia con proyectos de intervención local y aprobar la residencia con la presentación de un trabajo de investigación epidemiológica.

6.- El hospital protagoniza aceleradas transformaciones

Horacio Luis Barragán

Entre los establecimientos de AM, los hospitales tienen una prolongada y fecunda tradición. Sin embargo se “medicalizaron” entre finales del siglo XVIII y del XIX. Desde entonces, a lo largo del XX y hasta hoy se desarrollaron tendiendo a una creciente complejidad de recursos y una mayor eficacia de resultados.

Como institución social, el hospital es una de las que han exhibido mayores transformaciones. Su acelerada dinámica es función de la aplicación de los descubrimientos de la ciencia e inventos de la técnica. Sin embargo esas transformaciones han diferido según países y regiones de un mismo país no solo en sus características físicas sino en la doctrina en que se fundan, las funciones que cumplen y la forma de integrarse entre sí y con el medio. La maduración de la Bioética en el marco del progreso de la Humanidad ha agregado, a la ciencia y a la técnica, un fuerte componente en el proceso de transformación.

La doctrina se aplica en relación a las expectativas de cada comunidad, la prioridad que otorgan los gobiernos y las sociedades y las formas de actuar de los profesionales y personal del hospital.

Las funciones anteriores de aislamiento de enfermos, asilo de desvalidos, asistencia de enfermos y disponibilidad de ellos para enseñanza e investigación, en cierta forma continúan.

Sonis erigió al hospital “como la apoteosis centralizada del saber médico, como el moderno laboratorio de los magos de la ciencia, como la ciudadela de la salud que se erguía aislada y soberbia contra la enfermedad y la muerte, como la respuesta “princeps”, contribuyendo a desdibujar todo otro ámbito de atención” (1978:448).

Aún así la aplicación en el hospital de las ciencias de la Medicina de hoy, no fue paralela a la de las Ciencias Sociales y las Administrativas, ni en él ni en los sistemas de salud.

Así el hospital fue instrumento eficaz ante la enfermedad, pero no fue eficiente en el uso de sus recursos ni equitativo en el acceso a los diferentes grupos de población.

La complejidad se centró en la tecnología médica y la asistencia en el hospital. El sector médico fue remiso a admitir una administración científica y a considerar la salud y la enfermedad en el contexto de la comunidad.

Así el progreso científico y tecnológico a medida que se hacía más complejo tendía a ser más ineficiente y más inequitativo. Esa es la dura realidad de hoy.

No en todos los países y regiones hubo planeamiento hospitalario, ni coordinación con otros efectores de diferentes subsectores o niveles.

Los mismos edificios tendieron a desarrollarse por agregados o aposiciones que generaron disfuncionalidades. Los servicios, según su prestigio y el de sus jefes, tendieron a aislarse. La existencia de subsector estatal y privado en competencia, terminó enfrentándose en intereses.

En el subsector estatal la gestión hospitalaria tendió a centralizarse en la cabeza de la jurisdicción a la que pertenecían, provincia o municipio, de tal forma que las decisiones quedaban reservadas a cada nivel central.

La asistencia y la docencia parecieron enfrentarse, el pregrado con el conjunto no docente del hospital, y las residencias con los profesionales de planta.

Una rígida jerarquía tradicional de las profesiones y los oficios, dificultó la formación y el aprovechamiento laboral de estos últimos.

La investigación clínica, epidemiológica y organizacional no alcanzaron a consolidarse y cuanto menos a coordinarse entre sí, perdiéndose universos o muestras de personas, procedimientos y resultados que ofrecían una rica experiencia.

El costo creciente de las prestaciones asistenciales y el déficit en la eficiencia, creó preocupaciones al no poder soportarlo con los recursos actuales.

7.- Las funciones del hospital y de la clínica

Hospital o clínica es un establecimiento médico-asistencial con la misión de atender la salud y la enfermedad de las personas y los grupos humanos, en forma ambulatoria y en internación, en

todos los niveles de prevención. Puede ser general o especializado, de propiedad estatal, privada o de obras sociales [Cuadro 7.a].

Funciones del hospital o clínica

- Proporcionar asistencia médica comprendiendo las diversas acciones de prevención (**función asistencial**)
- Participar en la educación y adiestramiento del personal de salud y de la misma comunidad (**función docente**)
- Contribuir a la investigación clínica, epidemiológica y organizacional (**función investigadora**)
- Integrar una red asistencial médica y social (**función integradora**)

Cuadro 7.a

Un comité de expertos de la OMS (1956), lo definía según sus funciones: “como una parte integrante de la organización médico social cuya función es la de proporcionar a la población AM completa, tanto preventiva como curativa, y cuyo servicio de consultorio externo alcanza a la familia en el hogar. El hospital es también un centro para la preparación y adiestramiento del personal que trabaja en salud y además un campo de investigación biosocial”.

La “American Hospital Association” (EEUU) lo definió según sus recursos: “es un establecimiento con un cuerpo médico organizado, con recursos humanos permanentes, que incluye camas de internación, y con servicios médicos y servicios continuados de enfermería, para proporcionar diagnóstico y tratamiento a pacientes que tienen distintos problemas de salud, quirúrgicos o no quirúrgicos”.

Fajardo Ortiz lo define según sus destinatarios: “aquel establecimiento de salud que ofrece internación y proporciona AM a personas enfermas o heridas, o que se sospecha que lo estén, a parturientas o a personas que presentan uno o más de estos estados” (1982:423).

Cada definición hace hincapié en alguna característica del hospital: la primera en las funciones, la segunda en los recursos y la tercera en los destinatarios, y se sintetizan a continuación [Cuadro 7.b].

Concepto de hospital o clínica

Conjunto de recursos (plantel profesional y de personal, edificio, instalaciones, equipos, material y funcionamiento), que tiene **funciones asistenciales** (todos los niveles de prevención), **docentes, de investigación y de integración** para el **cuidado de la salud y enfermedad de las personas y la comunidad**.

Cuadro 7.b

8.- El hospital o clínica tiene estructuras diversas para responder a sus funciones

El hospital es un establecimiento **médico-asistencial** con camas de internación, aunque haya establecimientos así denominados que carezcan de ellas (vg. hospitales de odontología).

La mayoría de los hospitales tiene consultorios externos, en general postergados en la preferencia de los profesionales. Recuérdese el esquema de K. White: en una población típica de 1.000 habitantes, y en el término de un año, 720 reciben atención ambulatoria, 100 son admitidos en algún hospital y 10 en un “hospital universitario” (1973). La relación entre ambulatorios e internados era de 7/1 (Sonis, 1978:64).

La actividad hospitalaria de “paredes afuera”, proyección sobre la comunidad a través de los pacientes y sus familias o en forma directa, ha sido largamente promovida. La OMS decía: “...y cuyo servicio de consultorio externo alcanza a la familia en el hogar”.

La atención “domiciliaria de urgencia”, se concibe con criterio “regional” organizando la responsabilidad de distintos hospitales sobre áreas delimitadas y operando a través de unidades móviles con radio.

La “internación domiciliaria” para convalecientes o crónicos, con hogares en condiciones para la asistencia, es una estrategia que evita el sobredimensionamiento de la internación, favorece el reintegro al hogar y disminuye el riesgo de infecciones hospitalarias y los costos.

Nuevas modalidades hospitalarias reducen la permanencia de pacientes psiquiátricos o discapacitados y favorecen la integración familiar. La internación comprende sólo parte de la jornada: “hospital-de-día” y “hospital-de-noche”.

El hospital forma parte de una red social de AM. Entre él y los pacientes hay intermediarios: médico, consultorio, centro de salud. Esta intermediación, no siempre organizada, se produce espontáneamente.

La coordinación del hospital con centros ambulatorios, aunque imprescindible, es difícil de lograr. Los centros ambulatorios tienen alguna relación con una comunidad definida en el espacio. En algunos países, hospitales -locales o regionales- nacieron con tal concepción, siendo responsables de la salud de un “área” (hospital-área-de-salud).

Los hospitales del interior -fuera de las áreas metropolitanas- y algunos que son propiedad de mutuales, suelen tener adscriptos hogares de ancianos o para convalecientes. La cercanía de la atención médica permanente mejora el cuidado y reduce costos.

La integración, en hospitales generales de servicios de psiquiatría tiende a evitar el hacinamiento de pacientes en colonias de crónicos, a lograr la atención ambulatoria y reducir las internaciones a menos de 30 días de promedio, una descentralización de la psiquiatría que favorece el contacto y el reintegro familiar.

La función docente hospitalaria se extiende a la formación, adiestramiento y actualización de todo el personal. Se desarrolló, en el nivel profesional, primero en la enseñanza de pregrado, después en postgrado, y educación continuada, por ejemplo regímenes de “concurencia” y de “residencia”. El régimen de residencias produjo un cambio sustancial en los hospitales argentinos, no exento de conflictos. A partir de ellas se extendió la presencia profesional en todos los servicios a toda hora, se generó una mayor actualización del cuerpo profesional y un mayor acercamiento a los pacientes y familiares, y se fortaleció el trabajo en equipo. También se ha expandido la docencia para la formación de técnicos y auxiliares. El concepto de función docente involucra a todo el personal y a todas las acciones, pretende transformar al hospital también en una pequeña escuela, de educación permanente y continuada. Esto se logra no sólo con cursos y prácticos, sino a través de la supervisión (evaluación y docencia), los ateneos, y la auditoría. Este enfoque no está exento de conflictos, baste mencionar los que trae consigo la actividad de las cátedras de pregrado y las dificultades en la implementación de residencias hospitalarias o cursos para técnicos.

Tales conflictos giran en torno a la multiplicación de autoridades y a la eventual distorsión docente por delegación a los profesionales de planta. La función docente debe ser del propio personal en todos sus niveles. La incorporación de estudiantes debe ser distribuida y coordinada, de tal forma que aprendan sin interferir en la asistencia y en la comodidad de los pacientes.

La función de investigación suena a excesiva para los hospitales pequeños y de baja complejidad. No se trata de investigación básica, limitada a grandes centros, sino a la clínica (vg. eficacia de los medicamentos o procedimientos, satisfacción de los pacientes), a la epidemiológica (vg. prevalencia de enfermedades en un área de influencia), y la organizacional (vg. menores costos, rendimiento de personal, simplificación de trámites, reducción de tiempos de espera). Muchos modelos de investigación rigurosos y simples están al alcance de todos los establecimientos. Según los principios éticos sobre investigación médica del Código de Nüremberg, la decisión sobre ella está a cargo de la de la dirección y de un comité asesor, que deberán cuidar todo sesgo, prejuicio o intereses espúreos, o el condicionamiento de resultados (vg. eficacia de un medicamento).

Decía Ramón Carrillo (1947): “personalmente aspiro a algo más del hospital. Estoy decidido a que, Dios mediante, los hospitales argentinos no sean sólo casas de enfermedad, sino casas de salud, de acuerdo a la nueva orientación de la medicina, la cual tiende a evitar que el sano se enferme, o a vigilar al sano para tomarlo al comienzo de cualquier padecimiento cuando éste es fácilmente curable” (1974:13).

9.- El hospital o clínica es un establecimiento complicado por las características que reúne

El hospital es un establecimiento complicado, porque reúne características de hogar, hotel, industria, escuela, centro de investigación y empresa.

9.1.- El hospital o clínica como hogar

Históricamente el hospital fue primero “casa de hospitalidad” que suplía al hogar de quienes no lo tenían o quienes no podían ser cuidados en él. El paciente es ante todo huésped en un ámbito donde el dolor y el sufrimiento son atendidos y cuidados. Recién a fines del siglo XIX el impacto científico-tecnológico transformó al hospital en institución médica. Antes fue, con sus virtudes y defectos, una suerte de “hogar sustituto” transitorio o definitivo. Ese espíritu debe ser rescatado. Como un hogar, está cargado de emociones primarias y el paciente está en situación de dependencia física, incluso psíquica y espiritual. La carga emotiva es más intensa por las circunstancias de las que el hospital es escenario: separación, enfermedad, muerte, o en el otro extremo nacimiento. La obligación del hospital es no sólo dar hospitalidad al paciente sino también a su familia. La familia debe ser recibida, informada, y en su caso consolada. Este compromiso involucra a todo el personal cualquiera sea su nivel y función y tanto más cuanto más cerca esté del paciente.

Se asemeja a un hogar, en cuanto al tiempo, porque su funcionamiento es permanente. Funciona a tiempo completo, todos los días del año y todas las horas del día, en el que, por ejemplo, pasan muchos pacientes las grandes festividades cargadas de emotividad. Este carácter exige guardias preparadas para actuar en cualquier circunstancia.

Corach y Malamud dicen que “el paciente es el único personaje full-time del hospital” (S/F:21) y todo debe estar previsto para brindarle cuidado permanente y atención oportuna.

La asistencia religiosa de cualquier credo, cuando el paciente o la familia la soliciten, obliga a disponer de capellanes o conexiones para concretarla.

9.2.-El hospital o clínica como hotel

Además de la asistencia profesional y técnica, en el hospital el paciente debe vivir transitoriamente con la consecuente demanda de servicios de higiene personal, renovación de ropa de cama y utensilios, provisión regular de cuatro comidas y colaciones, acceso a un área de distracción o recursos de entretenimiento, ámbito de privacidad para su tranquilidad o para recibir visitas.

El confort del paciente y del personal exige instalaciones para las variaciones del clima, sistemas de calefacción y de ventilación aptos. El personal, por su parte, requiere áreas para cambiarse y guardar ropas, sanitarios, áreas para descansar y tomar colaciones.

9.3.-El hospital o clínica como industria

A semejanza de una industria, el hospital produce una amplia gama de servicios y bienes, para lo cual recibe insumos muy diversos que son procesados por una heterogénea planta de personal. Es distintiva la diversidad de sus productos, insumos y personal. Los hospitales complejos modernos requieren el aporte de 200 clases diferentes de oficios. Tiene una alta concentración de personal profesional, graduado en universidades y escuelas superiores, cuya compatibilización es difícil e incluso conflictiva. Como una industria, tiene personal de producción (contacto directo con el paciente), de servicios (vg. alimentación, lavadero, mantenimiento), administrativo y directivo.

9.4.-El hospital como escuela

La función docente requiere espacios (vg. aulas, salas de reuniones y ateneos, de conferencia) para la enseñanza teórica. Debe recibir estudiantes de distintos niveles y admitir prácticas y exámenes. Estos últimos pueden afectar la confianza y comodidad de los pacientes. La docencia tiene fuerte influencia en la calidad de la Atención Médica. La convivencia de distintas generaciones con sus aportes de experiencias y novedades –si es bien armonizada– alienta el equilibrio del conocimiento aplicable. El antiguo y persistente régimen de concurrencias logró la formación de generaciones de profesionales. Felizmente fue completado con el régimen de residencias con profesionales en formación a tiempo completo y retribuidos con becas. El hospital también debe enseñar normas de salud a los pacientes respecto al propio manejo de su enfermedad (vg. un diabético o un coronario).

Los hospitales de crónicos deben establecer dentro de su ámbito una escuela propiamente dicha, para que los internados accedan a una formación primaria o diferenciada (vg. escuelas dentro de hospitales de niños o discapacitados).

El hospital es la “empresa” que más ha evolucionado en las últimas décadas toda vez que recibe el aporte incesante de nuevas tecnologías. Su contraparte es el alto costo que exige una gestión administrativa científica.

Es también un centro de información sobre la situación sanitaria y socioeconómica de una población, y con frecuencia debe atender a los medios de comunicación de masa, ya sea por epidemias o brotes epidemiológicos.

9.5.-El hospital como centro de investigación

La investigación hace más complicada la planta y función del personal, y el tipo de recursos físicos y de equipamiento. A su vez implica un nuevo tipo de conexiones con organismos que patrocinan la investigación, estatales o privados. Un hospital que no aporte a la investigación, siquiera epidemiológica, se encierra sin ofrecer nuevos conocimientos a la sociedad.

9.6.- El hospital como empresa

La empresa tiene la función de organizar la producción y obtener fondos. A tal fin requiere capital –para instalaciones, equipos y funcionamiento– y recursos humanos que se dividan el trabajo y lo hagan bajo una dirección. La producción debe buscar la calidad para ser aceptada y dar satisfacción, así como la eficiencia para compensar el gasto de recursos y la obtención de fondos. Los servicios sanitarios en su conjunto deben lograr la equidad en salud, es decir no sólo que todos los que demandan tengan acceso a ellos sino que tengan prioridades quienes tienen mayores riesgos, aún aquellos que con necesidades no demandan servicios por vallas económicas o culturales. Por otra parte la necesidad y la demanda, tienen alto grado de incertidumbre, la información es asimétrica entre los profesionales y la gente y ciertas enfermedades y estilos de riesgo acarrear fuertes externalidades (Del Llano, 1999:5). Estos factores hacen que el hospital o clínica opere como empresa, diferenciando la obtención de fondos y el objeto de destinar o no parte de ellos a la ganancia, en un marco de competencia y un mercado que deben ser necesariamente regulados.

10.- Clasificación de los hospitales

10.1.-Clasificación

Los hospitales pueden clasificarse de acuerdo a diversos criterios, de los que se mencionarán los principales:

- I. **Estatales y privados:** dentro de cada categoría caben nuevas divisiones. Así, los estatales pueden tener dependencia nacional, provincial o municipal. Por su parte los privados pueden ser con fines de lucro, –tal es el caso de las clínicas y sanatorios– o –sin tales fines– como los de mutuales.
- II. **Generales o especializados:** los generales suministran dos o más servicios de las clínicas básicas, y los especializados son para pacientes de determinada enfermedad de un sistema orgánico o para un tratamiento específico (Fajardo Ortiz, 1982:426). Hay especializados para una situación vital determinada (vg. maternidad) o para un grupo de edad (pediátricos o geriátricos). A los hospitales de pacientes crónicos o de rehabilitación se agregan los psiquiátricos y los de enfermedades transmisibles. Entre los establecimientos psiquiátricos deben diferenciarse los de pacientes agudos y los de crónicos. Los hay subespecializados como colonias psiquiátricas o para discapacitados. En la provincia de Buenos Aires un ejemplo es el Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos “Dr. Alejandro Korn” de Melchor Romero. Nacido como hospital general, se desarrolló como psiquiátrico. Su etapa más moderna llevó a dividirlo en un sector hospitalario general (120 camas y consultorios externos) para la población de la localidad y para enfermedades generales de los internados psiquiátricos. Otro sector es de internación de pacientes psiquiátricos agudos y un tercero de psiquiátricos crónicos. En la misma provincia existen hospitales psiquiátricos subespecializados, tal la colonia “Dr. Domingo Cabred” para discapacitados. Ejemplo de especializados en enfermedades infectocontagiosas es el Hospital “Dr. Francisco Javier Muñiz” de la ciudad de Buenos Aires, un sector del HIZEAC “San Juan de Dios” de La Plata, y la colonia “Dr. Baldomero Sommer” para pacientes de lepra.
En las ciudades más populosas hay centros hospitalarios especializados en ramas clínicas o quirúrgicas. En la ciudad de Buenos Aires, el Hospital Nacional de Gastroenterología “Dr. Buonorino Udaondo”, el Hospital Oftalmológico “Santa Lucía”, el Centro de Recuperación Respiratoria “María Ferrer” y el Hospital de Oncología “Dr. Roffo”. En el subsector privado hay también establecimientos con internación especializados: en psiquiatría, pediatría, geriatría, maternidad, oftalmología.
- III. **De agudos y de crónicos:** los de agudos reciben internaciones que no deben superar los 15 días de PDE (promedio días estada). Para los hospitales psiquiátricos de agudos el límite teórico de PDE es de 30 días. Los establecimientos para pacientes crónicos son monovalentes como los psiquiátricos o “polivalentes” para un grupo, como los geriátricos y tienen PDE de meses y aún años.

Otros criterios de clasificación dependen de la arquitectura (hospitales verticales, horizontales o mixtos) o de la ubicación geográfica (metropolitana, urbana o rural).

10.2.- Clasificación de la Provincia de Buenos Aires

La provincia de Buenos Aires clasifica sus propios establecimientos con un criterio numérico y de complejidad (art. 15 de la Ley 7.878 de Carrera Profesional Hospitalaria. T.O. –texto ordenado– 1978) como sigue:

- a) Hospital Interzonal: aquel con capacidad de 300 camas con un perfil de equipamiento que le permite cumplir cualquier acción de AM integral.
- b) Hospital Zonal: aquel con capacidad de 150 a 299 camas con un perfil de equipamiento que le permite cubrir las funciones de Pediatría, Obstetricia, Ginecología, Clínica Médica y Clínica Quirúrgica, además de las especialidades que de ellas se derivan, y los Servicios de Diagnóstico y Tratamiento.
- c) Hospital Subzonal: aquel con una capacidad de 50 a 149 camas con un perfil de equipamiento para cubrir las funciones de Pediatría, Obstetricia, Ginecología, Clínica Médica, Clínica Quirúrgica y los Servicios de Diagnóstico y Tratamiento.

- d) Hospital Local: aquel con una capacidad de 30-40 camas con un perfil de equipamiento para cubrir funciones de Pediatría, Obstetricia, Ginecología, Clínica Médica, Clínica Quirúrgica y los Servicios de Diagnóstico y Tratamiento.
- e) Unidad Sanitaria: aquel establecimiento que brinda exclusivamente atención ambulatoria. La de zonas rurales suelen tener algunas camas.

La misma provincia clasifica los establecimientos privados según el Decreto 3280/90 (reglamentario de la Ley 7.614 de 1967) en:

I. Ambulatorios (art. 1).

II. Con internación:

- a) polivalentes
- b) monovalentes

I. Ambulatorios (art 2º).

- Consultorios.
- Centros de diagnóstico y tratamiento de baja y mediana complejidad.
- Salas de primeros auxilios.
- Servicios de ambulancias.
- Servicio de traslado programado de pacientes en situación crítica de vida.
- Servicios de emergencia médica móviles.
- Hogares de día.

II. Establecimientos polivalentes con internación y con prestación quirúrgica (art. 3º)

- Categoría 1: mínima complejidad (hasta 15 camas).
- Categoría 2: mediana complejidad (desde 20 camas).
- Categoría 3: mediana complejidad ampliada (desde 30 camas).
- Categoría 4: alta complejidad (desde 50 camas).

Dentro de ellos requiere en la categoría 2, una Unidad de Reanimación o de Terapia Intensiva (UTI) tipo I y en la categoría 4 una UTI tipo II (art. 36).

II. Establecimientos monovalentes con internación (art. 4º).

- a) Con prestación quirúrgica.
- b) Sin prestación quirúrgica.
 - 1) Salud Mental y Atención Psiquiátrica.
 - 2) Geriátricos u hogares de ancianos.

El mismo decreto normatiza los Laboratorios de Análisis Clínicos (art. 48 y ss), los Servicios de Radiaciones Ionizantes (art. 60) y los Centros de Diálisis (art. 61).

10.3.- La inversión social exige planificación

A diferencia de la inversión económica, la social no dispone de indicadores precisos ni de información completa.

Un intento positivo de planificación en la inversión social surgió en 1963 con la elaboración de unidades y métodos por el Consejo Federal de Inversiones (CFI), en el marco de la planificación del Desarrollo general¹.

El país disponía entonces de una "aceptable capacidad instalada" en AM pero "afectada de evidentes distorsiones en su localización, organización y administración que condiciona un bajo

¹ En 1965, eran Secretario General del CFI, el Cont. Luis Rotundo y el Ing. Juan A. Figueroa Bunge respectivamente. El equipo de Salud Pública estaba integrado por J. J. Barrenecha (Dir.), A. H. Chorny, J. E. Molinero, M. I. Plachner de Molinero y L. H. Vera Ocampo.

grado de utilización (rendimiento)” y “una dispendiosa y artificial capacidad ociosa” que “paradójicamente, tiene expresión en una no satisfacción de la demanda aparente”.

Así, se definieron las funciones de producción del sector y las proyecciones del gasto en salud, en vistas a la confección de una metodología operativa de planificación.

La metodología definió primero los sectores de producción, que son los siguientes:

- a) de producción final: dan productos terminados según los objetivos del efector (vg. egresos, consultas médicas, consultas odontológicas)
- b) de producción intermedia: dan componentes concurrentes y necesarios a la producción final (vg. cuidados de enfermería, estudios de imágenes, determinaciones de laboratorio, prácticas quirúrgicas y anestésicas, transfusiones de hemoderivados)
- c) de servicios generales: dan prestaciones que posibilitan las producciones intermedias y finales (vg. recepción, registros, comunicaciones, limpieza, raciones de alimentos, mantenimiento).

En cada sector se definen las unidades de producción y se computan en planillas de recolección que verificadas, se vuelcan a cuadros de consolidación.

10.4.- Clasificación del Consejo Federal de Inversiones (CFI)

En Argentina se ubicaron los establecimientos sanitarios en una escala propuesta por el Consejo Federal de Inversiones (CFI) de acuerdo a un estudio de Barrenechea, Chorny y Plachner de Molinero publicado en 1969. La escala se funda en el concepto de “complejidad” definida como el “número de tareas diferenciadas que integran la actividad global de un establecimiento y el grado de desarrollo alcanzado por aquellas” (Consejo General de Inversiones, 1968). Se ubican según un cuestionario que comprende 41 actividades calificadas con puntaje individual, tanto en servicios finales, como en intermedios y generales. Se expresa en un gráfico de barras. La escala comprende 9 niveles, de los cuales el III, el IV, VI, VIII y IX son establecimientos con internación. Los niveles I, II, V y VII son ambulatorios (Consejo General de Inversiones, 1968).

Sus características son las siguientes:

- 1 Nivel I:** atención sólo ambulatoria. Cuenta con visita periódica programada de médico general y atención permanente de enfermería. Funciona con énfasis en medicina preventiva (prepatogénica).
- 2 Nivel II:** similar al anterior, se agrega visita periódica de odontólogo y laboratorio elemental.
Estos dos niveles se asocian a un nivel III o más y se ubican en un medio rural.
- 1 Nivel III:** cuenta con médico general permanente, lo que permite atención de internados. Brinda medicina general y obstétrica. Posee laboratorio y radiología elementales. Sirve a poblaciones rurales.
- 2 Nivel IV:** se diferencian las cuatro clínicas básicas: Clínica Médica, Cirugía, Pediatría y Tocoginecología, tanto en consultorio como en internación. Hay Odontología permanente. Se ligan a niveles VI o más. Tiene laboratorio y radiología elementales.
- 3 Nivel V:** atención sólo ambulatoria general, en Clínica Médica, Pediatría y Tocoginecología, cuenta con laboratorio y radiología de rutina. Se ubica en zona urbana y conecta con un nivel VI. Este es el ideal de las CAPs urbanas. En nuestro medio no tienen laboratorio ni radiología.
- 4 Nivel VI:** a las clínicas básicas se agregan especialidades quirúrgicas en consultorio e internación. Son más complejos los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y se agrega Anatomía Patológica y Electrodiagnóstico. Se ubica en centros urbanos mayores o en capitales provinciales.
- 5 Nivel VII:** como el nivel V brinda atención ambulatoria, pero con especialidades quirúrgicas. Se asocia a un nivel VIII.

- 6 **Nivel VIII:** cuenta con una amplia gama de especialidades médicas y quirúrgicas con servicios auxiliares de gran complejidad que incluyen Radioterapia, Medicina Nuclear y Cuidados Intensivos. Se ubica en grandes centros urbanos y suele tener docencia universitaria. Puede resolver por si mismo la mayor parte de los problemas médicos.
- 7 **Nivel IX:** se alcanza la máxima complejidad concentrable en un solo establecimiento. Se ubica en los mayores centros urbanos y se articula con centros de docencia universitaria.

Las áreas que se evaluaron fueron 41 [Cuadro 10.4.a], con asignación de puntajes entre “0” hasta aproximadamente 28, sobre la base de un cuestionario para relevamiento de cada área. La graficación se hace ubicando las áreas en las abscisas y el puntaje en las ordenadas.

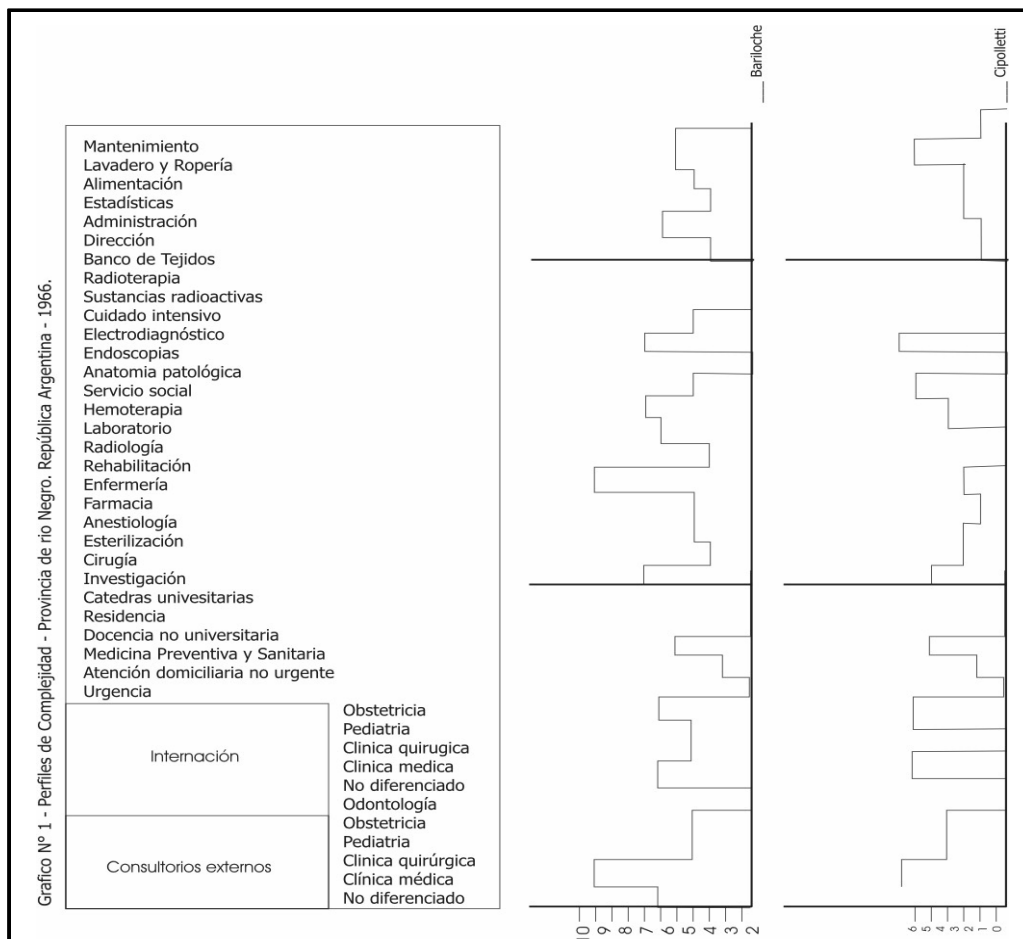
Argentina. CFI. 1969. Categorización de efectores. Áreas relevadas

1 Consult. no diferenciado	22 Farmacia
2 Consult. Clínica Médica	23 Enfermería
3 Consult. Clínica Quirúrgica	24 Rehabilitación
4 Consult. Pediatría	25 Radiología
5 Consult. Obstetricia	26 Laboratorio
6 Consult. Odontología	27 Hemoterapia
7 Internación no diferenciada	28 Servicio Social
8 Internación Clínica Medica	29 Anatomía Patológica
9 Internación Clínica Quirúrgica	30 Endoscopia
10 Internación Pediatría	31 Electrodiagnóstico
11 Internación Obstetricia	32 Cuidados Intensivos
12 Urgencia	33 Sustancias Radioactivas
13 Atención Domiciliaria no de urgencias	34 Radioterapia
14 Medicina Preventiva y Sanitaria	35 Banco de Tejidos
15 Docencia no universitaria	36 Dirección
16 Residencia	37 Administración
17 Cát. Univers.	38 Estadística
18 Investigación	39 Alimentación
19 Cirugía	40 Lavadero y ropería
20 Esterilización	41 Mantenimiento
21 Anestesiología	

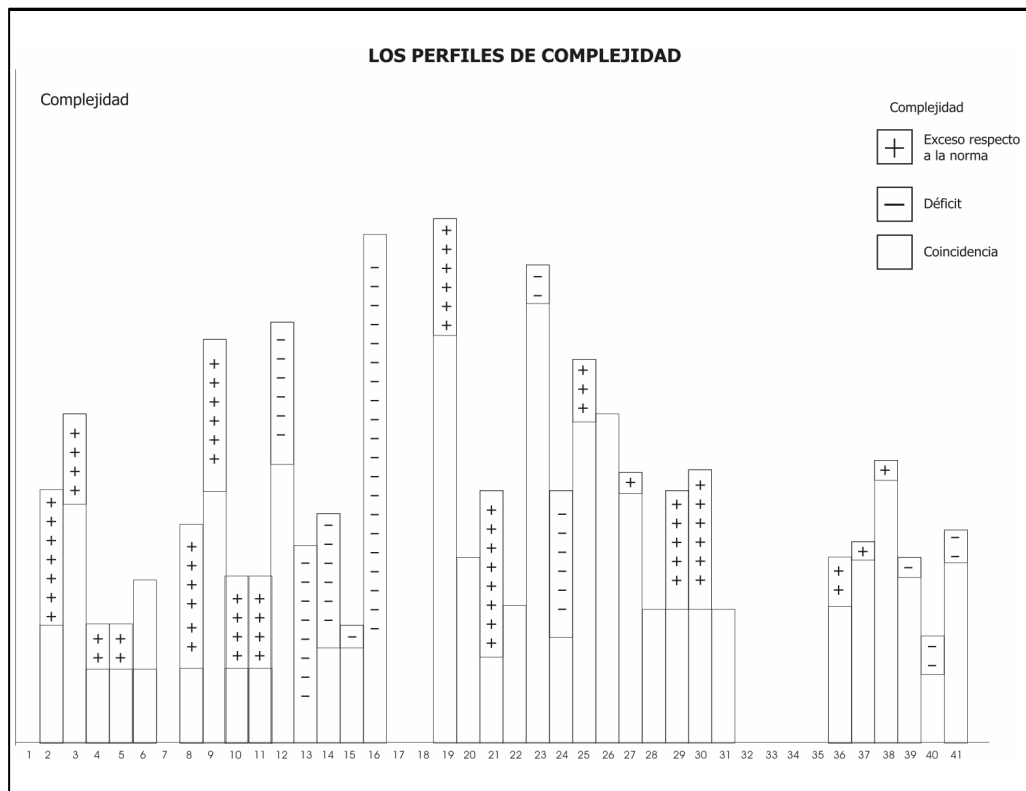
Cuadro 10.4.a

A continuación se presenta un cuadro de aplicación de los perfiles en la provincia de Río Negro respecto de dos hospitales [Cuadro 10.4.b]. En el siguiente se aprecia la construcción de un perfil [Cuadro 10.4.c].

Perfiles de complejidad. Provincia de Río Negro. República Argentina. 1966



Cuadro 10.4.b



Cuadro 10.4.c.

11.- Las camas hospitalarias cambiaron la estructura de los subsectores

En la década de 1940 la tendencia hacia la internación era fuerte. Carrillo programaba llegar a las 10 camas hospitalarias cada 1000 habitantes con una distribución específica [Cuadro 11.a].

Distribución de camas hospitalarias. Doctrina Carrillo. 1949

Especialidad	Porcentaje
Clínica	10
Cirugía	10
Maternidad	5
Psiquiatría	35
TBC	35
Otras especialidades	5
Total	100

Cuadro 11.a

Esta distribución se basaba en una red sanitaria compuesta por ciudades-hospitales y centros sanitarios coordinados. El rubro maternidad incluía, sin duda, la pediatría. Las altas tasas de mortalidad infantil se corregían con la atención ambulatoria en centros de Salud, téngase en cuenta que no se disponía en el mundo de los adelantos posteriores de la Neonatología. Carrillo aumentó el número de Centros Sanitarios de 140 (1946) a 280 (1951) y proyectaba llegar a 1.700 (1974:362). La TBC requería entonces largas internaciones, cuando aún no se disponía de la estreptomocina. La Psiquiatría tenía y mantuvo hasta las últimas décadas, la prioridad de internación para los psicóticos ya que tampoco se disponía de la medicación que permitiera a buena parte de ellos reintegrarse a la vida social. Esta situación llevaba a Carrillo, con acierto, a desarrollar hospitales para lograr pasar de las 3,6 camas por 1.000 habitantes a las 10 de su doctrina. Logró casi duplicar el número de las existentes [Cuadro 11.b].

*Argentina. Camas hospitalarias. Por subsectores. 1945-1951**

Subsector	1946	1951
Estatal	S/d	99.000
Nacional	15.000	25.000
Prov. munic.	S/d	71.000
Privados	S/d	12.000
Otros (a)	50.000	-
Total	65.000	111.000

*Las camas mencionadas se disponían en 50 (1946) y 125 hospitales (1951). (a): otros incluye estatales no nacionales y privados. (Carrillo, 1974:363)

Cuadro 11.b

Para 1951 la Fundación Eva Perón proyectaba 12.000 nuevas camas hospitalarias. La aparición diferenciada del subsector privado con 12.000 camas en ese año indica el comienzo de su expansión promovida por los contratos con OOSS.

El análisis de Julio Bello (1981), a principios de la década de 1980 demuestra la expansión privada creciente y la transitoria de instalaciones propias de la OOSS, a la vez que la reducción del subsector estatal [Cuadro 11.c].

Argentina. Camas hospitalarias según propiedad del efector (subsectores) 1964, 1969 y 1978

Subsector	1964		1969		1978	
	Estatal	107.485	75,9	97.688	73,0	95.159
OOSS	4.957	3,5	4.977	3,7	7.765	5,4
Privado	29.175	20,6	30.100	21,4	40.051	28,0
Total	141.627	100	133.847	100	142.975	

(Bello, 1981:17).

Cuadro 11.c

Entre 1964 y 1978 las camas privadas aumentaron en un 37%, las de OOSS en 57%, mientras estatales se redujeron en 12%. En Capital Federal la reducción fue de 34,5 % por el cierre de los hospitales Rawson y Alvear. La significación del incremento privado fue mayor por la vigencia del entonces Decreto-Ley 22.269 que desalentaba la creación de efectores propios de las OOSS (Mera, 1988).

Combinando los datos de Carrillo y de Bello se presenta una tendencia inicial al aumento de las camas de internación en relación a la población y una reducción posterior [cuadro 11.d].

La Argentina. Camas hospitalarias. Por mil habitantes. Entre 1946 y 1978

Año	Camas c/ 100 h.
1946	3,6
1951	4,0
1964	6,7
1969	5,6
1978	5,5

(Carrillo, 1974:363; Bello, 1976:17)

Cuadro 11.d

La distribución de la capacidad de los subsectores por dependencia surge de una presentación de Mera [cuadro 11.e].

R. Argentina. Distribución de camas hospitalarias. Por dependencias. Agudas y crónicas. 1980

Subsectores	Camas hospitalarias		
	Agudos	Crónicos	Total
Estatal	70.867	24.016	94.883
Nacional	2.128	8.452	10.580
Provincial	43.484	13.592	57.076
Municipal	16.258	1.158	17.416
Otros	8.997	814	9.811
OOSS	7.668	411	8.079
Privado	41.002	6.046	47.048
Total	119.537	30.473	150.010

(Mera, 1988:43).

Cuadro 11.e

Los datos exhiben el proceso de transferencia de los establecimientos nacionales a las jurisdicciones, y se reafirman el crecimiento de la capacidad privada a la vez que la estabilización de la propia de las OOSS.

La Argentina tenía entonces (1980) 5,1 camas hospitalarias por 1.000 habitantes ubicándose en una posición intermedia entre países como Noruega y Japón (14,9 y 11,6 respectivamente), cerca de EEUU (6,1) y Brasil (3,7) (Mera, 1988:42).

El equipamiento pesado y complejo tendió a concentrarse en el subsector privado según la misma información de Mera [cuadro 11.f].

R. Argentina. Equipamiento pesado de AM. Tipos Seleccionados por subsectores. 1985

	Subsectores			
	Estatal	Privado	Total	% privado
Tomógrafos computados	3	42	45	93,3
Gamma cámaras	14	74	88	84,1
Aceleradores lineales	3	7	10	70,5
Bombas de Cobalto	19	61	80	76,3
(Mera, 1988: 43).				

Cuadro 11.f

Citas bibliográficas

- Alvarado, C. A. y Tanoni, E., *El plan de Salud en Jujuy*. En Sonis, A. y colaboradores, 1978.
- Bello, J.N., *Política de Salud 1976-81. Aporte para la evaluación de un proceso*. Revista CIAS 307/08, Buenos Aires, 1981 (Separata).
- Carrillo, R., *Contribuciones al conocimiento sanitario*. En Obras completas II. Buenos Aires, EUDEBA, 1974.
- Consejo Federal de Inversiones. Perfiles de complejidad. Métodos para determinar niveles de atención en establecimientos hospitalarios (Dir.Proyecto Juan José Barrenechea) CFI., Buenos Aires, 1968.
- Corach y Malamud. *La Atención Médica y la Administración hospitalaria*. S/F.
- Del Llano, Señarís y otros, *Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Barcelona, Masson, 1999.
- Fajado Ortiz, G., *Atención Médica. Teoría y Práctica Administrativa*. México, Prensa Médica, 1982.
- Mera, J. A., *Política de Salud en Argentina. La constitución del Seguro Nacional de Salud*. Buenos Aires, Hachette, 1988.
- Sonis, A. y colaboradores. *Medicina Sanitaria y Administración de la Salud*. Buenos Aires, El Ateneo, segundo tomo, 1978.

Bibliografía consultada

- Belmartino, S., Bloch, C. y de Quinteros, Z. T. *El Programa de Estabilización Económica y las políticas de Bienestar Social/1976 -1980*. Cuaderno Medico Soc. (Rosario) f/d.
- Carrillo, R., *Obras Completas*. Buenos Aires, EUDEBA, 1974.
- Ferrara, F., Acebal E. y Paganini, J. M., *Medicina de la Comunidad. Medicina Preventiva. Medicina Social*. Buenos Aires, Medicina Administrativa Interamericana. segunda edición, 1976.
- Mera, J. A., *Los servicios de Salud en Argentina*. Buenos Aires, Fundación Universitaria Hernandarias, 1995, tercer tomo.
- O´Donnell, J. C., *Administración de Servicios de Salud*. Buenos Aires, Fundación Universitaria Hernandarias (a distancia), 1995.
- OMS. *Mejoras en el desempeño de los Sistemas de Salud*. Informe sobre la Salud en el Mundo, Ginebra, 2000.
- Temes Montes, J.L. y otros. *Gestión Hospitalaria*. Madrid, Mc Graw-Hill, tercera edición, 2002.
- Samuelson, P. A. y Neordhaus, W. D., *Economía*. Madrid, Mc Graw-Hill, 15ª edición, 1996.
- Owen, J. R. y Eisleban, R. K., *Conceptos modernos sobre Administración de Hospitales*. México, Interamericana, 1963.

INFORMACIÓN, GESTIÓN Y AUDITORÍA

1.- La información comunicada retroalimenta la gestión

*Horacio Luis Barragán
Luis María Gambarotta*

Ferrero y Giacomini, son pioneros de los registros y estadísticas de efectores de salud en Argentina, que ligan la comunicación y la información como instrumentos en la gestión sanitaria en 1973.

Se adelantaron así al planteo de la relación entre comunicación y conducta, en este caso aplicada a la gestión, tendiendo a superar el concepto unidireccional de la primera y comprendiendo que la gestión, en tanto forma de la interacción social, es multidireccional (Watzlawick, 1997).

La comunicación es intercambio de información, o sea, en cierta forma una energía. La comunicación de esta energía no es unidireccional sino bi o multidireccional y genera conductas en la interacción humana. La respuesta o reacción de otro ante la comunicación se transforma en retroalimentación, y en un proceso circular tal como lo plantea la Teoría General de Sistemas. La retroalimentación negativa comunica información tendiente a mantener la estabilidad de la interacción o de la gestión. La retroalimentación positiva, a la inversa, tiende a modificarlas, e impulsa el cambio (Watzlawick, 1997:32). En general “retroalimentación es la propiedad del sistema de control que posibilita que la salida sea comparada con la entrada y, de acuerdo con ello, se toma o no una acción de control” (Ferrero y Giacomini, 1973:19).

Un fenómeno observado resulta inexplicable si la observación y la información sobre el mismo no son suficientemente amplias¹.

Las reflexiones precedentes se plantean para señalar que una información que no se comunica no tiene utilidad social y una gestión sanitaria que no se desarrolla teniendo en cuenta la comunicación no tiene seriedad profesional.

Estas reflexiones no son ociosas, ya que, con frecuencia, la información sanitaria no se reúne o procesa con oportunidad o no se comunica para ofrecer retroalimentación a la gestión. A la inversa, la gestión otras veces no la requiere o no la atiende por privar el criterio de la absoluta arbitrariedad en las decisiones –que en nuestro medio irónicamente suelen llamarse “decisiones políticas”– o por desconfianza en su valor.

Se ha señalado precedentemente que la organización de un efector de salud se planifica y gestiona de acuerdo a indicadores demográficos, sociales, ecológicos y epidemiológicos.

Se referirá aquí la organización de un efector de salud que gestiona de acuerdo a indicadores específicos. De ellos la mayoría son clásicos y normatizados. Pero de ninguna manera quien planifica y gestiona debe ceñirse a ellos. Hay indicadores que se elaboran según las situaciones y necesidades. En tal sentido, dependen de la habilidad y perspicacia de los protagonistas que deben crearlos según los casos.

¹ Se cuenta una anécdota del etólogo Konrad Lorenz (Premio Nobel de Fisiología y Medicina, 1973) que estudiaba en su jardín el comportamiento de un grupo de patitos a quienes seguía arrastrándose y dando vueltas alrededor de las plantas y graznando fuertemente, los patitos no se veían. A poco se dio vuelta y vio a un grupo de vecinos mirándolo como a un loco. No podían observar, no tenían información como para explicarse tan extravagante actitud (Watzlawick, P.,1997:22).

En primer lugar expondremos los clásicos y normatizados que se refieren a la estructura, la producción y el rendimiento de un efector y de sus sectores constituyentes.

1.1.- Indicadores de estructura

Correlacionan los componentes físicos entre sí y con los recursos humanos. Los componentes físicos finales son los consultorios y las camas de cuidado intermedio e intensivo. Las relaciones de superficie en metros cuadrados por cada uno de ellos son indicadores de estructura.

Los recursos humanos y los consultorios o camas se interrelacionan en cocientes. Más precisos son los que miden las horas-personal, según tipos, en concordancia con esos mismos elementos físicos.

La estructura hospitalaria se mide en torno a la unidad cama de internación. La primera relación es el número de camas por habitante sobre la que hay distintos criterios y tendencias.

Un criterio clásico, relacionado con la Ley Hill-Burton (sobre apoyo a la construcción de hospitales en EEUU), marca un número de camas hospitalarias de agudos según la concentración de la población en un área determinada [Cuadro 1.1.a].

Camas hospital. c/1.000 hab. s/ley. Hill-Burton (EEUU)*

Área	Nº camas de agudos x 1000h. (rango)
rural	2,5 – 3,5
intermedio	4,0 – 5,0
base	4,6 – 5,5
*La ubicación en el rango depende de la densidad de población. (Salleras San Martín y Asenjo, 1988: 1105-6).	

Cuadro 1.1.a

Una relación razonable en la actualidad son cuatro camas de agudos por cada mil habitantes. La eficiencia de esa relación depende de los indicadores de rendimiento, en especial del Porcentaje Ocupacional y del Promedio de Días de Estado, así como de la organización en red de los servicios a partir de los Centros de Atención Primaria (CAPs).

Se han usado otras relaciones como por ejemplo:

- una cama hospitalaria cada dos defunciones por año;
- el cociente entre el número de internaciones y el giro cama o índice de rotación;
- el número total calculado sobre requerimiento por edad y por especialidades;
- las técnicas estadísticas por regresión múltiple o por el método de Poisson.

Los números de camas por mil habitantes ha sido alto en los países desarrollados, pero los nuevos procedimientos médicos (vg. la cirugía ambulatoria y la internación domiciliaria) a la vez que el creciente costo de construcción y mantenimiento de hospitales generó una tendencia a reducirlos [Cuadro 1.1.b].

Camas hospitalarias c/1000 hab. Países de Europa del Este. 1985 y 1995, variación*

País	1985	1994	Cambio %
Rep. Checa	11.01	9.81	- 11
Hungría	9.1	9.92	+ 3
Polonia	6.59	8.22*	-
Fed. Rusa	12.98	11.94	- 8
Ucrania	13.14	12.95	- 3
*año 1990. (WHO, Europe. 1997:221)			

Cuadro 1.1.b

El número de camas necesario depende de las admisiones esperadas y del Promedio Días de Estado (PDE), así como del Porcentaje Ocupacional (PO), ya mencionados. Esas relaciones no son lineales pero puede apreciarse en Suiza como el alto PDE y en Australia el mayor número de admisiones requiere más camas [Cuadro 1.1.c.]

Camas hospitalarias agudos por 1000 hab. Admisiones por 100 hab/año/ y promedio de días de estado países desarrollados seleccionados. 1989

País	Nº camas /1000 hab.*	Admis./100/año	PDE
Australia	5,5	22,3	5,6
Canadá	4,3	13,8	10,9
Suecia	4,2	16,4	6,8
Suiza	6,7	13,6	14,0
EEUU	3,8	12,5	7,3

*año 1987.
(OCDE, 1994:41 resumido).

Cuadro 1.1.c

En Argentina el número de camas de internación era de 5,21 en 1980 y de 4,55 c/1000 hab. en 1995 (Mera y Bello, 2003:81).

El número de camas en relación a la población de un país no refleja su distribución según subsectores y jurisdicciones provinciales y municipales. Es así como no define la accesibilidad a la internación de los diferentes sectores poblacionales.

Para medir esta accesibilidad es preciso el análisis por subsectores y jurisdicciones y considerar el pago directo, en su caso, para internarse y la distancia en horas por transporte público para llegar desde el domicilio al establecimiento. Estos indicadores se miden por encuestas.

La distribución de las camas por especialidad tiende a unificarse bajo el criterio de los cuidados progresivos. Sin embargo en los establecimientos estatales suele mantenerse el criterio de especialidad. Así se han propuesto ciertas distribuciones proporcionales para hospitales generales de agudos [Cuadro 1.1.d].

Distribución porcentual estimada de las camas en un hospital general de agudos

Especialidad	Porcentaje s/ Barquin C.	s/ Fajardo Ortiz
Cirugía	45	35-45
Clínica	15	10-20
Pediatría	20	15-25
Obstetricia	20	15-35
TOTAL	100	

(Barquin Calderón, 1970:506; Fajardo Ortiz, 1983:45).

Cuadro 1.1.d

Esta distribución es dependiente de la tasa de natalidad y de la estructura etárea de la población. Las camas de obstetricia para un área se calculan multiplicando el número de nacimientos más el número de abortos estimados en un año, por el PDE y dividiendo por el número de días del año. Se agrega un 10-20% para no sobrepasar un porcentaje ocupacional de 80-90% (Fajardo Ortiz, 1983:460). Las camas de terapia Intensiva se calculan entre el 6 y 12 % de las camas de dotación general (vide infra) (Fajardo Ortiz, 1983:473).

El planteamiento de nuevos establecimientos y camas debe hacerse a la luz de la organización sanitaria general y local, del crecimiento demográfico y el perfil epidemiológico así como de la preexistencia de estructuras susceptibles de coordinación y del área de influencia.

El número de consultorios, considerando el de los establecimientos con internación, y los Centros de Atención Primaria (CAPs) se ha estimado en relación a la población [Cuadro 1.1.e].

Consultorios generales s/nº habitantes s/Barquin Calderon

Habitantes	Nº Consultorios Generales
5.000	2
10.000	3
15.000	4
20.000	5
25.000	6
30.000	8
40.000	10
50.000	12
60.000	14

(Barquin Calderon , 1970:510).

Cuadro 1.1.e

Son también indicadores de estructura aquellos que relacionan áreas con espacio y personal. Así se estima que una cama de internación requiere entre 6 y 9 m²según se ubique en habitaciones múltiples o individuales, y un volumen de alrededor de 18 m³(Barquin Calderon, 1970:511).

Para estimar el espacio total que requiere un hospital, involucrando todas sus áreas se relaciona el número de camas a razón de 50 y 70 m²por unidad. Con este procedimiento se hacen los primeros cálculos presupuestarios considerando el costo de construcción del m² (Salleras San Martín y Asenjo, 1988:1104). También se relaciona el número de camas para calcular el número y estructura del personal: 2,3 agentes/cama, de los que 22% son profesionales, 45% enfermeros y técnicos y 33% administrativos y de servicios generales (Salleras San Martín y Asenjo, 1988:1010).

1.2.- Indicadores de producción

Miden los diversos productos de un efector –finales, intermedios y generales– en términos absolutos para su comparación a lo largo del tiempo y en relación a su estructura. En el caso de la producción final (consultas de distintos profesionales ó especialidades y egresos) con la base física de esa producción (consultorios correspondientes y camas).

1.3.- Indicadores de rendimiento

a) De Internación

La base para obtener estos indicadores son formularios “ad hoc” que siguen un orden progresivo:

En el **Censo diario** se registran las camas disponibles, su utilización y el movimiento de pacientes de cada día entre las 0 y 24 hs. Está a cargo de la secretaria de la sala o piso y lo habitual es que se complete a primera hora del día subsiguiente, haya o no haya habido movimientos (Ferrero y Giacomin, 1973:70). El formulario es explícito para su llenado [Cuadro 1.3.a].

Censo Diario								1. Fecha		
								Día	Mes	Año
2. Servicio:		3. Sector de internación:			4. Camas disponibles:					
5. Apellido y nombres	6. Cama	7. Historia Clínica N°	8. Ingresos	9. Pases de:	10. Egresos		11. Pases a:			
					Altas	Defunc.				
12. Total:.....										
13. Existencia a las 0 hs.	14. Ingresos	15. Pases de:	16. Egresos		17. Pases a:	18. Existencia a las 24 hs	19. Ingresos y egresos en el día	20. Pacientes días	21. Camas disponibles	
			Altas	Defunc.						

Cuadro 1.3.a

Las camas disponibles no siempre son las de dotación ya que algunas de estas últimas pueden estar inhabilitadas por diversas razones. Disponibles son las que están ocupadas y las que pueden ser ocupadas de inmediato.

Cada paciente internado debe ser anotado con su apellido (de soltera en las mujeres) y nombre, el número de cama que ocupa y el de su H.C. Se marca con X si el paciente ingresó o egresó y de la misma forma los movimientos internos (pases “de” o pase “a”) entre servicios, de tal forma que el que pasa “de” un servicio deberá estar anotado en el formulario del receptor como pase “a”. Se usa un sólo renglón para cada paciente. Los óbitos, dentro de los egresos, deben diferenciarse si son antes o después de las 48 horas de la internación (-48 o + 48 en la columna pertinente)

Al pie del formulario se anotan la existencia de pacientes de comienzo y de final del día y las sumas de las otras variables. Al final se suman los pacientes días, número total de pacientes internados, y las camas disponibles.

El resumen mensual del censo diario está a cargo del área de estadística del hospital, que recibe los censos diarios de todos los servicios, controla su corrección y coherencia y traslada las sumas a este segundo formulario también explícito. Se hace uno por cada servicio y uno para el conjunto del hospital [Cuadro 1.3.b].

Resumen mensual del censo diario								1. Fecha:			
2. Establecimiento		3. Servicio			4. Sector de internación				Día	Mes	Año
5. Día	6. Existencia a las 0 hs	7. Ingresos	8. Pases de:	9. Egresos		10. Pases a:	11. Existencia a las 24 hs	12. Ingresos y egresos en el día	13. Pacientes día	14. Camas disponib.	
				Altas	Defunc.						
1											
2											
3											
15. Total											
16. Observaciones:				17. Camas de dotación	18. Total Pacientes días	19. Total de camas disp	20. Porcentaje ocupacional				

Cuadro 1.3.b

Los renglones, en este caso, indican con números la suma de variables del censo diario, día por día y al pie se anotan las camas de dotación y se suman los pacientes-días y las camas disponibles. Estos datos permiten elaborar indicadores [Cuadro 1.3.c].

Indicadores de internación. Emergentes del resumen mensual

Indicador	Abreviatura y fórmula	Resultado en el período
Prom de cs disp	PCD= $\frac{\text{Total días -cama disp en un per}}{\text{Total de días del período}}$	Núm prom de cs disp diariam; varía con las de dotación
Prom censo diario	PCD= $\frac{\text{Total ptes-días en un per}}{\text{Total días del período}}$	Núm. prom ptes asist en intern; señala el uso de las cs
Porc de ocupación de cs	POC= $\frac{\text{Total ptes-días en un per}}{\text{Total días -cama disp. de ese per}} \times 100$	Núm prom de cs que fueron ocup; indica el rendim de las cs
Prom de días de estada	PDE= $\frac{\text{Total días de estada de los egrs en un per}}{\text{Total de egresos en ese período}}$	Núm prom de ds que estuvieron intern los ptes egrs
Giro de camas	CG= $\frac{\text{Total de egresos en un período}}{\text{Promedio de camas en ese período}}$	Número de egresos por cada cama en promedio
Intervalo de giro	IG= $\frac{(\text{Total ds -cama de un per}) - (\text{Total de ptes-ds de ese per})}{\text{Total de egresos en ese período}}$	Núm prom ds que una cama perm desocup e/ un egreso y el pxmo ingr
Prom de egrs	PE= $\frac{\text{Total egresos en un período}}{\text{Total días de ese período}}$	Núm de ptes admit que egresaron por alta u óbito
Tasa de Mort Hosp	THM= $\frac{\text{Total de egrs por óbito en un per}}{\text{Total de egrs en ese per}} \times 100$	Porc de egrs por óbito respec de los egrs totales

Ferrero y Giacomini (1), con modificaciones.
 prom.: promedio; cs.: camas; cs. disp.: cams disponibles; num.: número; pte.: paciente; intern.: internación; egrs.: egresos; per.: período; porc.: porcentaje; ds.: días; hosp.: hospitalaria; mort.: mortalidad, desoc.: desocupado; egr.: egreso; ing.: ingreso.

Cuadro 1.3.c

Las camas de dotación son las asignadas o reconocidas por la autoridad sanitaria y su número se ajusta anualmente con las remodelaciones y ampliaciones. La capacidad de camas en relación a las instalaciones puede ser mayor a la dotación. Las **camas disponibles** son aquellas que están ocupadas más las que pueden ser ocupadas. Su número es más variable. Pueden instalarse camas adicionales, por ejemplo por aumento de la demanda o por una epidemia. Pueden asimismo reducirse por desinfección o mantenimiento de la cama o de un área (vg. reparaciones, pintura). Se consideran camas disponibles las incubadoras de complejidad y las de UTI y similares. No así las cunas para RN sanos en los servicios de obstetricia, las camas de trabajo de parto, las de consultorios de emergencia, ni las de personal de guardia.

El **promedio** de camas disponibles (PCD) es el cociente entre el número de camas disponibles y los días totales del año.

El **Porcentaje de Ocupación de Camas** (POC) debe oscilar entre 70 y 90%. Un porcentaje menor de 70 indica exceso de recursos, más aún si el PDE es alto. Si es mayor de 90, y si el PDE es excesivamente corto (vg. 1 de PDE en un servicio de obstetricia) señala insuficiencia del recurso, el establecimiento trabaja a “cama caliente”.

El **Promedio de Días de Estada** (PDE) varía con el subsector y con el servicio. En el subsector privado el PDE tiende a ser menor que en el estatal en que suele ser mayor por pacientes que no pueden ser dados de alta por problemas sociales o que permanecen más días en función de la docencia. Es frecuente que se prolongue por los “cuellos de botella” de los servicios centrales insuficientes o con equipos sin funcionamiento (vg. imágenes, laboratorio, interconsultas) así como –en los servicios quirúrgicos– por falta de disponibilidad de quirófanos o de sus equipos. El funcionamiento horario parcial de esos servicios agrava la situación. Se tiende a que los mismos funcionen al menos 16 horas al día, para lo que hay que superar el vicio del hospital matutino, contratando el personal profesional y técnico por horarios mayores (vg. de 6 a 8 hs.) y agregando recursos humanos para el pleno funcionamiento vespertino, y en la alta complejidad, también nocturno, regular.

El PDE varía según los servicios y los criterios [Cuadro 1.3.d].

PDE típicos en hospitales generales

Servicio	PDE
Obstetricia	2-4 días
Quirúrgico	6-12 días
Clínica	10-18 días
Pediatría	8-14 días
Prematuros	15-60 días
(Fajado Ortiz, 1983: 243).	

Cuadro 1.3.d

Estos promedios son clásicos y deben tender a reducirse habida cuenta de los recursos hoy disponibles. Así la cirugía laparoscópica admite un PDE de 2 días. Lo mismo resulta del criterio de pronta movilización postquirúrgica para prevenir el tromboembolismo, la infección hospitalaria y las neumonías y escaras por decúbito.

Por el contrario el PDE en RN prematuros ha aumentado por el logro de sobrevivida en RN de muy bajo peso, cuya asistencia puede requerir hasta 90 días o más en incubadora compleja.

Los sistemas clasificatorios de pacientes con los Grupos Relacionados de Diagnóstico y los Modulados permiten precisar el PDE por tipo de patología.

El **giro de Camas** (CG) llamado también índice de renovación o de rotación, mide el número de pacientes asistidos en una cama a lo largo de un año. En los hospitales generales de agudos el giro debe oscilar entre 25 y 35 egresados por cama y año (Feld, Rizzi y Goberna, 1978:325). El giro es mayor cuanto menor es el PDE y viceversa.

El **Promedio de Egresos** (PE) es un indicador para medir la demanda de internación de la comunidad (tasas de uso) y con las eventuales listas de espera.

La **Tasa de Mortalidad Hospitalaria** indica el riesgo de muerte de los pacientes hospitalizados. Se divide en letalidad de antes y después de las 48 horas, ya que la primera, en términos estadísticos, descarta la responsabilidad del establecimiento en tanto la asistencia no ha tenido tiempo de actuar. Hay tendencias a reducir dichas 48 hs. a 12 hs. (Feld, Rizzi y Goberna, 1978:326).

1. Consultas

La base para obtener estos indicadores es el formulario "Informe de Consultorio Externo" que anota el mismo profesional o la secretaría y sus datos son explícitos [Cuadro 1.3.e].

						Paquete	Hoja N°
1. Establecimiento		2. Servicio		3. Consultorio		4. Fecha:	
						Día	Año
5. Apellido y Nombres	6. Edad y Sexo		7. Domicilio Habitual	8. Esta consulta en este año, en este servicio y por esta enfermedad es?	Diagnóstico	Código	
	Masc.	Fem.					
			Pdo:				
			Prov:				

Cuadro 1.3.e

Los consultorios pueden estar codificados en números. Se agrega un número de paquete y hoja para su presentación al área de estadística que también codifica los diagnósticos y hace un resumen mensual con la cantidad total de consultas y, las de primera vez o ulterior. De este resumen surgen los datos para los siguientes indicadores [Cuadro 1.3.f].

Indicadores de consultas. Emergentes*

Indicadores	Abreviatura y fórmula	Resultado en el período
Prom. diario de cons	$PDC = \frac{\text{Total de cons. en un per.}}{\text{Total de ds. del per.}}$	Núm. Prom. del total de cons. darias
Porc. de cons. de 1ra vez	$PCPV = \frac{\text{Total de cons. de 1ra vez en un per.}}{\text{Total de cons. durante ese per.}} \times 100$	Por. de cons. de 1ra vez respect al total de cons.
Índice de conc de cons.	$ICC = \frac{\text{Total de consultas en un período}}{\text{Total de cons. de 1ra vez en ese per.}}$	Razón de cons. totales respect a las de 1ra vez, es inversa a la anterior

Fte: Ferrero y Giacomini (1), con modificaciones.
 Ref: Ver pie de cuadro 1.3.c.; cons.: consultas; conc: concentración.

Cuadro 1.3.f

El **Promedio Diario de Consultas** (PDC) indica el peso de la atención ambulatoria diaria. Su productividad se aprecia comparándolo con indicadores estructurales como el número de consultorios y con las horas médicas disponibles, ambas cifras como denominadores en sendos cocientes cuyo numerador es el total de consultas en el período. La razón entre este último número y el de egresos en el período señala la capacidad de resolución ambulatoria de los problemas de salud. Estos indicadores deben aplicarse al conjunto de establecimientos cuando se considera una red de hospitales-CAPs, en la cual hay que agregar un indicador que mida las derivaciones con referencia y contrarreferencia.

El **Porcentaje de Consultas de Primera Vez** (PCPV) se complementa con el **Índice de Concentración de Consultas** (ICC). La consulta de primera vez es la inicial a un paciente en el año en un servicio y por una enfermedad (Feld, Rizzi y Goberna, 1978:340). El total comprende a los de la primera vez y los de ulteriores. El valor ideal del ICC es función del tipo de servicios, así en Pediatría y Obstetricia la concentración debe ser alta, 4 y 7 respectivamente. Una concentración menor indica que hay mal control del niño o del embarazo o –si se cruza con las que se realizan en los CAPs– que el control se hace en red, lo que manifiesta una buena organización. También es función de la enfermedad ya que en la aguda la concentración puede ser 1 pero en la crónica (vg. hipertensión arterial, diabetes) debe ascender a 2 o 3. El control de los problemas en forma ambulatoria se logra si cada paciente es atendido por el mismo profesional, si este lleva ficha actualizada y aplica, con criterio, las normas de diagnóstico y terapéutica para cada enfermedad.

El análisis global de las hojas de egreso aunque más laborioso, genera nuevos indicadores [Cuadro 1.3.g y 1.3.h].

HOJA DE EGRESO					
INFORME ESTADÍSTICO DE HOSPITALIZACIÓN					
2. Identificación del establecimiento			Código del establecimiento		
Apellido y nombre del paciente		N° de Historia Clínica		5. Tipo y N° de documento	
3. Fecha de nacimiento	4. Edad al ingreso	6. Tipo y n° de documento de la madre			
7. Residencia habitual		8. Sexo			
9. Pertenece o está asociado a : OOSS, Plan Privado o Mutual o Seguro Público					
10. Nivel de instrucción			11. Situación Laboral		
12. Ocupación habitual					
13. Fecha de ingreso	13.1. Servicio	13.2. Días de estada			
13.3. Fecha de pase	13.4. Servicio	13.5. Días de estada			
14. Fecha de egreso	15. Total días de estada	16. Tipo de egreso: Alta def. Alta trans. Defunción Retiro vol.			
17. Diagnóstico principal del egreso			Códigos		
18. Otros diagnósticos					
19. Procedimientos quirúrgicos y obstétricos					
20. Otras circunstancias que prolongan la internación			21. Días de estada por otras circunstancias		
22. Causa externa de traumatismo, envenenamiento y otros efectos adversos					
1- Producido por 2- Lugar donde ocurrió 3- como se produjo:					
Datos del evento obstétrico (incluye los datos del producto de la gestación) Datos del R.N Patológico					
23. Fecha de terminación del embarazo		24. Edad gestacional		25. Paridad	
Cada renglón corresponde a un producto del evento obstétrico actual					
		28. Condición al nacer		29. terminación	
		30. sexo			
		Nac. Vivo 1	Nac. Fetal 2	Vaginal 3	Cesárea 4
				Femenino	Masculino
Firma del médico interviniente			Aclaración		
Información protegida por Ley 17.622/68					
Decreto 3.110/70 – Secreto Estadístico					

Cuadro 1.3.g

El modelo que usan las obras sociales mayores, en consecuencia aplicado en el subsector privado, es del siguiente tipo.

RESUMEN DE INTERNACIÓN																													
N° Internación	N° Historia Clínica	N° Habitación																											
Establecimiento	Código Nacional	Otro Código																											
Obra Social	N° Afiliado	Coseguro	N° Afiliado																										
Apellido	Nombres	Edad	M F																										
Sexo																													
Fecha de Internac. .././..		Hora:		Fecha de alta .././..																									
Diagnóstico al ingreso																													
Enfermedades acompañadas al ingreso																													
Prácticas y tratamiento																													
Práctica			Intercurrencias																										
Laboratorio	SI	Normal																											
Convencional			Infecciosas	SI	Fecha																								
IRA - IF - CROM			TVP o TEP																									
Bacteriología			Flebitis																									
Hematología			Lesión Neurológica																									
Hemoterapia			Reacc. por Transfusión																									
ECG			Reacc. por Drogas																									
Imágenes			IRA																									
Rx			Otras																								
Ecografía			Tratamiento Clínico																										
TAC			Fármaco	Dosis	Vía																								
Centello					Días																								
RNM																													
Angiografía																													
Endoscopia																													
Especialidades																													
Prácticas Diagnósticas Médicas o Quirúrgicas																													
Si <input type="checkbox"/> Adjuntar Protocolo																													
Tratamiento quirúrgico																													
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Adjuntar Protocolos quirúrgicos y anestésicos																													
Condición de Alta																													
Alta Médica <input type="checkbox"/> Alta Voluntaria <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/>																													
Establecimiento receptor del traslado																													
Diagnóstico principal del egreso																													
Otros Diagnósticos																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Días de Estada</th> <th style="width: 15%;">Desde</th> <th style="width: 15%;">Hasta</th> <th style="width: 15%;">Días Totales</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>UTI / UTIN</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Unidad Coronaria</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Cuidados Especiales</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Unid. de transplante</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Piso</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>						Días de Estada	Desde	Hasta	Días Totales	UTI / UTIN	Unidad Coronaria	Cuidados Especiales	Unid. de transplante	Piso
Días de Estada	Desde	Hasta	Días Totales																										
UTI / UTIN																										
Unidad Coronaria																										
Cuidados Especiales																										
Unid. de transplante																										
Piso																										
Fecha/.../.....																													
Firma y Sello Director Médico		y/o	Firma y Sello Médico Tratante																										

Indicadores seleccionados con fuente en la hoja de egreso*

Sigla	Indicador	Fórmula
TLE	Tasa de letalidad =	$\frac{\text{Muertos por una causa}}{\text{Egresos por esa causa}} \times 100$
TA	Tasa de autopsias =	$\frac{\text{Autopsias realizadas}}{\text{Egresos por óbito}} \times 100$
TQ	Tasa quirúrgica =	$\frac{\text{Número interv. quirúrg.}}{\text{Número de egresos}} \times 100$
TIPO	Tasa Infecciones Postoperatorias =	$\frac{\text{Número de infecc. postquirurg.}}{\text{Número interv. quirúrg.}} \times 100$
PEAP	Proporción de estudios anatómopat. postquir. =	$\frac{\text{Número de piezas con est. anatomopat.}}{\text{Número interv. quirúrg.}} \times 100$

Nota: Siglas convencionales.

Cuadro 1.3.h

1.4.- Indicadores de resultados:

La **medición de resultados** favorables o adversos de la asistencia de salud requiere indicadores que relacionen datos más difíciles de obtener y procesar que los de estadística hospitalaria clásica y que las sumatorias de eventos.

Requiere una clasificación por práctica, diagnóstico y la evolución de los pacientes que en lo que se refiere a internados puede obtenerse, en parte, de la hoja de egreso y de la epicrisis.

El Nomenclador Nacional de Prestaciones, sobre el que se hará referencia más adelante, clasifica sólo las intervenciones quirúrgicas y algunos síndromes clínicos complejos.

La introducción de **nuevas formas de clasificación** en los países más desarrollados tiende a valorar al mismo tiempo la **efectividad** de la asistencia y la **eficiencia** del gasto. Se usan para evaluar las ventajas de los procedimientos médicos (vg. resección transuretral de próstata/próstectomía a cielo abierto) así como para comparar los resultados entre establecimientos o servicios distintos (Peiró Moreno, 1999:209 y ss.).

Para esto se han elaborado **perfiles de práctica** que requieren:

- una evaluación previa de cada paciente en función de su gravedad o riesgos (de muerte, complicaciones, estadías prolongadas o altos costos). Se usan los sistemas de clasificación de pacientes (SCP), los de ajuste de riesgos (SAR) y los Grupos de Diagnóstico Relacionados (GRD)
- un sistema de base de datos clínico-administrativos al alta hospitalaria o de un Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMBD), con identificación del paciente y del episodio e información clínica, complementado por otros registros
- una comparación entre los resultados emergentes de (b) con los parámetros previstos en (a).

Se verán ejemplos de estos indicadores más adelante.

2.- Registro y clasificación de las enfermedades y de las prestaciones

Luis María Gambarotta

2.1.- Clasificación internacional

La Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud es un sistema de categorías nominales codificadas que se asignan a las entidades nosológicas de acuerdo con criterios consensuados entre diversas especialidades médicas y estadísticas. Es esencial para el agrupamiento y tabulación de datos así como para su difusión, comparación y utilización.

La clasificación tuvo sus precursores en las nomenclaturas de las enfermedades como las de Sauvage y William Allen, a fines del siglo XVIII. Estas nomenclaturas no estaban destinadas a los estudios estadísticos que preconizó John Graunt en el mismo siglo, en base a los registros de mortalidad de Londres. En la primera mitad del siglo XIX la obra de Graunt fue perfeccionada por William Farr, del Registro General de Inglaterra. En el congreso de Estadística de Bruselas (1853) se adoptó, prevaleciendo la localización anatómica, una Lista Internacional de Causas de Defunción.

En una reunión internacional de estadística (Chicago, 1893) el francés Jacques Bertillon la perfeccionó y en 1898 (Ottawa) se acordó revisarla decenalmente. El mismo Bertillon dirigió la preparación de la primera (1900) y segunda (1910) revisión. Una provisional (tercera, 1922) fue coordinada por grupos de especialistas, entre los que se destacó el alemán E. Roesley desde el Instituto Internacional de Estadística y la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones y se prepararon la cuarta (1929) y la quinta (1938) revisión.

Una vez constituido provisionalmente la Organización Mundial de la Salud (1946) se hicieron la sexta (1946), que comenzó a incluir enfermedades no mortales, la séptima (1955) y la octava (1965). En la misma organización se concretó la novena revisión (1975) (OPS-OMS Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y causa de defunción) 9ª revisión (OPS, Washington FOC, 1978 Vol. I: VII-XXVII)

La décima revisión (OPS-OMS. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas Relacionados con la Salud. 10ª revisión, OPS, Washington DC, 1992) para aplicarse desde el 1 de enero de 1993, mantiene la estructura de la anterior con modificaciones:

- a) la codificación numérica se reemplazó por una alfa-numérica formada por una letra seguida de dos números (nivel de tres caracteres) y de tres (nivel de cuatro caracteres)
- b) se agregaron capítulos sobre enfermedades del ojo y del oído;
- c) se incorporaron al texto principal la clasificación de causas externas, los factores que influyen en el estado de salud y los surgidos por contacto con los servicios de salud, que antes eran suplementos;
- d) se publican en tres formas (tomos):
 1. Lista Tabular con dos clasificaciones –en tres y cuatro caracteres– y otras complementarias: morfología de los tumores, tabulaciones para mortalidad y morbilidad, definiciones y reglamento de nomenclatura;
 2. Manual de Instrucciones: recomendaciones sobre certificaciones y clasificación, normas sobre uso de la CIE;
 3. Índice alfabético.
- e) de 17 capítulos pasó a 21;
- f) al final de algunos capítulos se agregaron afecciones emergentes de tratamientos médicos (vg. derivados de ablación de órganos);
- g) se registraron las referencias marcadas con daga y asterisco;
- h) la mortalidad materna se dividió en “defunción relacionada con el embarazo” hasta los 42 días del parto y “muerte materna tardía” después de ese término;
- i) se jerarquizó la mortalidad de menores de cinco años en relación a la mortalidad infantil;
- j) las entidades psiquiátricas se explicitaron con criterios diagnósticos.

[Véase un modelo resumido en **ANEXO I** del presente capítulo].

2.2.- El ordenamiento de las prestaciones surgió de los primeros convenios

A principios de la década de 1950 las Obras Sociales (OOSS) comenzaron a hacer convenios con prestadores privados para cobertura médica de sus beneficiarios. En ellas se incluían nóminas de prestaciones valorizadas equivalentes a las tarifas (fees) de EEUU (Feld, Rizzi y Goberna, 1978:193).

La Federación Médica de la provincia de Buenos Aires (FEMEBA) elaboró en 1960 un Arancel Mínimo para asistencia y prácticas médicas valorizado en pesos y lo editó con tapas verdes (Libro Verde) en 1961 al que se agregó un anexo de aranceles sanatoriales, que se editaría como Libro

Rosa, y valoraciones bioquímicas. El arancel diferenciado mayor, que podían cobrar los médicos con cierta antigüedad y antecedentes, se incorporó al año siguiente.

Las prestaciones posteriormente se codificaron en cuatro dígitos y se valorizaron en unidades denominadas “galenos”, convertibles en pesos (Moirano, 1978).

Los Colegios Profesionales convalidaron estas normativas y el Estado unificó los valores médicos, sanatoriales, bioquímicos y los adoptó con modificaciones por el Decreto-Ley 18.912 (1970) en lo que se llamó Nomenclador Nacional de Prestaciones Médico-Sanatoriales (NN). Los valores sanatoriales se diferenciaban según los establecimientos reunieran o no ciertos “requisitos mínimos” (Moirano, 1978). En 1977 se reordenó en tres grandes capítulos: a) intervenciones quirúrgicas; b) prácticas especializadas y c) síndromes clínicos, internación y UTI. Se suprimieron los requisitos mínimos.

El Decreto-Ley 19.710 (1970) estableció, además del pago por prestación sobre la base del NN, otras formas como la capitación, la cartera fija y la hora profesional, lo que trajo conflictos con las entidades médico gremiales.

Posteriormente, sobre la base de los estudios de la comisión paritaria del Instituto Nacional de OS (INOS), se ajustó la codificación y se incorporaron normas de aplicación. Los valores eran actualizados por el INOS de acuerdo a la inflación pero con atrasos que generaban conflictos (March y Reynoso, s/f: 195).

A partir de 1990 el NN dejó de ser el eje de los convenios aunque sigue siendo un marco de referencia no sólo para valorizar las prestaciones, sino también para desarrollar su auditoría y corregir desvíos (March y Reynoso, s/f).

2.3.- Las prestaciones se clasifican y valorizan en nomencladores

El nomenclador (NN) de uso médico sanitario es un catálogo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos con un elenco ordenado y de extensión apreciable, en el marco de las relaciones entre financiadores y prestadores.

El costo se expresa en unidades abstractas convertibles en moneda corriente para Gastos (Unidades sanatoriales) y Honorarios (Galenos).

Tiene la ventaja de su universalidad y de la posibilidad de actualización. Sin embargo esta última no se aplica a nuestro medio: se registran aún prácticas que no se realizan más (ej: neumocentriografía) y faltan prácticas más recientes. Además, prioriza el uso de técnicas en oposición a la atención intensiva e ignora los sistemas de retribución por día-cama, o por diagnóstico de base. Ha sido abandonado por sectores asistenciales significativos (vg. grandes prestadores sanatoriales, propietarios de equipos complejos y representantes de especialidades críticas como la Anestesiología).

El NN debe ser actualizado permanentemente por un grupo multisectorial ad hoc, conformado por representantes de beneficiarios, de los prestadores y financiadores.

Véase un modelo resumido de códigos del Nomenclador Nacional de Prestaciones incluidas las prestaciones del P.M.O. 2000 en el **ANEXO II** del presente capítulo.

2.4.- Las prestaciones médicas obligatorias se definieron sobre la base del NN

Una comisión técnica con representantes del Ministerio Nacional, la ANSSAL (Agencia Nacional de Seguros de Salud) y la CGT, sin participación de universidades, sociedades científicas, ni prestadores, elaboró el Programa Médico Obligatorio (PMO) para las OOS nacionales que, en 1996, fue aprobado por Dec. 492/95 [Cuadro 2.4].

Programa Médico Obligatorio (PMO). Cobertura de OOSS Nacionales

- Programa de prevención y promoción.
- Plan maternoinfantil.
- Prog. de Enfermedades Oncológicas.
- Odontología preventiva.
- Ingreso al sistema de médicos Generalistas.
- Modalidades de recuperación de la salud en ambulatorio e internación, todas las especialidades.
- Consultas generales y especializadas.
- Atención odontológica, no prótesis dentales.
- Atención psiquiátrica hasta 30 consultas y 30 días de internación/año.
- Medicamentos: 40% en ambulatorios y 100% en internación. Se recomienda Vademecum ambulatorio.
- Medicamentos: baja incidencia y alto costo en 100% Exepto los que se deben tramitar por ANSSAL: factor VIII y antihemofílicos, Somatotropina, Ceradace (enf. Gaucher), y anti HIV-SIDA.
- Internación general y especializada, incluyendo UTI, UCO, UCI y neonatológica.
- Laboratorio clínico: todas las prácticas del Nomenclador.
- Imágenes: Rx, mamografía, hemodinamia, centellografía, ecografía, TAC y cámara gamma.
- Traslados en ambulancia.
- Prótesis y ortesis, bajo condiciones.
- Rehabilitación: kinesioterapia 25 sesiones/año, ACV h/3meses y s/evolución; postoperatorio de traumatología h/3 meses y s/evolución; grandes accidentados h/6meses y s/evolución.
- Transplantes, hemodiálisis y prácticas de alto costo y baja incidencia.

(Resol. N° 247/96. MS y AS).

Cuadro 2.4

Se hacen recomendaciones y sugerencias en cada caso. Se establecen coseguros para las visitas a domicilio, las consultas psiquiátricas, medicación no oncológica usada en protocolos oncológicos y sesiones de kinesioterapia. Se proveen subsidios de ANSSAL para prótesis y ortesis (s/ Res. 043/92 ANSSAL).

Posteriormente se agregó la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA), se incorporó como médico generalista, para su caso, al pediatra, al ginecólogo y obstetra y se incorporó la asistencia psicológica. Se incluyó la cobertura de insulina y elementos para su aplicación así como la piridostigmina (NR Mestinon 60 mgr.) para la Miastenia Gravis con 100% de cobertura.

En 2002 se declaró la Emergencia Sanitaria (Ley 25.590) eximiéndose de impuestos, gravámenes y tasas o aranceles a la importación de productos críticos para diagnóstico y tratamiento según un listado². La reglamentación (Decreto 486/02) define objetivos y atribuciones del Ministerio de Salud, encomienda al COFESA la definición de criterios racionales de utilización y afecta una partida de \$50 millones para uso hospitalario y de APS así como un régimen de contrataciones y monitoreo de precios. Crea un programa de acceso universal a medicamentos de uso ambulatorio para jefes de hogar y de genéricos para APS. Encomienda al Ministerio de Salud la definición de “prestaciones básicas esenciales... necesarias e imprescindibles para la preservación de la vida y la atención de las enfermedades”. Modifica porcentajes del Fondo Solidario de Redistribución y suspende la ejecución de sentencias que condenen a pagos a las OOSS. Encomienda al Interventor-Normalizador del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP) que proponga un régimen ad hoc de emergencia, le otorga facultad para la rescisión unilateral de contratos y a su renegociación sobre la base del principio de “sacrificio compartido”. Manda un relevamiento y control de deudas del Instituto así como un plan estratégico de reforma estructural del mismo.

Encomienda a la ANMAT (Agencia Nacional de Medicamentos, Alimentos y Técnicas) normas sobre reesterilización y reutilización de marcapasos y otros implantes.

² Incluye insumos, partes y accesorios para equipos médicos, bioquímicos, materiales estériles y descartables, implantes y accesorios para su colocación, productos para determinaciones complejas, reactivos de diagnóstico y medicamentos especiales.

De esta norma surge el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE, Res. 201/02 MS) que agrega algunas prestaciones al PMO y precisa los requerimientos para coberturas de mediana y alta complejidad. Hace un amplio catálogo de prestaciones a la manera de un nomenclador, con ese tipo de requerimientos. Establece un formulario terapéutico de genéricos y lo completa con un listado de precios de referencia.

2.5.- Hay nuevas formas de clasificar y valorizar la asistencia

Las nuevas formas que tienden a suplir al Nomenclador son:

- 1 GRD** (Grupos Relacionados de Diagnóstico).
Se basa en diagnósticos codificados por modificación clínica de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) e involucra 470 categorías iniciales con peso relativo para el pago. Sin embargo no contempla prácticas ambulatorias ni pediátricas.
- 2 PMC** (Patient Management Categories) del Instituto de Investigación de Pittsburg.
Combina el diagnóstico y los procedimientos normativos en 831 categorías.
- 3 APACHE III** (Acute Physiologic Age Chronic Health Evaluation).
Se mide la mortalidad de pacientes internados en UTI o equivalentes.
- 4 RACI** (Risk-adjusted Complication Index).
Mide la probabilidad de complicaciones intrahospitalarias.
- 5 APC** (Ambulatory Payment Groups-Grupos de Pago Ambulatorio).
- 6** Este modelo sirve para costear prácticas ambulatorias y está basado en el CPT (Current Procedural Terminology – Terminología actualizada de Procedimientos).
- 7 RARI** (Risk-adjusted Readmisión Index) Mide la probabilidad de reingreso a los 30 días.

Los nomencladores modulados más simplificados se utilizan en Argentina. Véase un modelo de ejemplos del vigente en el convenio IOMA- FECLIBA- ACLIBAS, en la provincia de Buenos Aires, en el **ANEXO III**.

2.6.- Los modelos de retribución varían entre profesionales y establecimientos

Los modelos de retribución a los profesionales se pueden dividir en: a) puros: por salario, por prestación o por cápita o b) mixtos: salario más pago por acto; pago por acto más techo individual (“Clow back”); pago por acto más techo grupal.

Los modelos de retribución a establecimientos se pueden dividir en: financiamiento de la oferta (presupuestos, característico de establecimientos estatales) y financiamiento de la demanda (propio de establecimientos privados) por prestación, por día/cama, por capitación, por módulos a patología resuelta (tipo DRS), tasa de casos relacionados por servicio o leasing de camas [Cuadro 2.6.a].

Modelos Puros de Pago a Prestadores

Sistema	Comportamiento teórico	Ventajas	Desventajas
Salario	- Inclina a minimizar la carga laboral.	<ul style="list-style-type: none"> - Alta progresividad de los gastos. - No obstaculiza la cooperación "horizontal". - No estimula la sobrestimación. - Homogeiniza la retribución entre médicos/no médicos. 	<ul style="list-style-type: none"> - No incentiva la productividad - Independiza cantidad y calidad de la prestación de la remuneración - Puede estimular la subprestación - Introduce presiones para incrementar el personal - Tiende a la minimización de la jornada efectiva - Aumenta el peso relativo de los costos fijos
Pago por prestación	- Incentiva al prestador.	<ul style="list-style-type: none"> - Alta productividad - Mayor satisfacción del prestador - Prevalece la acción sobre la observación - Cálculo simple de la remuneración a liquidar - Favorece la satisfacción del usuario (libre elección, estudios completos) 	<ul style="list-style-type: none"> - Induce a la sobrestimación - No permite un control efectivo sobre la productividad y el gasto total - Desalienta la prevención - Atenta contra la interrelación profesional - Incentiva la distribución desigual de la oferta profesional - Requiere numerosos controles de gestión
Cápita	- Tiende a maximizar el número capitados y a minimizar los actos profesionales.	<ul style="list-style-type: none"> - Sencillez administrativa - Menor competencia entre profesionales - Orienta hacia una continuidad en la atención 	<ul style="list-style-type: none"> - Indirectamente estimula la sobreutilización de medios auxiliares diagnósticos ("satisfacer al usuario") - Ausencia de incentivos - No pone límites a la aceptación de usuarios por prestador - Induce la derivación a otras áreas prestacionales

Cuadro 2.6.a

Modelos de Financiamiento a la demanda

Sistema	Comportamiento teórico	Ventajas	Desventajas
Pago por prestación	- Busca obtener el máximo provecho de cada usuario	<ul style="list-style-type: none"> - Facilidad conceptual/ pesadez práctica del manejo administrativo - Traslado de todo el riesgo al financiador - Elevada productividad - Favorece la satisfacción del usuario 	<ul style="list-style-type: none"> - Favorece la sobrestimación - Dificulta el control sobre lo prestado y el gasto originado (puede manejarse con "techos") - Requiere de excesivos controles
Pago por día/cama	- Maximiza la captación, minimiza la prestación	<ul style="list-style-type: none"> - Simplicidad en el cálculo del costo final - Transfiere el riesgo al prestador (lo compensa parcialmente con las "exclusiones") - Mejora la efectividad médica, pero puede llevar a la subprestación 	<ul style="list-style-type: none"> - Estimula la sobrepermanencia - Puede comprometer la calidad - Genera selección de pacientes ("Cream skimming") - Cálculo justo del valor diario dificultoso (muchas variables confluentes)
Pago por cápita	- Ídem anterior	<ul style="list-style-type: none"> - Facilita aún más el cálculo del gasto futuro - Transfiere el riesgo al financiador - Reduce los controles por parte del financiador - Mejora la efectividad médica, pero puede llevar a la subprestación - Puede ajustar riesgos por patología y edad - Incentiva el control de costos por el prestador 	<ul style="list-style-type: none"> - Puede comprometer la calidad
Pago modular	- Ídem anterior	<ul style="list-style-type: none"> - Transfiere el riesgo al prestador - Facilita la liquidación, la auditoría médica y el control de calidad - Incentiva el control de sus costos por el prestador 	<ul style="list-style-type: none"> - Puede estimular la subprestación con sobreutilización de las "exclusiones"

Cuadro 2.6.b

3.- La Historia Clínica como documento clave de la asistencia

La **Historia Clínica** (HC) es un documento hospitalario que cumple una múltiple función:

1. Registra ordenadamente la evolución clínica del paciente, los estudios realizados, la conducta terapéutica, el perfil pronóstico y el control ambulatorio previo o posterior a la internación.
2. Aporta elementos de elevado significado epidemiológico.
3. Implica un documento de valor médico-legal.
4. Representa el elemento convalidante clave para la facturación a las Obras Sociales y otros financiadores.
5. Sirve de guía básica para las evaluaciones continuas de Control de calidad.

Las normas generales para la confección de la HC son las siguientes:

- 1 La evolución referida en la HC debe ser contemporánea a los hechos, y será redactada y rubricada por el médico tratante, debiendo constar en cada hoja los datos filiatorios del paciente, el n° de Historia Clínica y la fecha.
- 2 Deben detallarse las condiciones del paciente a su ingreso.
- 3 Lo escrito debe ser legible, sin tachaduras ni borrones. De haberse cometido una equivocación se escribirá al margen la palabra **error** y se aclarará a continuación lo correcto.
- 4 En lo posible deberán evitarse abreviaturas y nombres propios.
- 5 No se añadirá nada entre renglones. De ser necesario se escribe al pié de página convocando con un signo de llamada.
- 6 Se sintetiza periódicamente (7-10 días) la impresión acerca del paciente y/o familiares.
- 7 Se consigna claramente fecha, resultado y ejecutante de todas las prácticas realizadas.
- 8 Se cierra con una epicrisis, resumen final del episodio, breve, conciso y completo.

4.- El circuito de la Historia Clínica

La HC como documento totalizador de la situación del paciente, tanto en salud como en enfermedad, debe ser por definición única para toda su atención en el hospital, tanto en internación como en forma ambulatoria.

De allí surgen las siguientes características:

1. Deberá ser abierta por la Oficina de Administración durante el primer contacto del paciente con un efector prestacional del establecimiento.
2. La modalidad de confección inicial dependerá del área inicial en que se realice tal primer contacto (ver luego).
3. Finalizada la prestación (internación o atención ambulatoria) la HC deberá ser remitida simultáneamente al egreso del paciente al Archivo Central.
4. Del Archivo Central la HC sólo egresará acompañando al paciente en su próxima atención. La consulta de la misma por profesionales deberá practicarse sistemáticamente en el propio Archivo, de donde no debe salir.
5. Con cada reinternación se agregará un fascículo completo de HC (**modelo A, Punto 5 – hojas 1 a 13 y 18**) progresando desde la contratapa de la carpeta. Se exceptúan las planillas anexas que sólo se incorporarán la primera vez.

El facsímil de HC aquí propuesto es un modelo polivalente, que pretende ser de utilidad en la mayor parte de los ámbitos asistenciales del establecimiento, pero no es óbice para que determinados sectores que requieren información diferenciada o que desarrollan técnicas asistenciales especiales, puedan incorporar a la misma la documentación que les resulte necesaria. Entre tales casos podríamos enunciar, sólo a tipo de referencia:

1. El modelo de la HC de Neonatología y Pediatría vigente puesto que sugiere una serie de ítems particularizados (Modelo B, Punto 5).
2. Las hojas de evolución y control de UTI, Terapia Intermedia y otros servicios especializados; así como las reseñas de prácticas especiales (vg. procedimientos dialíticos, espirometría, pletismografía) que se añadirán a la HC según necesidad.

5.- La Historia Clínica tiene varios componentes

La composición de una HC tipo sigue los siguientes parámetros:

A- Carpeta, con identificación y datos personales. Siguen las hojas según número:

1. Hoja de anamnesis.
2. Hoja de examen físico.
3. Hoja de evolución clínica.
4. Consentimiento informado para prácticas.
5. Hoja de interconsultas.
6. Hoja de diagnóstico por imágenes.
7. Hoja de laboratorio.
8. Hoja de resultados bacteriológicos.
9. Consentimiento informado para determinación de HIV.
10. Consentimiento para traslado.
11. Hoja de indicaciones médicas.
12. Hoja de enfermería.
13. Cuadro clínico de control.
14. Protocolo operatorio.
15. Ficha anestésica.
16. Hoja de cirugía ambulatoria.
17. Consentimiento para necropsia.
18. Protocolo mínimo de egreso (epicrisis).

B- Anexos (en HC pediatría):

1. Planilla de esquema vacunal.
2. Planilla de evaluación de maduración psiconeurológica.
3. Gráfico de estatura (niños o niñas).
4. Gráfico de peso (niños o niñas).
5. Gráfico de PC. (perímetro craneano)
6. Gráfico de TA. (tensión arterial)

6.- La Historia Clínica puede organizarse en base a una lista de problemas

Santiago Luis Barragán

Más recientemente ha surgido una nueva tendencia para el registro de los datos de la HC: el esquema orientado al análisis de los problemas de salud. Un problema de salud es una realidad insatisfecha referente al estado de salud; se trata de un hecho que requiere intervención profesional para su resolución. No solo se refiere a cuestiones de terapéutica sino también a otros temas (vg. diagnóstico y prevención).

El registro escrito de la información sobre un paciente, es un acto médico obligatorio. Cada médico es una persona particular con formas propias de expresar los hechos ocurridos a un paciente a su cargo y, en general, esto se traduce en una forma casi única de escribir la HC. Esta individualidad determina que las HC se confeccionen con letra ilegible, incompletas, desordenadas, con datos innecesarios y otras múltiples falencias que dificultan la lectura de la información para el que no la confeccionó. Si sumamos la intervención de interconsultores que aportan su propia individualidad,

la HC puede transformarse en una maraña indescifrable de sucesos médicos. Ante estas dificultades surgen como posibles auxiliares del registro de la información médica: la informatización de la HC y el enfoque orientado al problema.

La Historia clínica orientada al problema, se caracteriza por la sistematización en el registro de los datos basada en una lista de problemas que constituye la columna vertebral del documento. Los problemas de salud de un paciente suelen clasificarse en problemas activos, si requieren acciones por parte del médico, y problemas pasivos, si su planteo puede ser postergado. Los problemas activos pueden ser transitorios (agudos) o permanentes (crónicos). Los problemas se registran en forma de un listado dinámico de prioridades que en general se encuentra en la primera página y de una sola vista permite una aproximación al estado de salud del paciente. No se omiten los datos personales y los antecedentes no relacionados con el problema activo pero se los coloca en un segundo plano priorizando la lista de problemas activos. Detectado el problema de salud, se planifica su manejo a través de conductas ya sean de prevención, de seguimiento, de diagnóstico o de terapéutica según el caso. Se omiten, en general, las clásicas y extensas anamnesis sobre antecedentes no relevantes y el examen físico se circunscribe solamente a los aparatos relacionados con el problema en cuestión (vg. inicialmente, no se preguntará sobre epidemiología de hidatidosis ni se revisarán las faneras y aparato locomotor si el problema de salud es la hipertensión arterial). Las evoluciones o notas de seguimiento son breves y concisas, orientadas a consignar solamente las novedades sobre los estudios solicitados o los resultados de las medidas terapéuticas instauradas. En ellas no se hace mención a los temas no relacionados con el problema activo. Las notas de seguimiento suelen sistematizarse en secciones que puede organizarse de variadas formas pero que en general hacen referencia a los síntomas del paciente (mejoría o no), el examen físico (sólo los datos positivos), los resultados de los estudios complementarios, el diagnóstico y el plan de acción (vg. cambios en el tratamiento, nuevos estudios).

7.- La auditoría médica promueve la calidad

Luis María Gambarotta

El objetivo de la auditoría médica es controlar que se haga correctamente todo lo que sea necesario, en el momento oportuno [Cuadro 7.a].

Lema habitual a desterrar

Hacer todo lo que se pueda, como se pueda, y cuando se pueda.

Cuadro 7.a

La calidad en la atención ayuda al prestador a lograr:

- 1 consenso social (potenciales clientes);
- 2 prevención de mala praxis;
- 3 reconocimiento de lo facturado;
- 4 racionalidad del gasto.

La calidad en la atención al ente financiador le:

- 1 reasegura su responsabilidad en el estado de salud de sus afiliados;
- 2 permite mayor racionalidad en el gasto.

Así, las tareas de auditoría médica en un ente financiador son:

- 1 Evaluar posibles prestadores.
 - 2 Participar en la elaboración de contratos.
 - 3 Evaluar en concurrencia los prestadores actuantes (vg. hiper-prescriptores).
 - 4 Diseñar sistemas de retribución, especialmente para 2^{do} nivel (vg. nomencladores modulares).
 - 5 Evaluar el prestador según parámetros de calidad (vg. HC, normas de asepsia).
 - 6 Controlar la facturación de las prestaciones asistenciales.
 - 7 Evaluar indicadores asistenciales en 1^{ero} y 2^{do} nivel (vg. rx/paciente, estadías medias).
 - 8 Pre-auditar las prácticas/insumos de alto impacto económico.
 - 9 Auditar en terreno de 2^{do} nivel (“calidad real”).
 - 10 Controlar la gestión (vg. gasto en medicamentos, hiper-consultantes).
 - 11 Analizar en forma:
 - individual;
 - por grupo etéreo;
 - por diagnóstico;
 - por prestación;
 - por institución.
- Recepcionar y transmitir las denuncias de los afiliados.
 - Evaluar su satisfacción.
 - Diseñar y ejecutar Programas de Prevención en Salud (vg. difusión, vacunaciones, prácticas preventivas).

Las tareas de auditoría médica en un prestador son:

- 1 Evaluar posibles financiadores y sus modalidades operativas.
- 2 Participar en la elaboración de contratos.
- 3 Evaluar en concurrencia financiadores (vg. coberturas, débitos, sistemas de auditoría).
- 4 Evaluar la razonabilidad de los sistema de retribución.
- 5 Evaluar parámetros de calidad (vg. HC, trazadoras, normas de atención).
- 6 Controlar débitos de AM y elaborar las refacturaciones .
- 7 Evaluar indicadores asistenciales (sobre todo en el 2^{do} nivel).
- 8 Autorizar previamente prácticas/insumos según impacto económico y régimen de financiación.
- 9 Coordinar su gestión de cobro (vg. troqueles de prótesis).
- 10 Acordar y seguir los módulos otorgados en 2^{do} nivel.
- 11 Participar en la gestión (vg. vademécum farmacéutico).
- 12 Analizar: por diagnóstico; por prestación; por área asistencial; institucional.
- 13 Recepcionar y tramitar las denuncias de los usuarios.
- 14 Evaluar su satisfacción.

Por su parte la tarea de todo auditor médico tiende a jerarquizar el criterio médico en la toma de decisiones de gestión (vg. debe ser un médico quien decida qué medicamentos incluye un formulario terapéutico).

Para concretar la auditoría, la Historia Clínica es un instrumento esencial por lo que debe registrar las características y circunstancias del paciente y su evolución en forma: contemporánea, ordenada. Además se debe observar estado al ingreso y evolución, los estudios (coherencia, resultados), la conducta terapéutica, el perfil (pronóstico/resumen periódico), epicrisis, controles pre/postinternación, prolija y legible.

No deben faltar en la Historia Clínica los siguientes documentos:

- 1 consentimiento informado
- 2 informes de interconsultas y estudios

- 3 resultados de laboratorio (incluyendo bacteriológicos)
- 4 indicaciones médicas
- 5 control y prácticas de enfermería
- 6 protocolo operatorio
- 7 ficha anestésica
- 8 todas las planillas especializadas que sean necesarias

<p>Auditoría e Historia Clínica de Calidad "El sueño se hace a mano y sin permiso" Silvio Rodríguez</p>

Cuadro 7.b

8.- Anexos

8.1.- Anexo I: Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión (capítulos y ejemplos)

Capítulo I.-Ciertas enferm. infecciosas y parasitarias (A00-B99)
Vg.: A00- Cólera; A15- TBC resp., confirmada; A50- Sífilis cong.; A80- Poliomieltis; A90- Fieb. del dengue; B05- Sarampión; B15- Hepatitis A; B20- Enfermedad por VIH; B50- Paludismo p/P. *falciparum*.

Capítulo II.-Tumores (neoplasias) (C00-D48)
Vg.:C18- colon; C34- bronquios y pulmón; C50- mama; D06- Carcin. in situ del c. del útero.

Capítulo III.-Enferm. de la sangre y de los órg. hematopoyéticos y ciertos trast. que afectan el mecan. de la inmunidad (D50-D89)
Vg.:D50- Anemias por def. de hierro.

Capítulo IV.-Enferm. endocr., nutric. y metab..(E00-E90)
Vg.: E02- Hipotiroidismo subclín. p/ deficiencia de Yodo; E10- Diabetes mellitus insulínica depend.; E43- Desnutrición proteico-calórica severa no especificada; E66- Obesidad.

Capítulo V.-Trast. mentales y del comport. (F00-F99)
Vg.:F00- Demencia en la enf. de Alzheimer; F10- Trast. mentales y del comportam. debido al uso de alcohol, F20- Esquizofrenia; F32: Episodio depresivo; F40 Trast. fóbicos de la ansiedad.

Capítulo VI.-Enferm. del sist. Nervioso (G00-G99)
Vg.: G00- Meningitis bacteriana, no clasif. aparte; G20- Enferm. de Parkinson; G40- Epilepsia; G81- Hemiplejía.

Capítulo VII.-Enferm. del ojo y sus anexos(H00-H59)
Vg.: H10- Conjuntivitis; H25- Catarata senil.

Capítulo VIII.-Enferm. del oído y de la apóf. mastoides (H60-H95).
Vg.: H66- Otitis media supurat. y la no espec.; H80 Otosclerosis.

Capítulo IX.-Enferm. del sist. circulatorio (I00-I99)
Vg.: I10- Hipertensión esencial (primaria); I26- Embolia pulmonar; I60- Hemorragia subaracnoidea; I21 Aneurisma y disección aórticos.

Capítulo X.-Enferm. del sist. resp. (J00-J99)

Vg.: J02- Faringitis ag.; J13- Neumonía deb. a *S. pneumoniae*; J43- Enfisema; J45- Asma; J62- Neumoconiosis deb. a polvo de sílice.

Capítulo XI.-Enferm. del sist. digestivo (K00-K93)

Vg.:K21- Enferm. de reflujo gastroesofágico; K35- Apendicitis ag.; K40- Hernia inguinal; K74- Fibrosis y cirrosis del hígado; K81- Colecistitis.

Capítulo XII.-Enferm. de la piel y del tej. subcutáneo (L00-L99)

Vg.: L10 Pénfigo; L22- Dermatitis del pañal; L40- Psoriasis; L50- Urticaria.

Capítulo XIII.-Enferm. del sist. osteomuscular y del tej. conjuntivo (M00-M25)

Vg.: M05- Artritis reumatoide seropositiva; M10- Gota; M16- Coxartrosis; M32 Lupus eritematoso sist.; M65- Sinovitis y tenosinovitis; M80- Osteoporosis c/ fract. patológica.

Capítulo XIV.-Enferm. del sist. genitourinario (N00-N99)

Vg.: N00- Síndr. nefrítico agudo; N17- Insufic. renal ag.; N20- Cálculo del riñón y del uréter, N30- Cistitis; N40- Hiperplasia de próstata; N60- Displasia mamaria benigna, N80- Endometriosis.

Capítulo XV.-Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)

Vg.:O00- Emb. ectópico; O15- Eclampsia; H20- Hemorragia precoz del embarazo; O85- Sepsis puerperal.

Capítulo XVI.-Ciertas afecciones originadas en el per. perinatal (P00-P96)

Vg.: P05- Retardo del crecimiento fetal y desnutrición fetal; P20- Hipoxia intrauterina; P36- Sepsis bacteriana del R.N.

Capítulo XVII.-Malform. Cong., deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)

Vg.: Q20- Malform. cong. de las cámaras cardíacas y sus conexiones; Q36- Labio leporino; Q39- Malform. cong. del esófago; Q90- Síndr. de Down.

Capítulo XVIII.-Sínt., signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasif. en o/ parte (R00-R99)

Vg.: R05- Tos; R12- Acidez; R33- Retención de orina; R44- Mareo y desvanecimiento; R51- Cefalea; R91- Hallazgos anormales en diag. p/ imagen de pulmón; R95- Síndr. de la muerte súbita infantil.

Capítulo XIX.-Traumatismos, envenenamientos y algunas consec. de causas externas (S00-T98)

Vg.: S22- Fract. de costillas, del esternón y de la columna torácica (dorsal); S31- Herida del abdomen, de la región lumbosacra y de la pelvis; S67- Traum. p/ aplastamiento de la muñeca y de la mano; S72- Fract. del fémur; T20- Quemadura y corrosión de la cabeza y del cuello; T36- Envenenam. p/ antibióticos sistém.; T51- Efecto tóxico del alcohol; T74- Síndr. del maltrato, T80- Complic. consecutivas a infusión, transfusión e inyección terapéutica.

Capítulo XX.-Causas externas de morbilidad y mortalidad(V01-Y98)

Vg.:V03- Peatón lesionado p/ colisión con automóvil.; V22- Motociclista lesionado p/ colisión con vehículo; V44- Ocupante de automóvil lesionado p/ colisión con vehículo de transporte; W10- Caída en o d/ escalera y escalones; W20- Golpe con objeto arrojado; W32- Disparo de arma corta; W54- Mordedura o ataque de perro; W67- Ahogamiento y sumersión en una piscina; W86- Exposición a otras corrientes eléctricas especif.; X00- Exposición a fuego no controlado; X20- Contacto traumático con serpientes; X30- Exposición al calor natural excesivo; X38- Víctima de inundación; X48- Envenenam. accid. p/, y expos. a plaguicidas; X54- Privación de agua; X68- Envenenam. autoinfligido p/ plaguicidas; X72- Lesión autoinfligida p/ arma corta; X91- Agresión por ahorcamiento; Y05- Agresión sexual; Y06- Negligencia y abandono; Y23- Disparo arma larga, de intención no det.; Y36- Operac. de guerra; Y40- Efectos adversos de antibióticos sistém.; Y61- Objeto extraño dejado accident. durante la at. méd. y quirúrgica; Y98- Afección relac. c/ el estilo de vida.

Capítulo XXI.-Fact. que influyen en el estado de salud y contactos con los servicios de salud (Z00-Z99).

Vg.: Z02- Exámenes y contactos para fines administrativos; Z28- Inmunización no realizada; Z30- Atención para la anticoncepción; Z49- Cuidados relativos al procedimiento de diálisis; Z57- Exposición a factores de riesgo ocupacional; Z70 Consulta relacionada con actitud, conducta u orientación sexual.

8.2.- Anexo II

NOMENCLADOR NACIONAL de PRESTACIONES con P.M.O. 2000

a. Índice

Nomenclador de intervenciones quirúrgicas

01. Operaciones en el sistema nervioso; 02. Operaciones en el aparato de la visión; 03. Operaciones otorrinolaringológicas; 04. Operaciones en el sistema endocrino; 05. Operaciones en el tórax; 06. Operaciones en la mama; 07. Operaciones en el sistema cardiovascular; 08. Operaciones en el aparato digestivo y abdomen; 09. Operaciones en los vasos y ganglios linfáticos; 10. Operaciones en el aparato urinario y genital masculino; 11. Operaciones en el aparato genital femenino y operaciones obstétricas; 12. Operaciones en el sistema músculo esquelético; 13. Operaciones en la piel y tejido celular subcutáneo.

Nomenclador de prácticas especializadas

14. Alergia; 15. Anatomía patológica; 16. Anestesiología; 17. Cardiología; 18. Ecografía; 19. Endocrinología y nutrición; 20. Gastroenterología; 21. Genética humana; 22. Ginecología y obstetricia; 23. Hematología-inmunología; 24. Hemoterapia; 25. Rehabilitación médica; 26. Medicina nuclear; 27. Nefrología; 28. Neumonología; 29. Neurología; 30. Oftalmología; 31. Otorrinolaringología; 32. Pediatría; 33. Psiquiatría; 34. Radiología; 35. Terapia radiante; 36. Urología; 37. Síndromes clínicos; 40. Terapia intensiva; 41. Cuidados especiales; 42. Asistencia en consultorio, domicilio e internación; 43. Prestaciones sanatoriales y de enfermería; 44. Unidad coronaria móvil-unidad respiratoria móvil.

b. Ejemplos

Código	Nomenclador Nacional de Intervenciones Quirúrgicas	Honorarios			Gasto Quirúrgico	
		Especialista	Ayudantes	Anestesiista		
01.02.10	Escisión de lesión tumoral intracraneana (neoplasia benigna o maligna cualquiera fuera su ubicación) con o sin lobectomía	U.	744.00	2 x 149.25	239.25	366.00
02.01.08	Vitrectomía. Con microscopio con luz coaxial y vitrectotomo.	U.	637.50	127.50	186.00	910
03.02.02	Timpanoplastía	U.	425.25	84.75	159.75	281.00
03.06.03	Laringectomía total	U.	372.75	2 x 74.25	132.75	233.00
03.13.01	Amigdalectomía, adenoidectomía o amígdalo-adenoidectomía	U.	61.50		80.25	109.00
05.04.01	Neumonectomía, lobectomía, segmentectomía. Pleuroneumonectomía. Decorticación de pulmón.	U.	478.50	2 x 95.25	212.25	366.00
06.01.01.	Mastectomía radical (resección del pectoral mayor, pectoral menor y vaciamiento axilar). Incluye la eventual toma biopsia para congelación.	U.	372.75	74.25	132.75	323.00
07.01.03	Colocación de marcapaso definitivo con electrodo endocavitario.	U.	201.75	39.75	104.25	270.00
07.02.03	Reemplazo de válvula cardíaca por prótesis o injerto.	U.	1594.50	3 x 318.75	451.50	1273.00
07.02.07	Tratamiento quirúrgico de los aneurismas del cayado aórtico. Aneurisma disecante de aorta.	U.	1913.25	3 x 382.50	558.00	1273.00
07.02.09	Derivación (by-pass) aorto coronaria única, doble o triple. (Incluye toma del injerto venoso).	U.	1594.50	3 x 318.75	451.50	1237.00
07.06.12	Safenectomía interna y/o externa de miembro inferior con ligaduras y/o resecciones escalonadas, unilateral. Coronariografía selectiva de coronaria izquierda y/o derecha (incluye cateterismo cardíaco, toma de presiones, obtención de muestras de sangre para oximetría y ventriculograma, incluye monitoreo cardíaco). -"Y código 34.08.05"-.	U.	101.25	30.00	80.25	120.00
07.07.03	Coronariografía selectiva de coronaria izquierda y/o derecha (incluye cateterismo cardíaco, toma de presiones, obtención de muestras de sangre para oximetría y ventriculograma, incluye monitoreo cardíaco). -"Y código 34.08.05"-.	U.	212.25	42.75		300.00
08.01.01	Esofagectomía total y reconstrucción en un tiempo.	U.	797.25	2 x 159.75	239.25	375.00
08.02.03	Hernioplastía inguinal, crural, epigástrica, umbilical, obturatriz, etc.	U.	191.25	36.75	80.25	220.00
08.05.03	Hemicolectomía (derecha o izquierda).	U.	372.75	2 x 74.25	132.75	233.00
08.05.24	Apendicectomía.	U.	168.00	34.50	80.25	179.00
08.07.01	Lobectomía hepática.	U.	797.25	2 x 159.00	239.25	366.00
08.07.09	Colecistectomía (con o sin coledocotomía)	U.	279.00	2 x 55.50	127.50	271.00
10.04.01	Prostatectomía radical.	U.	327.75	2 x 74.25	132.75	323.00
11.02.01	Histerectomía radical; colpoanexo-histerectomía total ampliada. Operación de Werthein o de Meigs-.	U.	425.25	2 x 84.75	159.75	366.00
11.02.04	Miomectomía uterina abdominal (Como única operación).	U.	201.75	39.75	87.00	271.00
11.04.01	Parto.	U.	228.00			166.00
12.10.01	Cadera.	U.	303.00	2 x 61.50	127.50	312.00
12.19.03	Minerva.	U.	54.00			162.00
12.19.18	Yeso colgante.	U.	12.75			50.00
13.01.10	Sutura de heridas.	U.	30.00			45.00

Código	Nomenclador Nacional de Prácticas Especializadas	Unidades			
		Honorarios		Gastos	
15.01.01	Biopsia por incisión o por punción (ganglio, lesión de piel, trozo de ovario, cilindro de hígado, etc.)	U.	26.25	gb	4.00
17.01.01	Electrocardiograma en consultorio (con o sin prueba de esfuerzo)	U.	7.50	og	20.00
18.01.04	Ecografía tocoginecológica	U.	27.00	gr	58.00
18.01.11	Ecografía de testículos	U.	18.00	gr	24.00
20.01.22	Esofagogastroduodenofibroscopia	U.	45.00	og	342.00
20.01.26	Rectosigmoidofibroscopia	U.	15.00	og	30.00
22.01.01	Colposcopia-traqueloscopia	U.	4.50	og	18.00
22.02.04	Control obstétrico del trabajo de parto	U.	67.50	--	--
23.01.20	Coombs directa. Prueba de	U.	3.00	gb	1.50
24.01.03	Transfusión de hematies sedimentados (concentrado globular), por unidad de hasta 300 cc.	U.	8.25	og	33.00
25.01.04	Rehabilitación del lenguaje. Por sesión y por beneficiario	U.	7.00	og	2.00
26.01.01	Curva de captación tiroidea (tres determinaciones)	U.	10.50	og	20.00
26.03.09	CEA (Carcinoma embriogénico)	U.	8.00	og	30.00
26.05.01	Centellograma de cerebro (dos posiciones)	U.	52.50	gr	70.00
26.05.28	Perfusión sanguínea miocárdica con radioisótopos: en estado de reposo	U.	30.00	gr	95.00
27.01.01	Hemodiálisis con riñón artificial en insuficiencia aguda. Por sesión	U.	40.00	og	440.00
28.01.01	Espirometría. Comprende: capacidad vital forzada, flujo espiratorio forzado, flujo medio forzado	U.	7.50	og	18.00
29.01.01	Electroencefalografía con activación simple	U.	15.00	og	50.00
30.01.13	Retinofluoresceinografía. –Unilateral-	U.	22.50	og	50.00
31.01.02	Audiometría	U.	4.50	og	5.00
32.01.04	Atención del recién nacido normal o patológico en sala de partos	U.	87.75	--	--
33.01.01	Psicoterapias individuales, niños o adultos, por sesión mínima de 40 minutos practicadas por especialistas (con o sin psicodiagnóstico) debidamente autorizada. Narcoterapia	U.	19.50	--	--
34.03.01	Radiografía o teleradiografía de tórax: con o sin trazado de diámetros cardíacos, con o sin relleno esofágico, de primera exposición. A	U.	6.75	gr	25.00
34.06.02	Mamografía, proyección axilar (únicamente con mamógrafo original de fábrica con tubo de molibdeno y película de grano fino) por lado. H	U.	5.25	gr	40.00
34.08.04 + 07.07.02	Cardiografía o angiocardigrafía (mínimo 6 placas ó 15 metros de película) por estudio. D#	U.	24.75	gr	180.00
34.10.10	T.A.C. torácica	U.	60.75	gr	700.00
35.01.02	Telecobaltoterapia, telecesioterapia, radioterapia dinámica. Cada aplicación	U.	3.00	gr	30.00
36.01.02	Uretrocistofibroscopia	U.	22.50	og	342.00
37.01.01	Insuficiencia respiratoria aguda grave (síndrome laringeo, neumotórax hipertensivo)	U.	20.00	--	--
40.01.01	Arancel global por cada 24 horas de atención	U.	39.75	up	196.00
42.01.01	Consulta médica	U.	10.00	--	--
43.01.01	Una cama en habitación de dos con baño privado incluye: uso de cama, ropa limpia, higienización del paciente, limpieza del ambiente, alimentación y los medios necesarios para brindarle un ambiente confortable al paciente –ambiente climatizado– personal: incluye asistencia del médico de guardia interno, atención de las enfermeras y mucamas del piso excluye: las consultas especializadas prácticas incluidas: las nebulizaciones y los gastos correspondientes a las punciones identificadas con los códigos 01.03.07, 09, 05.04.08 y 08.02.12 cuando los mismos se realicen durante la internación	U.	--	up	57.00

Nomenclador Nacional de Prestaciones 2000. Valores de las Unidades (marzo 1991)*

Abrev.	Unidades	\$/U
G	Galeno	0,2326
--	Honorario Bioquímico	0,1315
--	Honorario Odontológico	0,1123
gq	Gasto Quirúrgico	0,4927
og	Otros Gastos	0,1226
gb	Gasto Bioquímico	0,9702
gr	Gasto Radiológico	0,3496
up	Sanatorial Pensión	0,5634
go	Gasto Odontológico	0,1715
gp	Gasto Odontológico Prótesis	0,2548

*La no actualización de estos valores lleva a que los convenios se firmen por estos multiplicados por 3 o más.
(Licisa. Nomenclador Nacional de Prestaciones 2000. Licisa, Bs As, 2000).

8.3.- Anexo III

IOMA. Listado de módulos clínicos y adicionales.
Consumo en entidades Sanatoriales. 2005. Seleccionados

Código	Nombre	Condiciones	(a)	(b)	(c)
CV 2	IAM	Para los pacientes internados en UC con demostración de IAM por dos de los siguientes: clínica, ECG y enzimas. Deben realizarse estudios pre-alta para estratificación de riesgo, los cuales deben constar en la H.C.	5	A	717
CV4	INSUFICIENCIA CARD DESC	Para ser otorgado en los casos de fallo ventricular que, por su severidad (clase funcional III -IV), y/o por el estado clínico, y/o por la patología asociada, deban ser internados. E.A.P.	3	M	192
SN 4	ACVA 2	Para los pacientes en UTI, en coma por ACV agudo instalado, con TAC de la internación compatible y sin las características de adjudicación del módulo ACV1.	7	A	771
SR 1	NEUMONÍA	Para otorgar a los pacientes con fiebre, infiltrado pulmonar y criterios de internación (compromiso bilateral, derrame pleural, EPOC, diabetes, insuficiencias cardíaca y renal, desnutrición, inmunocomprometidos, ancianos). Deben haberse realizado investigaciones bacteriológicas (esputo y/o hemocultivos y/o líquido pleural) y un esquema de tratamiento empírico reconocido o dirigido por los hallazgos bacteriológicos. Excluye explícitamente a la bronquitis aguda y a las neumonías extrahospitalarias por gérmenes habituales en huéspedes jóvenes inmunocompetentes tratables por vía oral.	4	M	292
GE 2	SUBOCCLUSION INTESTINAL	Sólo con autorización de l MAT para cuadros que, por su repercusión y persistencia, de más de 48 hs.deban ser internados para estudios (Rx, ECO o TAC, medio interno) y tratamiento endovenoso.	3	M	107
GE 4	HEMORRAGIA DIG ALTA CON DESC HEMODINÁMICA	Sólo con verificación de la patología por MAT y para otorgar a los pacientes con signos de sangrado activo profuso y datos de inestabilidad hemodinámica que requieren internación en UTI para ser compensados.	4	A	420
DM 2	CETOACIDOSIS DIABETICA	Para los pacientes en cetoacidosis diabética que requieran, por la gravedad del cuadro, internación en la UTI. Los pacientes deberán estar en tratamiento con insulina y contar con evaluación del estado ácido base, monitoreo de la glucemia y estudios destinados a descartar los principales factores desencadenantes.	5	A	488
UT 2	CRISIS HIPERTENSIVA	Para HTA muy severa que ingresa para control y tratamiento y que se resuelve en 24 hs.	1	B	39
UT 3	CRISIS ASMÁTICA	Para cuadros resueltos en 24 hs. con tratamiento convencional	1	B	39
IN 2	MENINGITIS BACTERIANA	Para pacientes con diagnóstico confirmado por punción lumbar, con cultivos de LCR, y bajo tratamiento parenteral con un esquema antibiótico reconocido o guiado por los hallazgos bacteriológicos. Los pacientes con deterioro de la conciencia deberán estar en UTI.	6	A	529
IN 6	SEPSIS SEVERA CONFIRMADA	Sólo con verificación del MAT. Para las infecciones agudas y severas con compromiso sistémico que requieran internación en la UTI debido a los fallos hemodinámico con volemia normalizada, renal, hepático, o respiratorio, o que presenten complicaciones hematológicas (CID, trombocitopenia, etc.). Deben haberse realizado investigaciones bacteriológicas (esputo, hemocultivos, urocultivo, y cultivo de todo foco potencial), estudios de las funciones de órganos blanco, y un esquema de tratamiento empírico reconocido o dirigido por los hallazgos bacteriológicos.	5	A	542
GO 1	AMENAZA DE ABORTO	Certificado dentro de las 24 hs. con ECO y laboratorio	3	A	150
CP 1	BRONC OBST – NEUMOPATÍA CANALICULAR	Para pacientes que requieren fluidoterapia, oxigenoterapia o que no respondieron al tratamiento ambulatorio	4	A	405
CP 7	GASTROENTERITIS INFECCIOSA GRAVE	Para cuadro gastroenteral con repercusión infecciosa sistémica (fiebre, enterorragia, empastamiento abdominal, etc.). Deben realizarse coprocultivos.	4	A	355

FECLIBA-IOMA.
(a) consumo mínimo de días (sin óbitos); (b) prioridad A: alta; M: media; B: baja; (c) valores en UI (Unidades IOMA).
MAT: Médico Auditor en Terreno

Anexo III.a

IOMA. Valores de módulos. Convenio con ent. sanat. 2005*

Categoría	Unidades IOMA (UI)
IV	\$5.20
III	\$4.05
II	\$2.93
I	\$2.43

*Las categorías de los establecimientos son definidas por el decreto 3280/90; IV es la máxima complejidad

Anexo III.b

Citas Bibliográficas

- Barquin Calderon, M., en Sonis, A. y col. *Medicina Sanitaria y Administración de la Salud*. Buenos Aires, El Ateneo, 1970, segundo tomo: 506.
- Fajardo Ortiz, G., *Atención Médica. Teoría y práctica administrativa*. México, Prensa Med-Mex, 1983:45.
- Feld, S., Rizzi, C.H., y Goberna, A., *El Control de la Atención Médica. Auditoria Médica. Evolución de Servicios asistenciales. Fiscalización de actividades profesionales. Aspectos legales de la Atención Médica*. Buenos Aires, López Libros, 1978.
- Ferrero, C. y Giacominini, H.F., *Las estadísticas hospitalarias y la historia clínica. El departamento de información y archivo médico*. Buenos Aires, El Ateneo, 1973.
- Mera, J. A. y Bello, J. N., *Reorganización y financiamiento de los servicios de salud en Argentina. Una introducción*. Buenos Aires, OPs, 2003:81.
- OCDE. *The Reform of Health Care Systems. A Review of Seventeen Countries*. París, DECD, 1994.
- Peiró Moreno, S., "Medidas de la actividad y producto sanitario". En del Llano Señaris, *Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Barcelona, Masson, 1999:209 y ss.
- Reale, A., "Modalidades de pago de prestaciones de servicios", en O'Donell, J. C., editor *Administración de servicios de salud*. Buenos Aires, Fundación Universitaria Hernandarias, 1955, primer tomo: 193.
- Salleras San Martín, L. y Asenjo Sebastián, M. A., "Asistencia secundaria y terciaria", en Piédrola Gil, G. y otros, *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona, Salvat, 1988.
- Watzlawick, P., Beavin Bavelas, J. y Jackson, D. D., *Teoría de la Comunicación Humana. Interacciones, patologías, paradojas*. Barcelona, Herder, 11^{ed}, 1997.
- WHO Europe. *European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies*. WHO Reg. European Series N072, Copenhagen, 1997.

Bibliografía consultada

- Feller, J., *Costos en Salud. Curso de Capacitación en Administración y gestión hospitalaria. Organizado por Cátedra de Higiene, Medicina Preventiva y Social y Centro INUS*. Facultad de Ciencias Médicas, UNLP. s/f.
- Grupo MSD Argentino: "Evidencia, Economía Clínica y resultados de la Atención Médica". Incluido en el Seminario *El costo de las enfermedades crónicas hacia el siglo XXI*. AMA. Salud para todos, **7 (72) 7-10**, 1999.
- Maldonado, A., *Cobertura de la Medicina prepaga*. Medicina y Sociedad, 1995; **18: 40-49**.
- March, A. D., Reynoso, G.A., Creteur, M., *Un análisis crítico de la codificación de procedimientos médicos con el NN y sus posibilidades de adaptación a las necesidades actuales de la Argentina*. Cuarto Simposio Argentino de Informática y Salud. SADIO, s/f.
- Moirano, J. J., (h). *Aranceles de prestaciones de Atención Médica*. Provincia de Buenos Aires. Ministerio de Salud. Dirección de Planeamiento, La Plata, 1978.
- Tobar, F., Rosenfeld N. y Reale, A. *Modelos de Pago de Servicios de Salud*. Médico-Soc., **74: 39-52; Nov 1998**.

INTRODUCCIÓN A LA GESTIÓN DE EFECTORES DE ATENCIÓN MÉDICA

Horacio Luis Barragán

1.- La gestión articula la asistencia y la administración

La organización hospitalaria del siglo XX ha tendido, sin quererlo, a generar una dualidad de conducción. Una de carácter médico ordenada a la actividad asistencial y otra de índole administrativa encargada del manejo de los recursos (Temes Montes, 2002:26).

El aumento de la demanda, la transformación de las necesidades en demanda, la creciente conciencia del derecho a la salud, por un lado, y el acelerado desarrollo y complejidad de los recursos con el consecuente incremento de los costos, por otro, ubican al sistema de Atención Médica y sus efectores en una coyuntura crítica.

Una causa principal del carácter de esa coyuntura es la falta de paralelismo entre el desarrollo de los procedimientos médicos y el de los procedimientos de organización, a la que ha contribuido aquel dualismo.

El enfoque empresarial, lejos de entenderse como privatización de efectores o prevalencia de propósitos de lucro, intenta superar el retraso organizativo y tiende a unificar la conducción con el concepto de gestión hospitalaria.

El concepto prevalece a tal punto que se ha dividido en niveles: a) **macrogestión** de políticas y acciones generales de salud con base en el Estado; b) **mesogestión** de efectores de salud de diverso tipo y complejidad y c) **microgestión** de la práctica asistencial cotidiana (Del Llano, 1999: XX).

La integración entre estos niveles es la clave de la gestión exitosa. Sin embargo, ofrece muchas resistencias. Entre los niveles meso y micro, en el ámbito de un efector, las resistencias tienen el denominador común del individualismo general y el particular de los profesionales -llamados liberales- que constituyen un núcleo numeroso y central de sus planteles.

El trabajo de conjunto y en equipos puede lograrse tendiendo a equilibrar ese individualismo con un fuerte sentido de pertenencia institucional, una real participación en la programación, decisiones y evaluación –en el marco de un orden jerárquico–, una sistemática información entre los diversos componentes y un régimen justo de incentivos.

La gestión incorpora nuevos enfoques a los tradicionales: su eje gira en torno al usuario-paciente buscando la calidad de la asistencia, su satisfacción y la del personal así como la de los costos de las prestaciones.

La gestión no ve sólo a los miembros del personal en forma individual, sino como un equipo, ni a la institución en forma aislada sino en tanto un conjunto, en relación con una población y área definidas e integrado en una red de instituciones de Salud. La gestión se abre, por ejemplo, a estrategias de fortalecimiento de la atención ambulatoria y a la de alternativas de internación (vg: internación domiciliaria)

En la microgestión, integrada a la meso, se promueven las decisiones clínicas fundadas en la evidencia científica la que requiere procedimientos para medir y comparar resultados (Del Llano, 1999:173).

Finalmente el usuario-paciente no es sólo el eje del efector y del sistema y quien expresa su grado de satisfacción con la asistencia, sino un agente activo en diversos aspectos de la gestión misma (Del Llano, 1999:173).

2.- La dirección hospitalaria debe estar a cargo de un equipo especializado

La dirección de un hospital tiene la responsabilidad de cumplir los objetivos y las metas del efector por la gestión coordinada de los recursos humanos, materiales y financieros.

En tal sentido debe estar a cargo de un equipo jerarquizado conformado por especialistas en gestión hospitalaria dedicados a tiempo completo, tanto más cuanto más complejo es el efector. Puede que parte del tiempo de los miembros de ese equipo sea ocupado en funciones asistenciales pero sólo en centros de asistencia primaria y hospitales o clínicas pequeñas y de baja complejidad. Pero no cabe, sino por excepción, que el director esté operando o atendiendo consultorio en establecimientos grandes y complejos.

La profesionalización de la dirección exige que el titular y los miembros de su equipo sean especialistas en Gestión Hospitalaria o en Salud Pública. A su vez, los jefes de Departamento, de Servicio y de Salas deben tener capacitación en gestión para asumir sus responsabilidades y para lograr un lenguaje común y un entendimiento con la dirección.

Durante muchas décadas el director de un hospital solía ser uno de los más destacados especialistas asistenciales que, en la administración, se respaldaba en los jefes del plantel de este último rubro. Asimismo el entendimiento con los jefes de servicio solía ser dificultoso en la medida en que estos no tenían una visión global del establecimiento, de su rol en una red de efectores, rechazaban la natural limitación de recursos y tendían a fortalecer, casi en exclusivo, su propio servicio.

A decir verdad, este entendimiento sigue siendo dificultoso en muchos de los hospitales y clínicas, en la medida en que las funciones directivas se asumen. Cuando hay un profesional con el título de director que, absorbido por tareas asistenciales, no se ocupa de sus funciones, el desentendimiento se desplaza hacia la figura del administrador o equivalente.

Los conflictos son permanentes dentro de los hospitales o clínicas ya sea por la obtención de personal, espacio físico, equipos, por la obtención de prestigio, poder u otros factores. Ellos responden a intereses personales o grupales, parciales, que pueden ser o no armónicos con el desarrollo global del establecimiento.

La dirección, por ello, tiene a su cargo la canalización de los conflictos y la promoción del entendimiento en el nivel más alto del establecimiento. Se trata del liderazgo.

Este concepto de las Ciencias Administrativas afianza en la personalidad pero, en una organización, se forja en las siguientes tareas (Thompson y Strickland, 1994):

- a) teniendo en claro la misión de la organización a largo plazo;
- b) definiendo los objetivos de resultados que precisa la misión a diferentes plazos;
- c) elaborando las estrategias para alcanzar esos resultados;
- d) poniendo en marcha las estrategias y organizando los recursos;
- e) evaluando los resultados para ajustar la misión, los objetivos y las estrategias.

3.- La misión y sus instrumentos deben ser conducidos por la dirección

La misión de un hospital parece clara, sin embargo cambia según la **complejidad**, la **demanda** y las **necesidades** de la población a la que sirve. A este cambio en la situación se agrega un cambio en el tiempo ya que aquellas tres variables evolucionan. Piénsese en lo que significó la introducción de la endoscopia a fibra óptica primero y la videoendoscopia después, respecto a la complejidad. Piénsese en el impacto de la pandemia de HIV/SIDA sobre la demanda y las necesidades de la población.

Hay incertidumbre en el desarrollo científico-tecnológico, que hace a la complejidad. La incertidumbre es mucho mayor en lo que hace al perfil epidemiológico de las comunidades. Piénsese en la posibilidad de mutación del virus de la gripe aviaria H5N1 y que llegue a transmitirse en forma interhumana. Así, la misión a largo plazo carga con mayor incertidumbre. A partir del carácter evolutivo de la misión, se define el mismo carácter de los objetivos y las estrategias, carácter que orienta la evaluación de resultados.

De todas formas la misión orienta los caminos, dentro de ciertos límites, en el desarrollo temporal de la organización. Piénsese en la incongruencia de que un hospital local o una clínica de una ciudad pequeña proyecte un servicio de trasplante.

Los objetivos desglosan la misión fijando resultados esperados en diferentes áreas y tiempos. Por eso, deben ser concretos y medibles. A su vez pueden dividirse en **metas**.

Las **estrategias** son los medios para alcanzar los objetivos y las metas. Se formulan en el marco de una visión total del hospital, del sistema del que forma parte y de las necesidades de la población a la que sirve.

La **estrategia** se ha definido con “el patrón de los movimientos de la organización y de los enfoques de la dirección que se usa para lograr los objetivos y para luchar por la misión de la organización” (Thompson y Strickland, 1994:7). En ella se superponen acciones habituales y novedosas así como se prevén sus ventajas y sus riesgos.

La **evaluación** es un proceso permanente que se concreta a través del **control** del cumplimiento de objetivos y de la **supervisión**. Esta última es la verificación y el asesoramiento respecto a las estrategias y procedimientos, tendiendo a “evitar la dispersión entre el trabajo que se desea y el que se está realizando” (Fajardo Ortiz, 1983:161).

Para cumplir estas funciones, la dirección tiene cuatro procedimientos principales:

- a) reunión de los miembros de la dirección, jefes y responsables en conjunto y en particular;
- b) recorridos y visitas diarias a diferentes áreas del hospital;
- c) lectura y análisis de los informes requeridos o provistos, de las normas y estadísticas;
- d) supervisión de las actividades principales.

Las reuniones llegan a ser una carga inútil si no se fijan con hora de comienzo y de final, sobre la base de una agenda acordada con los participantes a través de la secretaría. Requieren puntualidad de todos ellos y la exigencia de no desviarse de la agenda así como de que las ponencias sean breves y concisas. El cierre debe dejar conclusiones precisas o decisiones comunes.

La recorrida y las visitas a las diferentes áreas del establecimiento las comprende a todas, médicas, centrales y generales. La dirección encerrada en un despacho pierde la visión de la realidad y tiene que atenerse a lo que le dicen, muchas veces con parcialidad o sesgos. La apreciación “in situ” ofrece a la dirección un complemento para apreciar la totalidad e integración de los problemas, si es un buen observador. Las visitas involucran a las que deben hacerse fuera de horarios habituales, a las guardias y servicios de operación continua.

Una dirección que no conoce la planta de su hospital o clínica y a los grupos de personal que se desempeñan en sus diversas áreas no puede definir prioridades ni tomar decisiones acertadas.

Como es sabido, el tiempo es el único recurso irrecuperable y el de la dirección debe distribuirse con criterio sobre la base de una secretaría muy bien instruida y conocedora del establecimiento y sus relaciones externas.

Podría ensayarse un modelo de distribución del tiempo [Cuadro 3.a].

Distribución tentativa del tiempo para la dirección de un hospital mediano*

Actividades	% Tiempo	Hs. aprox.
Reuniones directivas	4	2
Trabajo con jefes de servicio o áreas	6	3
Atención individual de responsables	6	3
Supervisión de administración de personal	10	5
Supervisión de administración presupuestario	10	5
Supervisión de compras y contrataciones	6	3
Problemas de planta física y equipamiento	6	3
Problemas legales e impositivos	6	3
Recorridas y visitas	14	7
Relaciones con organismos y hospitales	4	2
Junta directiva	4	2
Visión de la comunidad y centros de AMP	8	4
Lectura de información y análisis	10	5
Atención de representantes gremiales	6	3
Total	100	50
* El tiempo tentativo se calcula para una semana de 50 hs. de trabajo.		

Cuadro 3.a

El director¹ representa al hospital, es el responsable último de su funcionamiento normal y de su continuidad permanente. Esto le da autoridad para conducir al conjunto, para evaluar, supervisar y corregir lo que afecte ese funcionamiento. En los establecimientos estatales, en tanto que depende de autoridades superiores, es el responsable de requerir los recursos mínimos para mantener la normalidad. Puede decirse hoy, que también el director de un establecimiento privado, al depender del pago de la seguridad social, es la figura idónea para indicar la insuficiencia o la inoportunidad de los pagos.

La responsabilidad de la dirección llega hasta los límites de los recursos normales y del presupuesto del establecimiento.

La dirección de un efector de AM no debe concentrar un exceso de responsabilidades como la que se daba en la década de 1990. El Programa de Investigación en Economía de la Salud hecho en la provincia de Buenos Aires (1990) por convenio entre el Ministro Ginés González García y el Consejo Profesional de Ciencias Económicas bonaerense, presidido por Alfredo Avellaneda, dice respecto a los efectores estatales "existe una estructura orgánica con "un alcance de control" demasiado amplio, lo cual conforma un "esquema en rastrillo" en donde la Dirección recibe una variada gama de requerimientos". Lo probaba obteniendo un promedio de 27 responsables que reportaban directamente a ella en seis hospitales zonales e interzonales de la provincia.

A título de ejemplo se transcriben las obligaciones de las que el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires responsabiliza al director de un establecimiento privado (Decreto 3280/90, art. 11, inc. 2):

"Contar con un director técnico médico (a excepción de consultorios, policlínicas, y odontológicas, laboratorios de análisis clínicos y servicios de ambulancias) quien será el responsable ante las autoridades sanitarias por el cumplimiento de las leyes, decretos, resoluciones, etc. vigentes en la materia.

Serán sus obligaciones: a) Controlar, por el medio que correspondiere la calidad del profesional habilitado, de toda persona que ejerciere o pretendiere hacerlo, en el ámbito del establecimiento; b) Adoptar los recaudos para que los médicos tratantes o de cabecera, confeccionen en tiempo y forma oportunas las historias clínicas de cada paciente como parte integrante del acto médico profesional; c) Conservar adecuadamente archivadas y por el plazo de 15 años las historias clínicas; d) Denunciar a la autoridad que corresponda todo hecho o acto de carácter delictuoso que llegare a su conocimiento; e) Velar por un eficaz y adecuado tratamiento de los pacientes del establecimiento; f) Propender al buen mantenimiento de equipos e instrumental, así como las condiciones de limpieza, aseo y conservación

¹ A este director los tratadistas españoles le llaman director gerente, quien tiene un director médico subordinado (Temes Montes, 2002: 67).

de las dependencias y de todo el personal que se desempeñe en el mismo; g) Denunciar a las autoridades todo caso confirmado o sospechoso de enfermedad de carácter infecto-contagioso”.

Como es sabido la autoridad puede delegarse pero no la responsabilidad, que sigue siendo compartida entre la dirección y las jefaturas subordinadas (Fajardo Ortiz, 1983:160).

La coordinación de unidades requiere un ordenamiento jerárquico que llega desde la jefatura de cada uno de los departamentos hasta la dirección. La autoridad debe transmitirse por un solo camino a través de las escalas jerárquicas. De la misma forma, los reclamos deben seguir el mismo camino en sentido inverso.

Estos niveles de autoridad y caminos de transmisión se esquematizan en organigramas que a pesar de sus defectos, son su punto de referencia (Barquin Calderón, 1978:530).

En ese esquema cada persona reconoce a su jefe inmediato de quién debe recibir las normas, decisiones y comunicaciones y ante quién debe presentar los informes y los conflictos. El salto por sobre el nivel correspondiente genera anarquía y sólo se admite por el mecanismo del “recurso jerárquico en subsidio” en situaciones de conflicto.

Los niveles de autoridad involucran la responsabilidad de ejecutar normas, distribuir las actividades y supervisarlas, tomar decisiones en esos aspectos, dar participación en cuanto a aportes, inquietudes y quejas a cada uno de los miembros de su unidad, coordinar con otros niveles equivalentes así como recibir y aplicar las decisiones y reportar al nivel superior.

Los niveles jerárquicos deben balancearse de tal forma que ninguno tenga un exceso o déficit de responsabilidades y/o de personal a cargo.

Sin embargo, como en toda organización, suele darse la existencia de un ordenamiento jerárquico formal, reflejado en el organigrama, y otro informal con vigencia real.

Las unidades de trabajo se definen según las **funciones** a su cargo y las **relaciones** con las restantes, así como su **ubicación** en el espacio y en el circuito que el paciente transita en su asistencia. Los puestos de trabajo se definen según un perfil y un detalle de los roles a desempeñar.

4.- Las responsabilidades se distribuyen y comparten

La organización de un establecimiento de salud involucra una distribución de responsabilidades y tareas en función de la **asistencia** a los pacientes en conjunción con la **investigación** y la **docencia**. En tanto esa organización interna debe ser parte de la de un sistema de salud, su función se extiende a la detección y asistencia de necesidades que no se expresan por diversas razones, a través de su área programática.

La distribución de responsabilidades y tareas es, en una primera instancia, dicotómica en tanto unas son de asistencia directa a los pacientes y otras actúan indirectamente (Barquin Calderón, 1978:527 y ss).

Las responsabilidades y tareas se agrupan constituyendo unidades de trabajo, diferenciándose con otras unidades y, a la vez, coordinándose entre sí. Esta coordinación se concreta por el intercambio de servicios (vg. laboratorio clínico obtiene muestras y provee resultados), de personas en forma regular (vg. personal de unidad de enfermería asignado a consultorios, internación o quirófanos) o puntual (vg. anestesistas o patólogos en el equipo de un acto quirúrgico).

Se ha hecho referencia a la dirección, ahora bien, en un efector de AM, con variaciones según el subsector, según su clasificación y complejidad, las unidades son variables.

Se intentará presentarlas ordenadas con eje en el paciente.

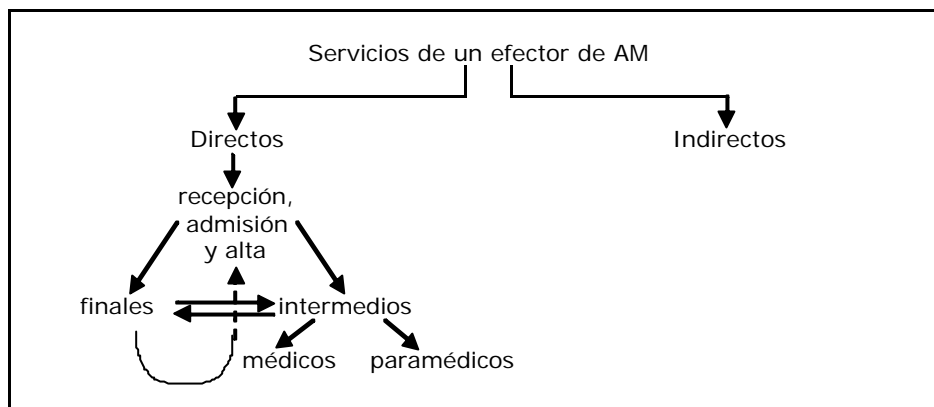
5.- Los servicios a los pacientes pueden clasificarse en directos e indirectos

Los servicios directos al paciente son aquellos que operan con relación inmediata a su persona, comienzan por su **recepción** y **admisión** al efector y terminan en el **alta**.

Una vez admitidos se orientan a un servicio directo cuyo fin es hacer un diagnóstico y tratamiento para su salida del efector: son los **servicios finales**.

No obstante estos servicios finales requieren de otros directos de apoyo que aportan desde una perspectiva especial al diagnóstico y/o tratamiento: son los **servicios intermedios**.
 Los servicios directos se pueden clasificar en médicos y paramédicos [Cuadro 5.a].

Clasificación de los servicios que se prestan en un efector de AM con eje en el paciente



Cuadro 5.a

Se ha dicho que el paciente es la persona a tiempo completo en un establecimiento con internación. Por otra parte, es el eje alrededor de quien todos los servicios y procedimientos deben girar.

Su ingreso y orientación en el establecimiento debe facilitarse por:

- 1 indicación visible del área de recepción;
- 2 señalización de todos los servicios y áreas;
- 3 presencia, en los establecimientos grandes, de un plano fijo, a la vista, que indique los lugares y accesos;
- 4 indicación en cartelera de las autoridades del establecimiento y de los servicios;
- 5 identificación de todo el personal, sin excepciones, con tarjeta con su nombre y función a la vista y en letras grandes, preferentemente con foto;
- 6 señalización de circuitos y salidas de emergencia con flechas.

a.- Recepción y admisión

La **recepción** debe estar a cargo de personal administrativo entrenado en la atención respetuosa y cordial y muy bien informado de cómo debe orientarse al paciente, con registros a la mano de servicios, días y horarios.

La **admisión** está a cargo de médicos experimentados y entrenados para escuchar al paciente y orientarlo al servicio que corresponda a su problema. Los consultorios de admisión deben existir siempre que el número de consultorios y/o servicios sea numeroso.

El **área de espera** requiere un mínimo de comodidad y confort: número de asientos proporcional a la demanda, equipos de calefacción y ventilación y sanitarios accesibles e higiénicos.

La espera en la recepción debe ser mínima, ordenada, con números si la demanda es alta. La espera en los consultorios requiere similar condición y se basa en la estricta puntualidad de los profesionales. La espera de una hora debiera considerarse un exceso tanto en el subsector estatal como en el privado.

La recepción e ingreso de visitantes se apoya en las mismas premisas, requiere la definición de horarios que no incomoden la tarea asistencial ni a los otros pacientes. Deben indicarse a los visitantes las normas de visita con las autorizaciones y prohibiciones pertinentes (Rea, 1963: 349).

La comunicación interna a través de los niveles y las unidades requiere precisión y oportunidad. Las bases son las normas escritas que definen funciones y roles y las que establecen los procedimientos que deben aplicarse. Ellas son necesariamente escritas, en términos sencillos –accesibles a la

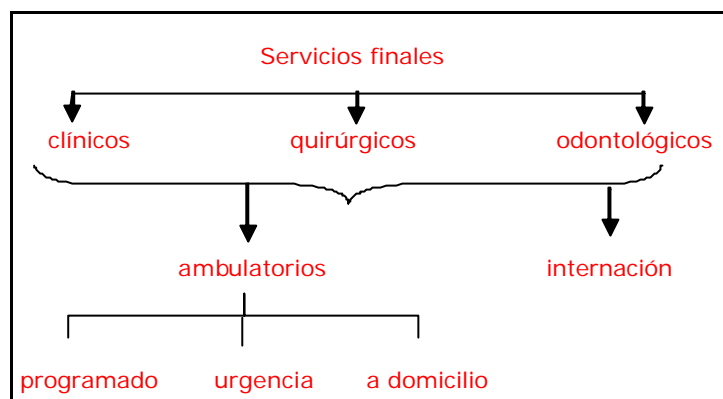
instrucción variable del personal– concretas, resumidas y al alcance de la mano. Las indicaciones en particular y las órdenes de servicio también deben ser escritas con similares características.

La comunicación oral a distancia se funda en diversas técnicas de telefonía y de altavoces. La búsqueda de personas dentro del establecimiento debe ser eficaz.

b.- Servicios finales

Los servicios finales pueden clasificarse según se oriente a especialidades clínicas, quirúrgicas u odontológicas y según la asistencia se lleve a cabo con el paciente en ambulatorio o internación. A su vez la asistencia ambulatoria puede ser en consultorios programados, en el servicio de urgencias, en la sede del efector, en el domicilio u otro lugar. Parte de esta asistencia ambulatoria se deriva a internación [Cuadro 5.b].

Clasificación de los servicios finales que se prestan en un efector de AM con eje en el paciente



Cuadro 5.b

c.- Servicio de Consultorios Externos (ambulatorio programado)

Los **servicios ambulatorios** programados se prestan en los **consultorios externos** que deben estar, con preferencia, integrados al edificio principal, en un lugar accesible, en la planta baja y en la cercanía de la entrada principal si no tienen entrada “ad hoc”. Es conveniente que se agrupen en bloque y que no estén dispersos en el efector. Los consultorios deben señalizarse por especialidad y numerarse. Deben tener una secretaría común que reciba, informe, registre y obtenga la historia clínica del paciente. Esta última debe ser manejada sólo por el personal de archivo, la secretaria y el médico. Además de los datos de identificación deben registrarse los antecedentes principales, la evolución y parámetros principales, tratamiento e indicación de regreso, por cada consulta, la intervención de enfermería y de servicios intermedios si se dieran.

El tema de la Historia Clínica se considera en el capítulo de Información. En los consultorios quirúrgicos pueden realizarse procedimientos de cirugía menor que sólo requieran anestesia local. Hay especialidades que requieren instrumental especial: oftalmología, otorrinolaringología, urología, ginecología y obstetricia. Estos tres últimos deben tener sanitarios internos, aunque sea compartidos. Cardiología requiere electrocardiografía. El de traumatología y ortopedia debe tener recursos para hacer yesos. El consultorio del nutricionista debe formar parte del bloque para la derivación inmediata del paciente que lo requiera. Los consultorios pediátricos de lactantes pueden estar divididos en 2 o 3 boxes para evitar que el médico espere el tiempo de desvestido y vestido del niño. Los servicios intermedios, en especial de Imágenes, Laboratorio Clínico, Farmacia y Servicio Social deben ser fácilmente accesibles, para lograr que en una sola visita se haga el diagnóstico principal. Un office de enfermería común permite llevar a cabo los procedimientos pertinentes también en la misma visita.

d.- Servicio de internación

La internación de un paciente cambia sustancialmente su ritmo de vida normal a diferencia del que se asiste en forma ambulatoria. Queda limitado en su libertad física, sometido a normas y procedimientos asistenciales continuos. Las visitas casi siempre tienen algún grado de restricción.

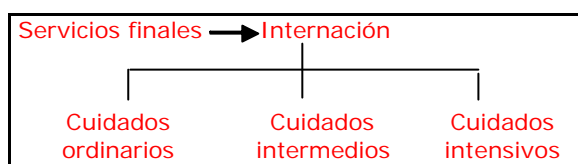
Todo lo hace propenso según su personalidad y circunstancias, a la susceptibilidad, a la percepción de pequeños estímulos, la irritabilidad. "Observa el resto del mundo en posición supina" (Fajardo Ortiz, 1983:290).

La tradición en efectores estatales, en nuestro medio, es la división de la internación en salas comunes por especialidad y sexo. En las últimas décadas se ha preferido construir o remodelar en salas de 3 ó 4 camas con baño compartido, por sexo pero no por especialidad excepto en ciertas situaciones (vg. parturientas).

La tendencia moderna es a la división de la internación según criterios de complejidad y riesgo del paciente por el principio de cuidados progresivos:

- a) Cuidados ordinarios.
- b) Cuidados intermedios.
- c) Cuidados intensivos.

AM Servicios Directos Finales. Internación



Cuadro 5.c

La estructura está formada por las salas de internación y por las siguientes áreas:

- a) Ofice de enfermería, que es a la vez el centro de coordinación de cuidados, de manejo de registros e historias clínicas, materiales y medicamentos de uso diario y debe ocupar un lugar central con una distancia máxima de 35 metros a la cama más alejada y con control visual de entradas y salidas (Fajardo Ortiz, 1983:462). Es el centro de comunicaciones del área, debe recibir llamadas (por timbre y luz) desde cada cama de internación, acceder a llamadas a la guardia y otros servicios así como a la localización de supervisoras y médicos.
- b) Área de vestido, guarda de efectos personales y sanitarios para enfermería y personal.
- c) Sala de día para pacientes que puedan deambular e incluso tomar raciones fuera de su habitación.
- d) Accesos y corredores aptos para la circulación de camas transportables y camillas.
- e) Cuarto de utilería para guardar camillas, sillas de ruedas y otros elementos.
- f) Depósito de ropa limpia y, por separado, de ropa sucia.
- g) Según el tamaño del establecimiento se agregan: área de curaciones –aunque en nuestro medio se hacen en las habitaciones– sala de médicos y sala de familiares.

e.- Servicio de urgencia

Los **servicios ambulatorios de urgencia** en la sede del efector son parte esencial de éste y deben existir en todos los hospitales o clínicas. Estos efectores tienen la característica de funcionar las 24 hs. del día y los 365 días del año sin interrupción.

La urgencia es la atención que requiere inmediatez en el tiempo. Se define, desde quién la demanda, como “toda condición que, a criterio del paciente, su familia o quien asuma la responsabilidad, requiere atención médica inmediata” (Temes Montes, 2002:237).

Una vez reconocido el paciente puede captarse el carácter objetivo o subjetivo de la urgencia y definirse la “emergencia”.

La demanda de urgencia tiende a aumentar en todo el mundo por la medicalización de la vida cotidiana, por la mayor percepción y sensibilidad ante dolencias y, en buena proporción de los casos, para ser atendido más rápido.

En el subsector estatal argentino la tendencia aún no superada, a que los consultorios atiendan de mañana y no funcionen los fines de semana y feriados, sobrecarga naturalmente los servicios de urgencia.

Los recursos para asistir las urgencias, dentro del sistema de AM, deben ser habituales y no extraordinarios (Temes Montes, 2002:207).

Suelen ubicarse en el lado posterior o uno lateral del edificio según las disponibilidades de espacio. Deben tener lugar expedito para la maniobra de ambulancias u otros vehículos, para la entrada de personas en pie y rampa para discapacitados. El paciente que es traído en ambulancia o por otras personas, dentro de lo posible, debe ingresar en camilla o silla de ruedas. Consecuentemente el área de espera y los pasillos deben tener la amplitud suficiente para su tránsito.

Las puertas deben ser, preferentemente, de apertura automática. En las regiones de climas rigurosos se pone doble juego de puertas con vestíbulo con capacidad para una camilla, para proteger contra las inclemencias climáticas (Flyun, 1963:340 y ss).

La estructura física es función de la complejidad y tamaño del efector en la medida en que la urgencia se distribuye en una red regional de establecimientos. En un establecimiento mediano se deben prever:

- 1 Sala de espera: para pacientes ambulatorios y familiares.
- 2 Una sala general, de tamaño grande, con separaciones por cortinas, para la alta demanda.
- 3 Uno o más consultorios para asistencia de pacientes que serán de alta ambulatoria.
- 4 Un consultorio para curaciones y suturas, que en un efector pequeño puede ser el mismo que el anterior.
- 5 Un shock room o más para la asistencia de pacientes críticos y accidentados graves. Es recomendable un espacio con bañera sobre tarima para lavar a quienes sea necesario (Flyun, 1963:342).
- 6 Un office de enfermería.
- 7 Una secretaría o, al menos, un escritorio en la sala de espera.
- 8 Un ámbito de estar para médicos y personal en momentos de descanso, y para espera de personal de traslado, bomberos o policías, con sus sanitarios y facilidades para agua e infusiones.
- 9 Sanitarios para pacientes y familiares en espera.

El personal hace tradicionalmente turnos de 24 hs. en guardia, sin embargo, debe tenderse a turnos de 12 a 8 hs tanto para los profesionales como para el resto de personal.

Actualmente se tiende a formar médicos en postgrado con orientación en Emergentología. J. L. Sancho Marín señala también la tendencia a desarrollar “hospitales de alta resolución” con tres componentes principales: urgencia, internación de día y cirugía ambulatoria (Temes Montes, 2002:207). Lo que no obsta a que todos los miembros de una guardia de urgencia deban estar preparados y entrenados para este tipo de asistencia.

Las actividades en un servicio de guardia pueden dividirse en los siguientes (Temes Montes, 2002:209):

- 1 Área de clasificación (triage).
- 2 Área de pacientes ambulatorios.
- 3 Área de reanimación.
- 4 Área de observación.
- 5 Área de espera e informe.

La **entrega de guardia** de uno a otro turno debe ser formal, cara a cara entre los jefes con el comentario sobre las situaciones que quedan pendientes y aclaración de los registros que fueran necesarios. De igual manera se debe proceder en enfermería y secretaría, si sigue similar turno.

La **clasificación** (triage) es paralela a la identificación -no debe olvidarse que se trata de una admisión- lo más precisa posible del paciente así como de los acompañantes o el servicio ambulatorio que lo trae. Este último, que se considera en capítulo aparte, debe proveer una ficha clínica resumida del paciente al servicio receptor.

Lo habitual, en nuestro medio es el llenado de un **Libro de Guardia** con todos los datos fundamentales y las consideraciones especiales si se trata de víctimas de violencia o accidentes así como de toda otra que pueda tener consecuencias legales.

La clasificación (triage) debe estar a cargo de un médico o en los accidentes múltiples, de un licenciado en enfermería, ambos de experiencia. Se usan diversos modelos [Cuadro 5.d]².

Modelo de clasificación de situaciones de urgencia

Situación	Riesgo	Asistencia
crítica	vital seguro	inmediata internación en UTI
emergencia	grave	a corto plazo posible internación
urgencia	moderado y leve	a corto plazo posible alta ambulatorio
no urgente	leve o banal	a medio plazo alta ambulatorio

(Temes Montes, 2002: 209), modificado.

Cuadro 5.d

La **asistencia ambulatoria** se realiza en la sala común, separada por cortinas o boxeado, o en un consultorio aparte para curaciones y suturas, otro para yesos, y acceso a un quirófano pequeño de cirugía sucia. Se recomienda un pequeño consultorio para urgencias psiquiátricas. Las urgencias oftalmológicas u otorrinolaringológicas requieren consultorios equipados "ad-hoc" y tienden a organizarse en alguno de los efectores de una red.

Los medios imagenológicos elementales (radiografía convencional y ecografía), en los hospitales grandes, tienden a ser propios de la guardia.

La **reanimación** se realiza en habitáculos equipados, tipo shock room, con acceso fácil a quirófano y UTI.

La **observación** se continúa en un área con camas para pacientes que no reúnen criterios de ingreso al primer examen pero dejan sospechas clínicas. Por ello, se los observa continuamente hasta 24 hs, después de las cuales se define su alta o internación.

La **información** a los familiares o responsables es una función obligatoria del médico asistente o del jefe en situaciones críticas y especiales. En los pacientes bajo observación deben darse partes periódicos. La sala de espera debe tener un mínimo de comodidades, acceso a teléfono público y aparatos de provisión de agua, infusiones y otros elementos que faciliten la espera, casi siempre cargada de ansiedad y angustia. La guardia de un efector debe tener contacto directo y auxilio inmediato de **personal de seguridad** por situaciones de tensión y aún de violencia que puedan presentarse.

El servicio de guardia debe funcionar como un continuo bajo la **conducción de un jefe o coordinador** de todos los días y turnos, que los programe, provea los reemplazos o cambios, conduzca la docencia en servicio y asegure los registros imprescindibles.

La guardia, por otra parte, es la puerta de entrada en accidentes múltiples y catástrofes para lo que debe conocer el plan del hospital en estas circunstancias. Este tema se verá en capítulo aparte.

2 La subcomisión de Trauma de Colegio de Médicos del Distrito I (La Plata) prefiere clasificar (Triage) al accidentado grave en atención hospitalaria, según el modelo CRAMP (circulación, respiración, abdomen, musculatura y palabra) y la colocación en la muñeca del paciente de tarjetas troqueladas de diversos colores para facilitar la evacuación. Los colores definen prioridad en el siguiente orden: **rojo**: hipoxia/shock estabilizable; **amarillo** efecto sistémico sin hipoxia/ shock pueden esperar 45-60'; **negro**: no toleran evacuación; **verde**: lesiones de poco riesgo; la tarjeta **blanca** sin talón se usa para los óbitos (Cfr Maceroni R., Moreno J y otros, *Manual de Atención Médica Hospitalaria del Accidentado grave*, La Plata, Sur, 1995.).

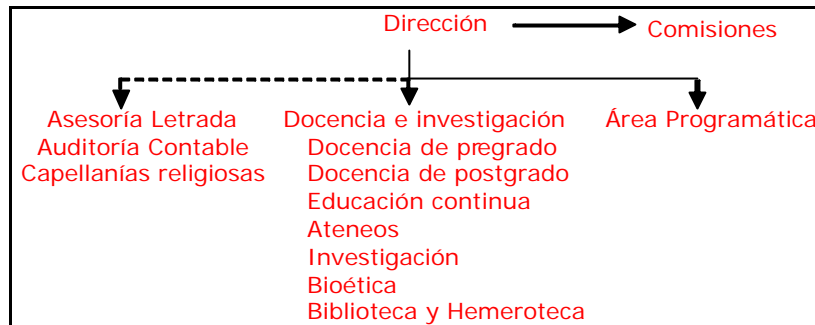
6.- Los servicios se estructuran de diversas formas

La diversidad de servicios, como quiera que estén jerarquizados, deben estructurarse dentro y fuera del efector. Hacia fuera de él uno de los grandes logros de la organización sanitaria es la responsabilidad poblacional-territorial, el área programática. Ella sin prejuicio de la libre elección y en función de la accesibilidad.

Se presentará a continuación una serie de cuadros que se consideran modelos posibles de esa organización³ [Cuadros 6.a, 6.b, 6.c, 6.d, 6.e, 6.f].

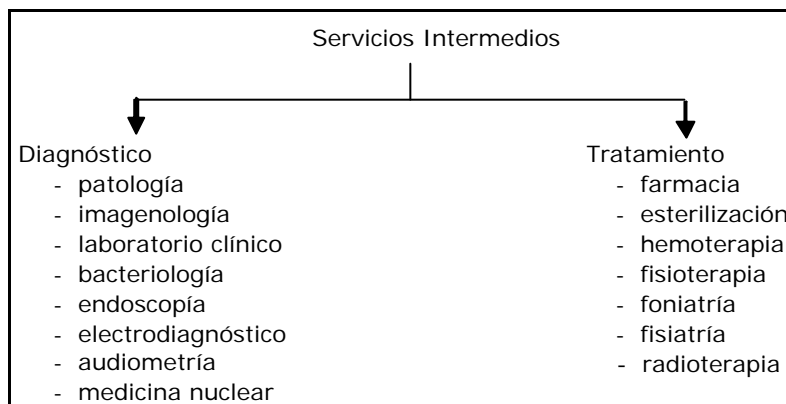
No se desarrollarán en este capítulo, sino en un escrito posterior.

Efectores de AM. Servicios Especiales



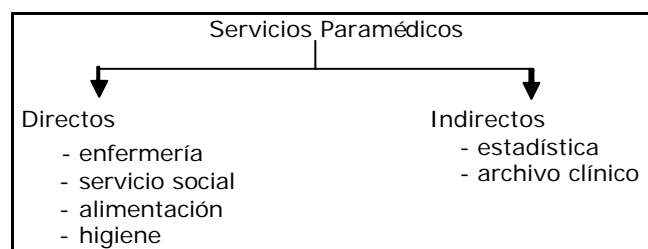
Cuadro 6.a

AM. Servicios Directos Intermedios



Cuadro 6.b

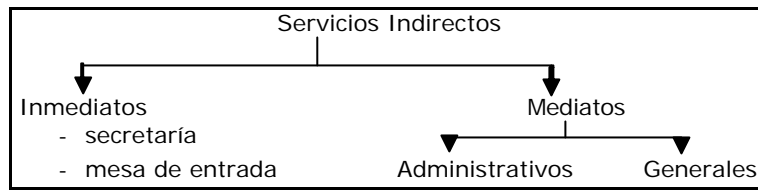
AM. Servicios Paramédicos



Cuadro 6.c

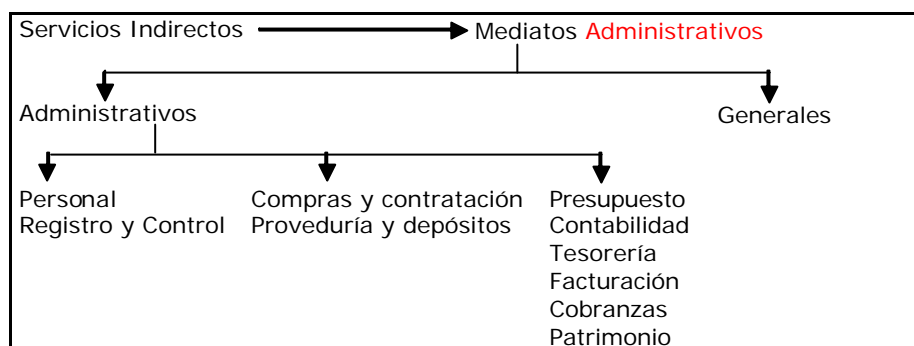
³ No significa que todos ellos existan en cada establecimiento, pero es esencial que existan en la red de la que cada efector forma parte.

Efectores de AM. Servicios Indirectos



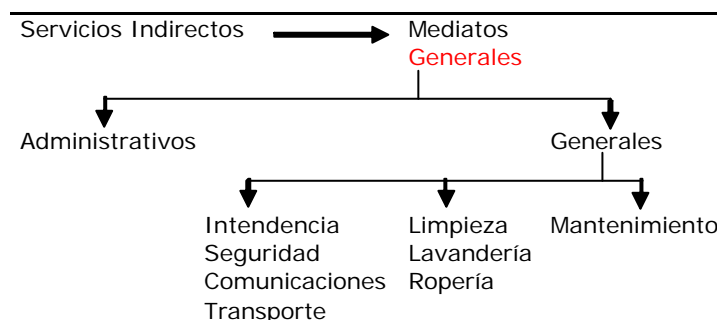
Cuadro 6.d.

Efectores de AM. Servicios Indirectos Mediatos Administrativos



Cuadro 6.e.

Efectores de AM. Servicios Indirectos Mediatos Generales



Cuadro 6.f.

Los servicios de mayor complejidad (vg neurocirugía, cardiocirugía, terapia intensiva especializada, medicina interna compleja) deben concentrarse en pocos lugares para lograr el máximo de calidad asistencial ya que se ha evidenciado que, más allá de las capacidades individuales, esa calidad, en los pacientes complejos, tiende a aumentar en proporción directa a la cantidad de procedimientos que se realizan anualmente en un centro médico (8).

7.- Los servicios se articulan de pocas formas

Se ha expresado que la dirección hospitalaria o sanatorial debe estar a cargo de un equipo especializado, así como que las responsabilidades se redistribuyen y comparten.

El desarrollo y funcionamiento armónico de un establecimiento depende de esas premisas y ellas requieren alguna explicitación.

Tanto los hospitales estatales como los privados dependen de una **instancia superior**: el organismo jurisdiccional de salud, o una junta de gobierno si está descentralizado, en los estatales; el directorio o comisión directiva en los privados. Esas instancias tienen a cargo la definición de la misión, los objetivos y las normas generales así como las estrategias del establecimiento, asegurar los recursos para cumplirlas y desarrollarlas así como de designar a los **directivos** y evaluar el cumplimiento de sus definiciones. En ese marco deben dar libertad de acción con cargo de responsabilidad a los directivos.

En esta transferencia de poder suele darse el primer conflicto tanto cuando las instancias superiores no son coherentes en sus definiciones- marco, cuando se desinteresan de la marcha del establecimiento como cuando interfieren en la labor propia de los directivos. Sin embargo, una instancia superior responsable no puede dudar en remover sin dilaciones a los directivos que no demuestren idoneidad, dedicación y/o identificación con el marco de orientación. Se llamará directivos al equipo de conducción que preside el director médico del establecimiento y que como tal, debe distribuirse la diversidad de tareas nucleares que se mencionan a continuación.

Los directivos están posicionados entre varios frentes internos y externos. Los internos son el **cuerpo profesional** y el personal, así como sus agrupaciones.

El cuerpo profesional estará más o menos disperso según el tamaño del establecimiento aunque en menor o mayor grado de interacción según la afinidad de los servicios. Los directivos deben lograr que haya servicios- en los establecimientos estatales ellos están previstos- esto es: grupos organizados por especialidad u orientación con jefes responsables y miembros de los más calificados que puedan incorporar.

En este nivel se plantea el segundo conflicto. Considerando que los directivos sean idóneos y tengan por objetivo cumplir la misión del establecimiento, pueden encontrar diversas vallas: que no haya servicios sino profesionales independientes- lo que es razonable en especialidades de baja demanda- o que habiéndolos sus jefes no los conduzcan o lo hagan mal, que los profesionales tengan el hábito erróneo de incorporar allegados sin analizar otras alternativas ni ordenar el ingreso por méritos, que los servicios no tengan normas internas o no las cumplan o que actúen en forma aislada del resto del establecimiento. Suele presentarse también la puja distributiva interna por personal, espacios o equipamiento en la que los directivos deben decidir de acuerdo a las prioridades y armonía del conjunto.

Si el establecimiento es «abierto» a **profesionales externos**, los directivos deben documentarse de sus títulos y calificaciones, según las cuales admitirán o no la actuación de los mismos.

Un hecho positivo es la **agremiación interna** de los profesionales, por lo general adherida a un nivel gremial distrital. Va de suyo que esta organización, de acuerdo a sus fines, no puede arrogarse la conducción de ningún aspecto del desarrollo y funcionamiento hospitalario. Una responsabilidad mutua de los representantes gremiales y directivos es acordar las situaciones y conflictos a la luz del marco de orientación del establecimiento (misión, objetivos, normas y estrategias) y el desarrollo armónico de los servicios. Hay ciertas tradiciones corporativas injustas, protagonizadas eventualmente por profesionales, jefes, representantes gremiales y aún directivos, tales como la defensa irrestricta de defectos o incumplimientos graves, entre otros. Estas tradiciones negativas interfieren en el desarrollo y calidad institucional y deben afrontarse tendiendo a una corrección progresiva y pacífica.

El **personal** técnico, administrativo y auxiliar tiene también problemas del tipo de los expuestos. Su heterogeneidad, en cierta forma, los complica. De allí la importancia de los administradores, los jefes de departamento de enfermería y de servicios generales. Su idoneidad e identificación con el marco de orientación resultan esenciales, como es obvio. Estos jefes afrontan en un campo más limitado los conflictos propios de los directivos y, a su vez, de no poder solucionarlos, deben reportarlos a estos últimos.

El personal tiene también sus **gremios** internos, en algunos casos diversos en adhesión distrital y orientación. La promoción de las virtudes institucionales de la agremiación es función de los directivos dentro del marco de orientación del establecimiento. La negociación con los entes gremiales es una función difícil en la que es preciso escuchar con atención y respeto, consultar y analizar con prudencia y decidir sin aceptar presiones impropias, siempre teniendo en cuenta que, a veces, es preciso ceder con equilibrio y autoridad.

La división de tareas y la valoración de las de cada sector hace de los directivos un mediador entre el cuerpo profesional, el sector administrativo y el personal. Debe asegurarse que el primero sea respetuoso y cumplidor de las normas administrativas y técnicas.

En el **frente externo**, los directivos se encuentran ante los financiadores y los proveedores de recursos, relaciones en que la situación actual de la AM en Argentina los suele ubicar en «capitis diminutio», ya sea como responsable de acreencias de los financiadores o de las deudas con los proveedores. Si bien esta función es propia de los jefes administrativos, hay situaciones críticas en las que deben intervenir los directivos.

Toca a esos jefes administrativos las relaciones con los organismos impositivos y previsionales, así como con los bancos y entidades financieras. En tal sentido, deben tener al tanto de esas relaciones y sus grandes lineamientos a los directivos. Por ejemplo, sería una irresponsabilidad de ambos que los últimos se enteren de golpe de una deuda impositiva o previsional acumulada y significativa, de cuentas importantes «en rojo» o del cese de créditos, problemas frecuentes en la Argentina en las actuales circunstancias. Si bien esto es plenamente aplicable al subsector privado, las cuentas «en rojo» no son ajenas al estatal.

Sin embargo, el ámbito interno por antonomasia de los directivos son **los pacientes y sus familias**, y si el establecimiento tiene área espacial de responsabilidad los centros ambulatorios o consultorios derivadores y la propia **comunidad**. Esto último es válido para los efectores privados en la medida en que aspiren a mantener o ampliar su clientela y sus servicios.

Los directivos deben tener contacto habitual con pacientes y familiares, atender los problemas y quejas que desbordan los niveles subordinados y valorar su satisfacción por los servicios brindados.

Finalmente los directivos deben tener en cuenta que son responsables legalmente ante las autoridades estatales, los colegios profesionales y los jueces, de los problemas graves que eventualmente ocurran en su establecimiento. La conducción acertada y las precauciones debidas (vg. historias clínicas, libros de guardia, registro de procedimientos de contrataciones, legajos y documentación completa de profesionales y personal) le serán de apoyo sustancial ante cualquier cuestionamiento.

Citas bibliográficas

- Temes Montes J. L. et al. Gestión Hospitalaria. Mc Graw Hill, Madrid, 2002.
- Del Llano Señaris J. et al. Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos. Masson. Barcelona, 1999.
- Thompson D. A. (I) y Strickland A. J.(III). Dirección y Administración estratégicas. Addison-Wesley. Iberoamericana, Wilmington (Delaware, E.U.A), 1994.
- Fajardo Ortiz G. Atención Médica. Teoría y Práctica Administrativa, Prens. Med. Mex., México, 1983.
- Barquin Calderón M. Organización. En: Sonis A. y col. Medicina Sanitaria y Administración de la Salud. El Ateneo, Bs. As., 2° t, 1978.
- Rea E. L. Departamento de Consulta Externa. En Owen J. K. y Eisleben R.K. Conceptos Modernos de Administración de Hospitales. Panamericana, México, 1963.
- Flynn D. F. Servicio de urgencia. En Owen J. K. y Eisleben R.K. Conceptos Modernos de Administración de Hospitales. Panamericana, México, 1963.
- Cfr. vg. Mac Kenaie E.J. et al. A National Evolution of the Effects of Trauma Centers Care on Mortality. N. Eng. J. Med. 2006; 354:366-78; Thiemarn D.R. et al. The Association Between Hospital Volume and Survival after Mayor Cardiae Infartion in Elderly Patients. N. Engl. J. Med, 1999; 340:1640-49.

INTRODUCCIÓN AL FINANCIAMIENTO EN ATENCIÓN MÉDICA

Horacio Luis Barragán

1.- La satisfacción de necesidades depende de decisiones políticas y opciones económicas

Las necesidades humanas aumentan en función del tiempo histórico y del desarrollo social y generan expectativas de satisfacción que no siempre pueden ser realizadas: a veces para ninguno, las más veces, para los menos favorecidos. Es así como se genera el problema de la penuria por los bienes o servicios posibles y teóricamente disponibles.

La ciencia y la tecnología favorecen no sólo la satisfacción de las viejas necesidades humanas sino que provocan la creación de nuevas. Sin embargo la ciencia y la tecnología solas no proveen por sí mismas soluciones para que la satisfacción de las necesidades, nuevas o viejas, sea equitativa.

La **equidad** en la satisfacción de necesidades a través de la disponibilidad y el acceso a bienes y servicios, depende de la política y la administración.

La **política** se refiere al ejercicio del poder en las sociedades: ¿quiénes lo poseen?, ¿por qué, para qué y cómo lo ejercen?

La **administración**, dependiente de la política, se refiere a la gestión de una organización para cumplir los objetivos de satisfacer necesidades de la comunidad externa a ella así como las propias.

Las sociedades globales, un país, una provincia o municipio, tienen una sumatoria diversificada de necesidades que pueden ser satisfechas por bienes y servicios cada vez más abundantes y complejos.

Entre esas necesidades hay algunas que son **primarias**, como el trabajo, la vivienda, la alimentación, el vestido, la salud, el descanso y la educación. En distintos niveles y calidades, estas necesidades pueden ser cubiertas para todos no sólo en función del progreso de la ciencia y de la técnica, sino de una política y administración equitativas y eficaces orientadas al bien común.

Hay necesidades **secundarias** en las que la desigualdad en la satisfacción no genera injusticia social ni conflictos graves. Por el contrario, la desigualdad en el acceso a bienes y servicios primarios, sí genera al mismo tiempo injusticias y conflictos.

Cuando la penuria es sufrida por toda una sociedad por la carencia de bienes y servicios primarios, se generan conflictos externos, pero no necesariamente internos.

A medida que las sociedades aumentan su tamaño y complejidad, no sólo crecen en cantidad y calidad las necesidades, sino también la estratificación social y las diferencias regionales. Consecuentemente las dificultades para lograr la equidad a través de la política y la administración son mayores.

El pensamiento político y el administrativo consideró estas dificultades ya sea en “la sociedad de la abundancia” liberal o la “sociedad comunista” marxista. Ambas perspectivas definieron un objetivo político de cooperación entre todos los estratos e instituciones de una sociedad, pero ninguna descartó un período intermedio de antagonismos. De hecho, estos antagonismos se multiplicaron por el progreso científico y técnico.

Aquellas perspectivas políticas nacieron como respuesta al conflicto universal generado por ese mismo progreso.

Los países actualmente desarrollados transitaron períodos prolongados de fuerte conflicto antes de lograr su nivel. Los mayores en tamaño no han logrado aún la equidad y mantienen en su propio ámbito interno un “cuarto mundo” de desposeídos¹ (Mundell, 1968).

2.- La Economía vincula necesidades, recursos y bienes

“La economía política trata de necesidades y recursos [...]. Como la necesidad es un estado de la mente, la política se ocupa del hombre; como los recursos son materia, la economía se ocupa de la naturaleza [...]. Ésta (la confrontación de fuerzas opuestas) existe siempre en los problemas económicos: necesidad y recursos, deseo y oportunidad, hombre y naturaleza, consumo y ahorro, oferta y demanda. La elección no es sino el acto final, el desenlace donde las fuerzas románticas del deseo se batan contra las fuerzas realistas de la oportunidad”.

(R. Mundell, 1968:13)

Desde la Revolución Industrial hasta el presente la prosperidad de los pueblos aumentó, aunque diferencialmente, con contradicciones, incluso en el campo de la salud. Sin embargo, esta prosperidad, más que todo material, no implicó un aumento equivalente de la felicidad ni tampoco una reducción de la competencia, una de las fuentes del estrés. Por el contrario, esta competencia se trasladó al plano mundial con la globalización que impuso similares normas económicas en todo el planeta (Samuelson y Nordhaus, 1996:3).

Samuelson define a la Economía como “la manera en que las sociedades utilizan los recursos escasos para producir mercancías valiosas y distribuirlas entre distintos individuos” (1996:4).

Las “mercancías valiosas” son también llamadas “bienes escasos” en contraposición a los bienes gratuitos, tales las arenas del desierto y el agua del mar.

Una advertencia de Keynes es la trascendencia de las ideas económicas, aún equivocadas, por sobre la de los intereses creados. Las ideas económicas hechas públicas, acertadas o no, pueden producir tanto una suba de acciones como el derrumbe de una Bolsa de Comercio y aún de un país (Samuelson y Nordhaus, 1996:13).

Entre las ideas económicas actuales, Samuelson señala ésta: “La prosperidad de las economías modernas depende de que se consiga el debido equilibrio y reparto de responsabilidades entre los mercados y el estado” (1996:22). Es así como en un momento se alaba el mercado y se tiende a una general privatización. En cualquier caso corresponde al Estado “crear un clima seguro” y controlar “los excesos de los mercados” (1996)².

La economía de mercado es una red de largos y complejos mecanismos e instancias a través de los cuales se intercambian conocimientos, tecnologías, bienes y servicios, se definen precios y salarios y se toman decisiones.

Hubo lugares abiertos, plazas con innumerables puestos de compraventa, y hoy todavía, llamados mercados. Hoy conocemos el atractivo de los supermercados pero los economistas hablan de lugares donde se definen las cantidades y valores de determinados productos, por ejemplo, el mercado o plaza de Chicago, edificio en el que se discuten a nivel mundial esas variables en cuanto al trigo y al maíz.

1 Marx observó, como sociólogo, la lucha de clases, capitalistas y proletarios, en las ciudades inglesas de fines del siglo XIX. Aún Gran Bretaña no había logrado un nivel aceptable de equidad social (Mundell, 1968:93).

2 Samuelson indica dos momentos claves en la ciencia económica. El primero fue la publicación de la obra de Adam Smith “Investigación sobre la naturaleza y la causa de la riqueza de las naciones” en 1776, mismo año de la Revolución de la Independencia norteamericana. Con él se desarrolló la **Microeconomía** rama que se ocupa del comportamiento de los mercados, las empresas, la vida doméstica e individual. Uno de sus temas centrales es la determinación de los precios que, para Smith, debían dejarse a “la mano invisible del mercado” toda vez que el bien común se lograría a partir de las acciones interesadas de cada uno de los actores.

El segundo es John Maynard Keynes que publicó su obra “Teoría general de la ocupación, el interés y el dinero” en 1936, transpuesta la Gran Depresión de 1929-1933. Con él se consolidó la **Macroeconomía** ante la posibilidad de que los mercados y su “mano invisible” pudieran funcionar mal y el imperativo de que el Estado contribuyera a equilibrar los ciclos económicos especialmente en sus etapas depresivas (vg. 1929-1933 y 1989-1993) (Samuelson y Nordhaus, 1996:5).

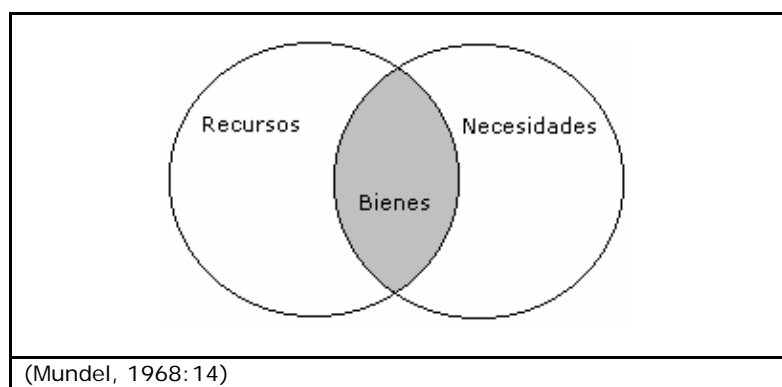
Pero se denomina más en general, mercado a un “mecanismo por medio del cual los compradores y los vendedores de un bien o servicio determinan conjuntamente su precio o cantidad” (Samuelson y Nordhaus, 1996:23).

La primera variable es el precio: “Cuando una persona acepta comprar un Ford a un concesionario por U\$A 4050, eso indica que para ella el Ford vale más de 4050 y que para el concesionario U\$A 4050 valen más que el Ford” (Samuelson y Nordhaus, 1996:23). Los precios son un sistema de comunicación entre compradores y vendedores: el aumento de precios tiende a reducir la compra y aumentar la producción mientras que, a la inversa, la disminución de los precios impulsa a aumentar la compra y reducir la producción. En tiempos sucesivos el mercado de bienes y servicios comunes tiende a lograr un equilibrio, definiendo al mismo tiempo qué hay que producir y consumir, cómo se produce y a quién se vende.

Los elementos que regulan el mercado son entonces los factores de la producción y los del consumo dentro del marco de la escasez y la eficiencia.

Los recursos son las cosas existentes, las necesidades las cosas deseadas que faltan y los bienes escasos son las cosas deseadas existentes (Mundell, 1968:14) [Cuadro 2.a].

Bienes Económicos



Cuadro 2.a

3.- Los bienes y los recursos se relacionan con los principios de escasez y eficiencia

La confrontación entre bienes escasos y necesidades o deseos ilimitados, lleva a sentar dos principios liminares de la Economía: el de escasez y el de eficiencia.

El principio de escasez dice que las necesidades son ilimitadas y los recursos escasos. Los recursos ilimitados no entran dentro del estudio de la economía, tal el agua para una persona en la orilla de un lago. Por el contrario el bien es escaso cuando una persona se encuentra en el desierto, donde no hay agua.

El hambre es una necesidad mientras que los alimentos son recursos para satisfacerla. Pero bienes son los alimentos disponibles, no los que potencialmente pueden producirse, consecuentemente son escasos en relación a la población que los requiere. Piénsese en una de las enfermedades más antiguas, extendidamente presente, que es el hambre crónica de las poblaciones y su consecuencia, la desnutrición.

El principio de eficiencia sostiene que es preciso producir la mayor cantidad de bienes con la menor cantidad de recursos.

La Economía reconoce el principio de escasez y busca formas de alcanzar una organización eficiente de la producción y distribución de los bienes.

La producción de bienes debe responder a tres grandes preguntas: ¿Qué bienes?, ¿cómo producirlos? y ¿para quién? (Samuelson y Nordhaus, 1996:6).

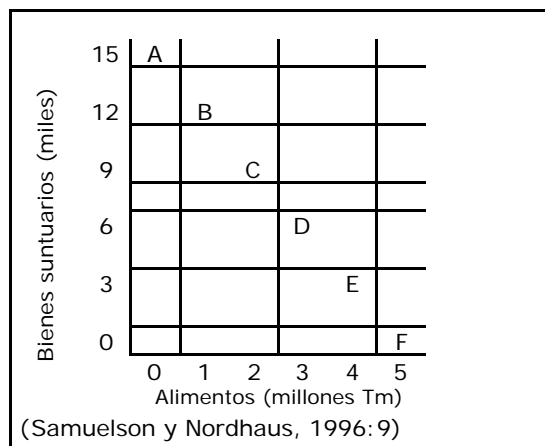
Dado un bien, su producción depende de los recursos y de la tecnología disponible. Los recursos utilizados en una producción determinada son a su vez mercancías, bienes o servicios,

necesarios para los procesos productivos y se los llama factores de la producción. La mercancía, bienes o servicios, que salen del proceso para su consumo son denominados productos.

4.- La producción de bienes y servicios tiene límites que requieren opciones

La producción de bienes o servicios tiene un límite: las personas y comunidades no pueden producir todo lo que quieren (Samuelson y Nordhaus, 1996:8). Así se llama “frontera de posibilidades de producción” (FPP) a las cantidades máximas que puede alcanzar una economía dados los factores de producción y las tecnologías del proceso. Estas **cantidades implican opciones**, justamente por el principio de escasez de los recursos. Su graficación se hace ubicando en las abscisas (x) uno de los productos y en las ordenadas (y) otro de ellos (Samuelson y Nordhaus, 1996:10). Dada una sociedad con una economía determinada frente a la opción de producir alimentos y bienes suntuarios se expresa gráficamente [Cuadro 4.a y 4.b].

Frontera de posibilidades de producción de los bienes. Formación de la curva



Cuadro 4.a

Cada punto indica la posibilidad de producir ambos bienes en la cantidad que indica su respectiva escala y señala el “menú de opciones de una sociedad”.

Al unir los puntos A a E se forma la curva “frontera de posibilidades de producción”. Así los puntos que quedan fuera de ella son inalcanzables y los que quedan por debajo indican recursos no utilizados o mal utilizados (ineficiencia).

Posibilidades de producción

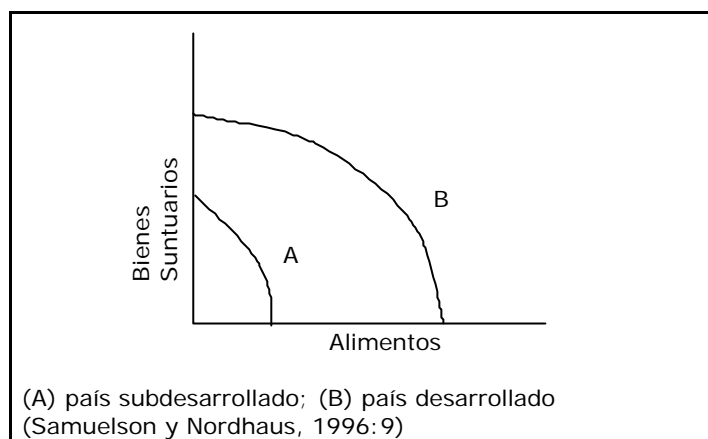
Posibilidades	Alimentos (millones Tn)	Bienes suntuarios (miles)
A	0	15
B	1	12
C	2	9
D	3	6
E	4	3
F	5	0

(Samuelson y Nordhaus, 1996:9), modificado.

Cuadro 4.b

El crecimiento económico desplaza la curva de FPP hacia la derecha del cuadro 4.c.

Frontera de Posibilidades de Producción de los bienes. Desplazamiento según el grado de desarrollo



Cuadro 4.c

La clasificación de los bienes (al decir bienes se incluyen “bienes y servicios”) tiene varias dicotomías, así:

- necesidades y bienes suntuarios;
- bienes privados y bienes públicos;
- consumo e inversión.

Entre los bienes, uno de los más sustanciales e irrecuperable, es el tiempo, el usado para una cosa no lo es para otra.

En el marco de la Frontera de Posibilidades de Producción (FPP) puede decirse que la eficiencia se da cuando una sociedad no puede aumentar la producción de un bien sin reducir la de otro, es decir que se encuentra en esa frontera, sin puntos por debajo de la curva y ella representa “el menú de opciones de esa sociedad” (Samuelson y Nordhaus, 1996:12).

En este contexto de opciones, se ubica la financiación de la Salud Pública en general y la de la Atención Médica en particular.

5.- Diversos factores llevan a requerir una mayor financiación

La financiación es la forma de sufragar los gastos de una actividad o inversión. Expresa en valor monetario la suma del precio de cada tipo de recurso que esa actividad o inversión requiere. Su objetivo en la Atención Médica (AM) es disponer de fondos para facilitar la accesibilidad a ese servicio y evitar que haya quienes no accedan por no poder pagar o se empobrezcan al hacerlo (OMS, 2000:109).

Las personas, familias, grupos y sociedad en su conjunto, asumen, total o parcialmente, la financiación del cuidado de su salud y de la atención de la enfermedad. Esa financiación compromete una parte, mayor o menor según las circunstancias, de los ingresos de cada una de esas unidades sociales.

La financiación de la AM tiende progresivamente a aumentar por diversos factores:

- a) Factores demográficos:** el aumento de la expectativa de vida y el envejecimiento de la población así como la creciente urbanización, generan, respectivamente, una mayor carga de enfermedad y un acceso menos dificultoso a los servicios.

- b) **Factores culturales:** la mayor difusión de los progresos de la medicina y la conciencia creciente del derecho a la salud. Esta última es impulsada por los aportes a la Seguridad Social.
- c) **Factores de la oferta:** el aumento del número de profesionales, personal sanitario y establecimientos asistenciales; la creciente especialización y subespecialización así como los progresos en diagnóstico y tratamiento son impulsados por la investigación científico-tecnológica, la puesta en el mercado y difusión por los medios, **su estudio y aplicación**, por el cuerpo profesional.

Tanto los dos primeros factores, que tienden a aumentar la demanda, como el tercero que al aumentar la oferta genera mayor demanda, requieren, más recursos financieros. Éstos serán ineficientes si no van acompañados de una mejor gestión.

Esta gestión, en la sociedad en su conjunto, depende de la política que la inspire. Según los tiempos y los países tiende a ser más liberal o más socializada. Este último enfoque es aplicado aún en países de predominio político liberal. Así, en el Reino Unido, con el acceso del partido Laborista al poder, en la post Segunda Guerra Mundial, se desarrolló un Servicio Nacional de Salud financiado con fondos de la recaudación general y organizado en niveles de atención coordinados entre sí. En EEUU, con larga trayectoria de seguros privados de Atención Médica, llegó un momento³ en que hubo que crear sistemas solidarios como el Medicare, para mayores de 65 años, y de Medicaid, para sectores de pocos recursos, financiados con fondos federales y de los estados de la Unión.

El sector de AM, por ser imprescindible en todos los países, incluyendo Argentina, tiene mayor o menor grado de financiación socializada.

El gasto en Salud se basa en la financiación de la Atención Médica, la del Saneamiento Ambiental así como la que suman la Medicina del Trabajo y la Higiene y Seguridad Laboral. Se hará referencia, en este acápite, sólo a la primera.

6.- La financiación depende de diversos factores

La financiación depende de (OMS, 2000:109):

- a. **La recaudación de fondos.** Según el sistema de AM dependerá de las rentas generales provenientes de los impuestos, de las contribuciones y aportes de la Seguridad Social (SS), de las primas pagadas a los seguros privados o de los pagos directos de bolsillo, o de una combinación de algunos de estos. La financiación por rentas generales depende del régimen impositivo, la coparticipación de las jurisdicciones mayores hacia los menores (nación a provincias, provincias a municipios) y del grado de evasión. Las contribuciones y aportes de la SS dependen de su pago oportuno, la cancelación de las deudas morosas y de la magnitud del trabajo en negro. En los países menos desarrollados juegan un importante papel los organismos internacionales y fundaciones a través de donaciones, por ejemplo: en Uganda (1993), el 40% y en Gambia (1994) el 84% de la financiación dependió de esa fuente a través de proyectos especiales (OMS, 2000:110).
- b. **La fluidez de los fondos.** El subsector estatal de AM así como el de Obras Sociales (OOS) argentinas, ya sean nacionales o provinciales, dependen de la tesorería de la jurisdicción, donde se concentra la distribución de los fondos presupuestados. Su disponibilidad de efectivo como también sus prioridades, suele demorar o fragmentar los pagos a los prestadores.
- c. **La mancomunación de recursos** es la concentración de la financiación en fondos comunes para distribuir el riesgo financiero. Es lo opuesto a los sistemas de ahorro individual, como hay en EEUU y Singapur. Los fondos comunes permiten los subsidios cruzados entre personas de bajo riesgo hacia los de alto riesgo de requerimientos asistenciales. El entrecruzamiento de subsidios por riesgo entre grupos sociales no siempre coincide con el cruce por ingresos. Es decir, se dan casos en que personas de bajos ingresos subsidian a otras de altos. Claro ejemplo, en Argentina, es cuando los aportantes de menores ingresos

³ Los efectos de la crisis de 1930, recién concretado en lo que hace a AM en la década de 1960.

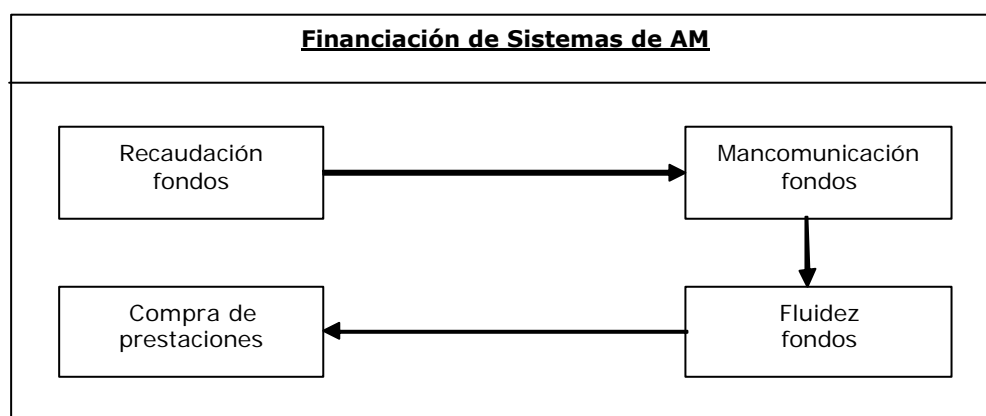
de una obra social recurren al subsector estatal sin hacer uso del beneficio en el subsector contratado por ella. Ello, por no poder pagar el coseguro. Además el efector estatal estuvo inhibido de cobrar a la obra social por la asistencia a sus beneficiarios. Mientras tanto los de mayores ingresos de la misma institución, que pueden pagar el coseguro, usan el beneficio contratado, que se paga con aportes de todos, entre ellos de los que acudieron al subsector estatal. Esta inversión de la solidaridad se corrige con la habilitación de los efectores estatales para cobrar a las obras sociales por la asistencia a sus beneficiarios. Otro mecanismo es que la obra social exima a los de menores ingresos del pago del coseguro.

Entre instituciones de SS hay formas de compensar diferencias de capacidad financiera para aquellas con promedios de salarios bajos, mediante fondos compensadores como hay en Colombia, los Países Bajos y Argentina. En esta última las leyes de OOSS establecen un aporte de todas las de carácter nacional a un Fondo Solidario de Redistribución.

Los fondos comunes pueden ser varios o uno sólo. Este último es el caso del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido y el Instituto de Seguridad Social de Costa Rica (OMS, 2000:115).

Cuando son varios es preciso que sean fondos de gran tamaño, es decir de una cantidad de beneficiarios del orden de los 50.000 o mayor. La fragmentación excesiva genera numerosos fondos pequeños con dificultades de recaudación y contratación de servicios, con altos costos administrativos e incapacidad para responder a prestaciones de poca frecuencia y alto costo.

- d. **La compra de prestaciones** puede considerarse en dos niveles: el de los financiadores que contratan para la cobertura de sus beneficiarios y el de los prestadores que deben proveerse de recursos humanos, bienes y servicios. La OMS diferencia la compra pasiva atendida al presupuesto y la facturación, de la compra estratégica que busca activamente la mayor eficiencia (OMS, 2000:121). Esta diferencia se puede aplicar a ambos niveles [Cuadro 6.a].



Cuadro 6.a

7.- El financiamiento de la Atención Médica tiene diversas fuentes

Hasta el siglo XIX la fuente de financiamiento de la Atención Médica para los sectores sociales altos y medios era el pago directo del usuario. A través de los siglos, como se ha expuesto en el primer capítulo, se desarrollaron servicios de internación y ambulatorios a cargo de los estados, organizaciones civiles, gremiales y religiosas, para los sectores de menores recursos.

El progreso de la Medicina, la conciencia del derecho a la salud y el aumento de la demanda de asistencia impulsaron la creación de sistemas más extendidos de salud y entre otras estrategias, la del pago anticipado de servicios.

Es así como las fuentes de financiamiento de la AM pueden clasificarse, en primera instancia, como de pago anticipado o pago directo:

- a. **Pago anticipado:** comprende tres tipos principales de mecanismos: el pago al Estado a través de impuestos, los aportes y contribuciones obligatorias a la seguridad social y las primas voluntarias a los seguros mutuales o comerciales.
- b. **Pago directo:** es el pago procedente del bolsillo del usuario en oportunidad de demandar el servicio.

El pago directo es el que prevalece en los países que no han logrado una organización extendida de la AM por factores relacionados con el subdesarrollo. Por cierto, se da en muchos países desarrollados entre los sectores con gran poder adquisitivo.

En el primer caso la accesibilidad se restringe a sectores pudientes, que son minoría en la población. Por lo general en estos países hay sistemas que tienden a cubrir los gastos para la prevención o asistencia de las enfermedades prevalentes (vg. inmunizaciones, TBC, paludismo, ETS).

“La equidad en cuanto a la protección del riesgo financiero requiere el nivel más alto posible de separación entre contribuciones y utilización” (OMS, 2000:112).

El pago anticipado tiende a esa separación al menos el correspondiente a impuestos y a aportes-contribuciones, ya que el pago tiende a ser proporcional a los ingresos y se reúne en un fondo común contribuyendo a la distribución del riesgo financiero. Por el contrario el pago directo identifica contribución y utilización, no hay separación alguna, y consecuentemente no alcanza la equidad.

8.- El gasto en salud se mide en relación al Producto Bruto Interno

Se llamará gasto en salud, en este acápite, a los valores monetarios que se erogan en Atención Médica, comprendiendo los que corresponden a los efectores personales e institucionales de todos los subsectores y niveles así como los emergentes de los programas preventivos y especiales de ese rubro. En general ellos involucran a las inversiones en edificios y equipamiento pesado.

Confluyen al sector AM otros gastos que no se computan en este rubro: los utilizados en la formación básica de los recursos humanos que se ubican en el rubro Educación y los erogados en investigación, que lo hacen en el rubro Investigación y Desarrollo.

La forma habitual de medir el gasto en salud es en proporción al Producto Bruto Interno (PBI)⁴. En esos términos el gasto en salud viene aumentando en forma sostenida en casi todos los países del mundo, en especial en los desarrollados [Cuadro 8.a].

Gasto en Salud en proporción del PBI. Países desarrollados seleccionados y Argentina. 1972, 1982 y 1992 y variaciones

País	1972	1982	1992	Variación (%)	
				1982/72	1992/82
EEUU	7,6	10,3	14,0	36	36
Japón	4,8	6,8	6,9	42	3
Reino Unido	4,7	5,9	7,1	26	20
Alemania	6,5	8,6	8,7	32	1
Italia	5,9	6,9	8,5	17	23
España	4,4	6,0	7,0	36	23
Argentina*	7,7*	6,7*	7,3*		

*Argentina corresponde a 1970, 1980 y 1993
(OCDE, 1994:37) y (González García y Tobar, 1997: 362)

Cuadro 8.a

⁴ El Producto Bruto Interno (PBI); en inglés GNP: Gross Nacional Product) es la suma de toda la producción llevada a cabo en un país para lo cual se agrega el gasto interior y las exportaciones y se restan las importaciones. Se expresa en valor monetario, habitualmente dólares estadounidenses. Hay varias formas de obtener la sumatoria (Congdon y Mc Williams, 1982).

La tendencia en los países desarrollados en el sentido de aumentar y extender la cobertura de AM aumentó el gasto en salud promedio del 3% del PBI en 1948 al 7,9% en 1997 (Mundell, 1968: 109). Una forma más precisa de evaluar el gasto en salud es expresado en U\$A (PA) per cápita [Cuadro 8.b].

Gasto en Salud en U\$A-PA-2001 per cápita. Países seleccionados. 1999*

Países	U\$A/PA 2001	Países	U\$A/PA 2001
PAISES DESARROLLADOS		PAISES DE AMERICA LATINA	
EEUU	4887	Argentina.	1130*
Japón	2131	Chile	792
Reino Unido	1989	México	544
Alemania	2820	Colombia	356
Italia	2204	Brasil	573
España	1607	Perú	231
PAISES DE ALTO CRECIMIENTO		Paraguay	332
Corea	948	Bolivia	125
China	224	OTROS PAISES	
India	80	Rusia	454
Bangladesh	58		

*antes del cese de la convertibilidad.
(PNUD, 2004:156).

Cuadro 8.b

9.- El Managed Care intenta integrar financiación y asistencia

Las estrategias de Asistencia Gestionada (Managed Care) se desarrollaron en EEUU en la década de 1980 para el control del aumento de los costos de la AM. Se caracteriza por una limitación en la libre elección de grupos de profesionales y efectores contratados por las instituciones financiadoras, por una coordinación tendiente a modificar los patrones de utilización y un mecanismo para compartir los riesgos e incentivos con los prestadores (Spitz cit en Del Llano, 1999:219).

Al trasladar los riesgos financieros a los prestadores éstos están obligados a considerar sus decisiones clínicas a la luz de los costos. En el Reino Unido se llamó budget-holding (responsabilidad presupuestaria) a la responsabilidad económica de los médicos generales (Del Llano, 1999).

Se trata de un cambio sustancial ya que previo a su aplicación, los seguros privados, prevalentes en los EEUU, operaban con libre elección y pago por prestación. El pago por capitación o cartera fija limitó la elección y trasladó gran parte del riesgo financiero a los agrupamientos de prestadores. La reducción de costos sin detrimento de la calidad se constató en algunos HMO (Health Maintenance Organizations, o "Group and Staff). No tanto en los otros tipos de organizaciones como la Independent Practice Associations (IPA) y los Preferred Provider Organizations (PPO) y sus resultados siguen siendo discutidos (Del Llano, 1999:224).

G. González García y F. Tobar, después de resumir los estragos que produjeron a la Humanidad la peste negra y la peste blanca (TBC), introducen los problemas que genera la "peste verde". Como una pandemia, desde la década de 1970, tiende a expandirse por el mundo: "el aumento de los costos en la nueva peste (verde)" (González García y Tobar, 1997:350). Los pueblos la padecen y los políticos se desorientan. Ni las personas ni los países pueden pagar casi sus gastos en AM. Como contradiciendo a Camus, al cerrar su obra sobre la peste, los autores mencionados concluyen: "Como siempre nos libramos de la peste. De cualquier color que sea" (González García y Tobar, 1997:351).

Esta "peste verde" es parte de la "nueva cuestión social" que recuerda a la vivida por los países más desarrollados en la segunda mitad del siglo XIX. En el caso actual se trata de la permanencia de viejas desigualdades en parte atemperadas y la multiplicación de nuevas como por ejemplo el aumento de la desocupación, el empobrecimiento de la clase media, la relativa marginación de la tercera edad, las víctimas de catástrofes y los de determinaciones genéticas. Esta situación pone en crisis al Estado providencia (Welfare State) que tuvo su cumbre entre 1950 y 1970 en los países

desarrollados. A partir de ese período, dice Rosanvallon mientras los gastos de salud crecían entre el 7 y 8% por año. Los ingresos sólo alcanzaban a hacerlo entre el 1 y 3%. La brecha se cubrió con el aumento de impuestos o cotizaciones (Rosanvallon, 1995:7).

Sin embargo el planteo de Rosanvallon va más allá de los problemas de gestión y financiación de los seguros de salud y sociales, a un planteo ideológico y político. Concibe al Estado Providencia como la expresión de una sociedad aseguradora, como una máquina de indemnizar (1995:11).

Así el "Estado Providencia pasivo" viene sosteniendo un derecho a la compensación y cobertura por los riesgos hechos realidad, como la enfermedad. El "Estado providencia activo" promovería un derecho a la inserción que, aún usando esos mecanismos también personalice sus mecanismos para atender situaciones particulares. Estas situaciones, en cierta forma, debilitan la solidaridad y los seguros sociales tienden a separarse de ellas. Se hace necesario, entonces, un nuevo contrato social que lleva a un enfoque político que exprese real representatividad para ser legitimado (Rosanvallon, 1995:12).

10.- En Argentina el gasto en Atención Médica es normal en términos proporcionales al PBI

En Argentina, tal como se señaló al describir la evolución de la Atención Médica, se fueron acumulando y superponiendo sistemas diversos de financiación.

La proporción del gasto en salud respecto del PBI se indicó para la Argentina en el Cuadro 8.a. El gasto estatal en Atención Médica se incluye en el campo del gasto social que comprende diversos rubros [Cuadro 10.a].

Argentina. Gasto Público Social. Por rubros. 1999

Rubros	En miles de millones de \$
Gasto Público Social	56,9
Educación, cultura, ciencia y técnica	13,4
Salud	13,1
Agua potable y alcantarillas	0,5
Vivienda y urbanismo	1,4
Promoción y Asistencia Social	3,5
Previsión Social	22,5
Trabajo	2,5

(Ámbito Financiero, 1999:12).

Cuadro 10.a.

El monto y distribución según subsectores financiadores de AM se fue modificando según la evolución arriba referida y su medición haciéndose más compleja. Entre principios y fines de la década de 1970 se hicieron estimaciones bajo el patrocinio de la OPS (FEMEBA, 1998) [Cuadro 10.b].

Argentina. Gasto en AM según subsectores financiadores. En porcentaje. 1970/71 y 1980*

Subsector financiador	Porcentaje		Variación (%)
	1970/71	1980	
Estatal	20,3	30,1	+79,8
OOSS	29,7	35,8	+54,5
Privado directo	50,0	34,1	-29,9
Total	100,0	100,0	-

*El gasto total de 1980 fue de U\$A (1970) 2.692 millones. (FEMEBA, 1998).

Cuadro 10.b

11.- El gasto de AM en Argentina fue aumentando aceleradamente.

La evolución de las coberturas desde la década de 1990 volvió a cambiar el origen de los ingresos [Cuadro 11.a] al mismo tiempo que aumentaba el gasto total [Cuadro 11.b].

Argentina. Gasto en AM según subsectores financiadores. En porcentaje 1980^(a) y promedio 1995-2005^(b)

Subsector financiador	Porcentaje	
	1980	1995-2005
Estatal	30,1	22,0
OOSS	35,8	34,0
Privado directo	34,1	43,0
Total	100,0	99,0

a) FEMEBA (1998) y b) Mera, J.A. y Bello, J. (2003).

Cuadro 11.a

En estas dos décadas vuelve a subir la proporción del gasto privado directo en virtud de una significativa reducción del estatal y una pequeña disminución en el gasto de OOSS.

Argentina. Gasto total, porcentaje del PBI y gasto per cápita en AM. Evolución entre 1995-2001 y 2003

Año	Gasto (millones \$)	% PBI	Gasto/habitante/año (\$)
1995	22105	8,6	635,8
1996	22205	8,2	630,5
1997	23701	8,1	652,9
1998	24472	8,2	677,4
1999	24840	8,7	678,7
2000	24193	8,5	653,3
2001	22060	8,2	609,0
2003	27833*	7,3*	752,0**

-Hasta enero de 2002 tuvo vigencia la convertibilidad, que equiparaba 1\$ a 1 U\$A. Los gastos del 2003 corresponden a pesos devaluados como consecuencia de esa decisión. *estimado; **población de 37.486.929 habitantes.
-Mera, J.A y Bello, J. (2003:84); Gonzáles García, G. y Tobar, F. (2004:362).

Cuadro 11.b

12.- La distribución de ingresos y gastos en Argentina motivó una “puja distributiva”.

Como lo señala el documento citado, en 10 años el gasto privado directo se transfirió casi en un 30% al subsector estatal y de OOSS. En los primeros años de la década de 1980 la proporción de las OOSS siguió subiendo siendo lícito pensar que el fenómeno se relaciona con el ordenamiento de estas instituciones solidarias a partir del Decreto-Ley 18.610 (1970). Como también se ha señalado, el grueso de los recursos del subsector de OOSS se volcó a pagar servicios en el subsector privado prestador, de dónde es acertada la afirmación del documento en el sentido de que 2/3 del monto se gastaban en ese último subsector y 1/3 en los efectores propios del subsector prestador estatal.

La distribución según rubros de los ingresos, pasada la mitad de la década de 1980, fue calculada por FEMEBA [Cuadro 12.a].

Argentina. Distribución del gasto en las OOSS, incluyendo coseguros. 1987. En porcentaje

Rubros y subrubros	Tasas uso benefic./año	Parciales	Totales
Honorarios Médicos	-	-	23,04
Consultas	4,44	10,00	-
Domicilios	1,31	3,31	-
Prácticas médicas	0,68	4,05	-
Radiología ambul. *	0,56	3,28	-
Prácticas quirúrgicas. *	-	2,40	-
Gastos Sanatoriales	0,22	-	28,04
Laboratorio ambulat.	3,46	-	6,56
Medicamentos ambulat.	5,16	-	42,36
Total	-	-	100

* suma honorarios y gastos.
No se incluyen el gasto odontológico, aranceles diferenciados, servicios directos ni medicamentos autoprescritos.
(FEMEBA, 1998)

Cuadro 12.a

En ese esquema, el gasto de las OOSS era del orden de los U\$A (paridad del mercado libre) 104,79 y había aumentado a 115,76 por beneficiario y año.

Para ese entonces, en virtud de la alta proporción del gasto en medicamentos y de la reducción de la de honorarios médicos de 26,2% (enero 1984) a 23%, la FEMEBA planteaba la puja distributiva e insinuaba que la satisfacción probable de los beneficiarios debía correlacionarse con la satisfacción de los prestadores.

Citas bibliográficas

- Congdon, T. y Mc Williams, D., *Diccionario de Economía*. Barcelona, Grijalbo, 1982.
- Del Llano, Señarís y otros, *Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Barcelona, Masson, 1999.
- Dirección Nacional de Programación del Gasto Social. Secretaría de Programación Económica y Regulación, citado en *Ámbito Financiero*, 13 de diciembre de 1999.
- FEMEBA, *Distribución de recursos en el gasto de la Atención Médica*. FEMEBA Hoy, documento 2, La Plata, 1998.
- González García, G. y Tobar, F. *Más salud por menos dinero. La reforma del sistema de salud en Argentina*. Buenos Aires, Grupo Editorial Latinoamericano. ISALUD, 1997.
- González García, G. y Tobar, F., *Salud para los argentinos*. Buenos Aires, ISALUD, 2004.
- Mera, J. A. y Bello, J., *Organización y Financiamiento de los Servicios de Salud en Argentina. Una introducción*. Buenos Aires, OPS, 2003.
- Mundell, R., *El hombre y la economía*. Buenos Aires, Amorrortu, 1968.
- OCDE. *The Reform of Health Care Systems. A Review of Seventeen OECD Countries*, París, OECD, 1994.
- OMS. *Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Informe sobre la salud en el mundo, Ginebra, 2000.
- PNUD. *La libertad cultural en el mundo diverso de hoy*. Informe sobre el Desarrollo Humano 2004. New York, Mundi Prensa, 2004
- Rosanvallon, P., *La nueva cuestión social. Repensar el Estado Providencia*. Buenos Aires, Manantial, 1995.
- Samuelson, P.A. y Nordhaus, W.D., *Economía*. Madrid, Mc Graw Hill, 1996.

INTRODUCCIÓN A LOS RECURSOS HUMANOS EN ATENCIÓN MÉDICA

Horacio Luis Barragán

1.- El recurso humano es la materia y el alma de la Atención Médica

La materia prima de la Atención Médica es su recurso humano, más que todo es su alma.

El efector clásico es el hospital, con etimología e historia de hospitalidad. El tiempo lo fue enriqueciendo con ciencia y técnica.

La hospitalidad es buen recibimiento y estadía a la vez que brindar asistencia. Es una forma particular y benevolente de convivencia. Si bien los aspectos materiales de un efector potencian o menoscaban la hospitalidad, es su personal el que lo define.

El hospital, la clínica, la unidad sanitaria y el consultorio son comunidades de hospitalidad en potencia. Se conforma con pacientes, profesionales y todo el personal. El proceso de especialización y subespecialización así como la proyección de la Atención Médica hacia la comunidad y el ambiente exigen a esos profesionales y personal trabajo en equipo: “lo que se realiza por una serie de personas bien equipadas técnicamente, es decir dotadas todas ellas de una bien probada pericia en una técnica determinada” (Rof Carballo, 1964:271) y con un objetivo común. Piénsese en una campaña de inmunización emprendida en un barrio marginal o una operación de corazón con bomba extracorpórea.

2.- La clave del trabajo del recurso humano es la motivación

Campbell y Pritchard (1976) decían que la motivación designa los siguientes determinantes (Del Llano, 1999:315):

- a. la decisión de iniciar el esfuerzo para realizar una determinada tarea;
- b. la decisión de realizar un determinado nivel de esfuerzo y
- c. la decisión de persistir en el desarrollo de ese esfuerzo durante un determinado período de tiempo.

Esta sucesión de decisiones de cada miembro del personal es el propósito de la motivación. En el campo de la educación es sabido que por el hecho de que el maestro enseñe no quiere decir que el alumno aprenda. La enseñanza es una actividad y el aprendizaje un resultado. La preeminencia del resultado es lo que funda la motivación orientada al logro de objetivos. Se pueden desarrollar actividades intensas y agotadoras sin aproximarse al logro de esos objetivos. Por esa razón la motivación debe orientarse a **qué debe lograr** cada persona y cada equipo más que a **qué debe hacer**. Las actividades y responsabilidades deben definirse en función de los objetivos a lograr (Thompson, 1994:280).

Aunque no deben pasarse por alto, cuando corresponden, las sanciones, una buena gestión hace hincapié en las formas positivas de motivación.

Algunos autores separan la motivación de los salarios y consideran a los incentivos y recompensas (Thompson, 1994:278 y s.s.) como los dos primeros componentes de la motivación.

Sin embargo, el salario es el primer elemento de la motivación, con él se cubren las necesidades de supervivencia, se contribuye al reconocimiento social y a la autoestima. La primera reivindicación de los grupos de trabajadores ha sido y es el nivel del salario, después viene el reclamo por las condiciones de trabajo y por los beneficios sociales. Esta realidad se aprecia todos los días, en los diversos sectores de producción de bienes y servicios incluyendo el de Atención Médica.

Las condiciones salariales en este sector obligan a la mayoría de los profesionales y personal al múltiple o al doble empleo.

El salario condiciona la motivación no sólo en lo que hace a su monto sino también en lo que respecta a su oportunidad. No puede funcionar bien un efector en el que el salario de todos o de un grupo es mezquino, no se paga, se demora o se fragmenta.

Los frecuentes cortes en la cadena de pagos por parte del subsector de OOSS y aún de seguros privados, muchos de ellos inviables por el número reducido de adherentes y por su mala gestión, ha llevado a cortes de servicios por vía de huelgas y paros.

En el subsector estatal, en algunas jurisdicciones también se producen defectos en el pago de salarios, ya sea en su monto u oportunidad.

Mientras tanto en las jurisdicciones en que el pago se concreta regularmente, sus montos son protestados por bajos y también se producen cortes de servicios por huelgas y paros. Se han puesto algunos ejemplos críticos al considerar el Estado como prestador.

Los agentes de buena parte de las jurisdicciones argentinas tienen bajos salarios. Esto se relaciona con el déficit de gestión acumulada durante décadas y la distorsión de los planteles.

En los últimos lustros se ha tendido a designar con criterios arbitrarios, los llamados erróneamente "políticos", personas, no siempre idóneas, en cargos directivos. Se han incumplido las leyes de Carrera Profesional Hospitalaria, propias de la mayoría de las jurisdicciones, que aún con muchos defectos son el mecanismo menos malo. Se ha suplido las designaciones en cargos de planta, congelados a su vacancia, con contratos y con becas.

Esta distorsión en la cobertura de personal genera incertidumbre. Los contratos suelen ser anuales con opción a renovación. Las becas son de suyo, equívocas para el desempeño de tareas de responsabilidad, como las guardias ya que su objetivo es el aprendizaje bajo dirección docente. Esta situación se hace más equívoca aún cuando no se designan instructores docentes. Los mecanismos mencionados han constituido al Estado mismo en evasor de los regímenes previsionales y de las coberturas sociales, es decir en un empleador "en negro".

Hay numerosos enfoques sobre la motivación en el trabajo que se clasifican (Costa Cabanillas, 1999:316) en teorías de las necesidades, de los valores, de las metas, de la autoeficacia y de la intención de abandonar el trabajo. Los autores se inclinan por la validez de las dos últimas, enunciadas por Locke y por Bandura respectivamente. Agregan elementos de la Teoría de Aprendizaje y del modelo interconductual para desarrollar un modelo en siete dimensiones de la motivación (Costa Cabanillas, 1999:316).

3.- La Atención Médica es un sector de mano de obra intensiva

Las prestaciones finales y gran parte de las intermedias, en atención médica son personales, de persona a persona. Los efectores, en ese sentido, son descentralizados al extremo, deben estar o llegar donde hay un grupo humano o aun una persona aislada por las circunstancias.

Es así como entre el 50 y 70% del costo del sector corresponde a salarios u honorarios y en su conjunto es un gran demandante de mano de obra.

Por otra parte se trata de una mano de obra muy diversificada, con fuerte peso de personal con alta calificación y en incremento.

Sonis entiende como recursos humanos en salud "el conjunto de aptitudes, conocimientos, motivaciones y comportamientos que disponen los habitantes de una comunidad para la atención de su salud, mas los que podían desarrollar en el futuro" (Sonis, 1978).

Al englobar ya en 1978 a la comunidad en su conjunto como recurso humano, la hace protagonista del cuidado de su propia salud y proyecta una perspectiva de amplitud y participación tal que permite el desarrollo de acciones en todos los niveles de prevención.

Dentro de este recurso, diferencia al “personal de salud” como aquel que presta servicios en efectores de AM sobre la base de una preparación o entrenamiento que en dos tercios de los casos es específico de salud y en otro tercio es propio de oficios que se desarrollan también en otras organizaciones. Las características de este personal, en general, son:

- 1- alta proporción de profesionales universitarios con tendencias a la especialización y subespecialización;
- 2- demora histórica en la incorporación a planta de profesionales universitarios de gestión: abogados, contadores, licenciados en administración, ingenieros;
- 3- diversificación de técnicos, también con ambas tendencias;
- 4- papel central de la enfermería, con diversos niveles de formación en la realidad;
- 5- insuficiencia numérica de enfermeros de nivel terciario;
- 6- falta de entrenamiento inicial para el trato con pacientes y familiares del personal administrativo y de servicios generales;
- 7- necesidad de educación y/o entrenamiento continuado en todos los agrupamientos;
- 8- mala retribución en todos los agrupamientos y uniformidad por cada uno de ellos sin incentivos excepto antigüedad;
- 9- tendencia al doble o múltiple empleo en función de lo anterior;

En el subsector estatal se agregan:

- 1- falta de aplicación de las leyes de carrera hospitalaria o de personal, en el rubro estatal, en cuanto a llamados a concurso;
- 2- alta proporción de personal con regímenes marginales respecto de esas leyes (vg. becas, contratos);
- 3- designación inoportuna de personal directivo y técnico que debe incorporarse a un plantel mínimo cuando un establecimiento se programa y durante su construcción, es decir antes de su puesta en funcionamiento. Es frecuente que se inauguren establecimientos y no puedan funcionar por demora o insuficiencia en la designación de personal;
- 4- designación inarmónica y prejuiciosa del personal sin tener en cuenta los planteles, cuando los hay bien hechos (vg. nombramiento masivo de enfermeros sin su correlato en mucamas y camilleros; o de médicos de guardia sin el suyo en consultorios, servicios intermedios o salas; postergación sistemática en la designación de administrativos imprescindibles);
- 5- falta de correlación legislativa de los regímenes de carrera ya que estos no hacen hincapié en las obligaciones y se centran en la enumeración de derechos, son innumerables las formas de licencias y permisos cuya sumatoria en días/año es potencialmente catastrófico, las jubilaciones anticipadas fundadas en dudosos regímenes de peligrosidad privan a los establecimientos de personal en el momento de su mayor experiencia, los regímenes horarios son desequilibrados ya sea por ser excesivamente cortos y largos (vg. guardias persistentes de 24 hs); la permisiva impuntualidad desbarata el funcionamiento de consultorios, servicios intermedios, quirófanos y aún salas con la consecuente espera desmedida de pacientes y familiares, entre otros factores;
- 6- carencia de incentivos económicos y reconocimientos morales que contribuyen al desaliento y a diluir el sentido de pertenencia.

4- La enfermería es el centro de cuidado del paciente

Nos privaremos en esta introducción de referirnos al médico, otros profesionales y técnicos. Se tomará solo el modelo de la enfermería. La enfermería tiene como función brindar cuidados, atención, confort y seguridad a los enfermos. Esta función se logra con profesionales preparados y dedicados.

En primer lugar deben: identificar al paciente, presentarse a sí mismos y otorgarle al primero valor personal cualquiera sea su condición o situación. La cultura del paciente y sus familiares,

desde el lenguaje a los hábitos, deben ser respetados. Cada una de sus necesidades y requerimientos deben ser comprendidos, aun su insistencia e inoportunidad. Sin embargo es el profesional el que debe adaptarse y no a la inversa. Hay, sin duda, pacientes difíciles, aquellos cuyas necesidades no se ven satisfechas nunca (Milliken, 1970).

La enfermería trata con diversidad no solo de culturas, sino de conductas humanas. Desde personas sin hábitos de higiene, algunas cargadas de supersticiones y otras pretensiones imposibles de satisfacer en el efector sanitario, las hay humildes y orgullosas.

El acercamiento al paciente, a partir de su identificación y valoración personal, debe demostrar interés y aprovechar las inquietudes y preferencias ajenas a la enfermedad para comunicarse mejor con él. Este debe percibir la personalización y la consideración que merece y el acompañamiento ante el temor, el dolor, el llanto, aún las quejas y enojos (Milliken, 1970). La enfermería debe introducirlo con breves explicaciones al mundo extraño del hospital (Hornemann, 1970).

Al ingreso se le acompaña a la habitación, previa preparación de la “cama abierta” que es signo de bienvenida (Hornemann, 1970). Se le ayuda según el grado de discapacidad o debilidad. Se requiere si desea poner en guarda los efectos personales de valor. Se le consulta sobre alguna necesidad o deseo accesible, se le cuida de acuerdo a los procedimientos de Enfermería y asiste según las indicaciones médicas.

Es conveniente llenar una ficha de Enfermería al ingreso y otra al egreso.

En el transcurso de una internación, la Enfermería tiene a su cargo la toma de conocimiento de la hoja de indicaciones médicas, su cumplimiento y el llenado con firma y hora de la hoja de enfermería con las observaciones pertinentes. Le corresponde medir y llenar planillas de signos vitales de ingresos-egresos de líquidos y de registros especiales.

El trato con los familiares y visitantes debe ser cordial y discreto sin referirse a diagnóstico, tratamiento o pronóstico. La Enfermería prepara y acompaña la asistencia religiosa cuando es requerida.

Se avisa a la supervisión si el paciente quiere retirarse por propia voluntad lo que debe quedar registrado y firmado por él y familiares. En el caso de óbito, después de la certificación médica, corresponde identificar, preparar al cadáver y trasladarlo a la morgue –tomando medidas de discreción– según normas “ad hoc”. Todo lo actuado y registrado esta bajo secreto profesional, es absolutamente confidencial.

Ahora bien, el personal de enfermería sufre el estrés propio de su trabajo con pacientes y, en nuestro medio agobiado por malas remuneraciones y condiciones de trabajo, sobrecargado con tareas que no le son propias y, frecuentemente sometido al multiempleo y el extremo cansancio.

El enfoque de fondo, en todos los subsectores, es un ajuste sustancial de salarios y de planteles para distribuir armónicamente las tareas. Esto depende en lo estatal de los **presupuestos y coparticipaciones** y en lo privado en los valores de pago por los contratantes, así como de una buena administración exenta de retenciones desmedidas o indebidas. También de esos elementos dependen las condiciones de trabajo.

Asimismo la búsqueda de satisfacción profesional y personal en la tarea asistencial debe lograrse por el trabajo en equipo y la creación de un clima de convivencia solidaria en la que se otorgue el reconocimiento debido a cada sector y miembro del personal, así como el planteo oportuno y canalización de los conflictos y los desahogos sin detrimento de las líneas jerárquicas ni de la dignidad de cada uno.

La frustración acumulada del personal sanitario en los diversos sectores merece una reivindicación progresiva que además de justa será eficiente. No debe olvidarse el alto grado de ausentismo en algunos sectores y establecimientos, en especial del personal de Enfermería sobrecargado.

La enfermería es una profesión fuertemente normalizada y en ese sentido más accesible a la supervisión, de control y docencia. La supervisión gestiona el equipo en el sentido de conseguir “que el trabajo se realice con la concurrencia de cada uno de los miembros del grupo” y de acuerdo a normas (Asain, 1995).

La supervisión gestiona la práctica de la enfermería y el cuidado de los pacientes y la bioseguridad así como también administra los recursos (equipos, instrumental, material y equipamiento) promoviendo su buena y eficiente utilización, promoviendo el conocimiento del costo de cada

elemento. Asimismo es la clave del desarrollo del trabajo en equipo y de un clima cordial, ardua tarea.

Tiene a su cargo la distribución de personal, de los horarios y turnos y la coordinación con otros servicios. Impulsa y sostiene la educación continuada y la investigación en servicio.

La especialización de enfermería es una exigencia en todos los niveles, desde la orientación a la terapia intensiva, hasta la enfermería sanitaria de terreno de áreas programáticas. Involucra en la profesión una formación de postgrado.

El problema más grave en Argentina en materia de enfermería es la insuficiencia numérica de personal y la alta proporción de auxiliares y de empíricos. A principios de la década de 1990 se hizo una estimación [Cuadro 4.a]

Argentina. Personal de Enfermería. A.M.: Categoría 1990-1993*

Categorías	%	Observaciones
Licenciados	1,1	
Profesionales	29,4	
Auxiliares	57,4	
Empíricos	11,7	Predominio de 69,3
Total	99,6	
*Distribución por centual para (85.000 agentes). Farias y otros, cit. en Asain, 1995.		

Cuadro 4.a

Esta situación motivó diversos planes de formación de licenciados y profesionales y de reconversión de auxiliares y empíricos.

Citas bibliográficas

- Asain, M. S., "Administración de Enfermería", en Fundación Alberto J. Roemmers. Buenos Aires, Enfermería, 1995:31.
- Costa Cabanillas, M. y López Mendez, E., "Motivación y Trabajo en equipo", en Del Llano, Señaris y otros, *Gestión Sanitaria. Innovación y desafíos*. Barcelona, Masson, 1999.
- Del Llano Señaris J. y otros, *Gestión Sanitaria. Innovación y desafíos*. Barcelona, Masson, 1999.
- Hornemann, G. V., *Métodos fundamentales de enfermería*. Ctro. Reg. Ayuda Técnica. México. Troquel, Bs. As. (1970).
- Milliken, M.E., *Relación humana con el paciente*. México, Ctro Reg. Ayuda Técnica, Troquel, Buenos Aires, 1970.
- Rof Carballo, J., *Medicina y actividad creadora*. Madrid, Rev. de Occ. 1964.
- Sonis, A. y colaboradores, *Medicina Sanitaria y Administración de Salud*. Buenos Aires, El Ateneo, segundo tomo, 1978.
- Thompson, A. A., (Jr) y Strickland, D. J., (III), *Dirección y administración estratégicas, conceptos, casos y lecturas*. Wilminton (EEUU), Addison-Werley Iberoamericana, 1994.

LA ATENCIÓN MÉDICA: EMERGENCIAS PREHOSPITALARIAS

Daniel César Corsiglia*

-Contribución especial-

1.- El Capital Humano y la Emergencia como Sistema Integrado

“El mayor capital de una empresa son las personas. La formación debe orientarse a la capacitación para introducir la excepción a la regla cuando la urgencia lo requiera y no sea posible el recurso de una autoridad superior” (San Ignacio de Loyola).

Un sistema de Atención Médica prehospitalaria es una estructura con cuerpo y alma que intenta brindar la mejor asistencia, en el menor tiempo y al menor costo posible.

Para esto se requiere un importante grado de compromiso, responsabilidad y profesionalismo y tiene como componentes principales tanto recursos humanos como recursos físicos.

Los recursos humanos comprenden al personal sanitario (médicos, paramédicos, enfermeros), a los radio-operadores o analistas en gestión (selección y adjudicación de recursos desde la cabina de despacho médico), al personal de apoyo, logística y maestranza y al personal de administración, gerencia y dirección.

Los recursos físicos como la infraestructura edilicia, los móviles, la tecnología aplicada (computadoras, sistemas de radiotelefonía, etc.), el equipamiento sanitario, de seguridad e higiene y otros son vitales para el buen desempeño del sistema.

Como parte de un sistema sanitario requiere estar íntimamente ligado a la comunidad y a la red sanitaria y su personal debe saber que es lo que se espera de ellos y como se están desempeñando, por lo cual la capacitación es vital para regular los procesos siempre y cuando se asocie al trabajo en equipo.

La cultura predominante de enseñanza-aprendizaje es un componente fundamental que ayuda a formar un ambiente de trabajo óptimo para el mejoramiento continuo de la calidad.

Con el paso del tiempo nos damos cuenta lo difícil que puede ser llevar este concepto a la práctica dado que son muchas las variables en juego. Por eso es necesario trabajar intensamente para disminuir la brecha que hay entre la retórica y la realidad (Graton, L., 2001).

Si hay confianza en los que tienen la obligación de mostrar el rumbo con políticas de alto compromiso social y que apunten a la excelencia; si la misión es clara, precisa y las intenciones son buenas; si hay idoneidad en los que dirigen y en los que realizan el trabajo cotidiano; si hay herramientas necesarias para el desarrollo adecuado de las tareas; si hay por parte de la gente disposición, disponibilidad y procedimientos, normas y reglas claras que se cumplan; si hay una cultura del aprendizaje, comprensión y diálogo, es posible que los sueños puedan convertirse en realidad.

* Especialista Consultor en Cardiología. Especialista en Medicina de Emergencia. Ex jefe de la Unidad Coronaria y ex Director Asociado del Hospital IZGAyC “San Juan de Dios” (La Plata). Presidente de la Sociedad de Emergencias y Medicina de Urgencias del Río de La Plata (SEMU).

Tener una filosofía idealista de los emprendimientos, centrado en la gente y basado en el entendimiento terrenal y realista sobre la naturaleza humana e inspirado en un sentido ferviente de contribuir al bienestar común no es un despropósito aunque sea una utopía que nos servirá para hacer el camino (Galeano E., 1993).

Una prueba de esto es la experiencia de Konosuke Matsushita que nació en 1894 y comenzó su negocio en una sola habitación alquilada, haciendo enchufes.

Sobre esa base construyó una de las firmas de aparatos electrónicos más grandes y respetadas del mundo: la Matsushita Electric Industrial Co. Ltd. que dirigió durante más de 50 años. El Sr. Matsushita, ya en 1929 manifestaba que el objetivo básico de una administración es reconocer las responsabilidades para fomentar el progreso, promover el bienestar general de la sociedad, dedicarse a incrementar el desarrollo de la cultura dado que el progreso y desarrollo se pueden realizar sólo a través de los esfuerzos y la cooperación de cada uno de los miembros que, unidos en espíritu, se comprometerán a cumplir los deberes asignados con dedicación, diligencia e integridad.

Esta organización (Panasonic) se ha dirigido desde el inicio por siete principios básicos que son:

1. Contribución al progreso del país a través de la industria y del comercio en donde el fin no es únicamente obtener riquezas, ni el demostrar poder, sino el contribuir al progreso y al bienestar de la sociedad.
2. Justicia y equidad: hay que ser razonables y justos en el trabajo global e individual. Sin este principio, nadie podrá ser respetado ni respetarse a si mismo; por sabio y capaz que sea.
3. Unión y armonía: solos somos débiles, pero unidos podemos ser fuertes. Se debe trabajar unidos como una familia, en mutua confianza y responsabilidad. Puede existir una sociedad de hombres de talento, pero será una multitud incontrolada mientras no estén imbuidos de este principio.
4. Esfuerzo por el mejoramiento: se debe tener confianza y convicción propia de que cada uno debe ganarse el respeto por medio de su trabajo y su esfuerzo constante para el mejoramiento. Sin este principio, no se podrá lograr la verdadera paz, ni el progreso.
5. Cortesía y modestia: hay que respetar los derechos de los demás y ser amables y cordiales con todos. A su vez se debe ser modesto, animar y motivar con alegría para lograr tranquilidad y orden en la organización; sin este principio no reinará el orden social.
6. Adaptación y asimilación: no se podrá lograr el verdadero progreso en tanto la gente no se amolde o adapte a las diversas condiciones que nos rodean. La sociedad cambia y se mueve hacia delante y por ende no se puede permanecer inmóvil, sino que hay que estar en la posición de poder seguir los pasos.
7. Gratitud y reconocimiento: debe haber correspondencia basada en la gratitud para con quienes nos rodean y nos ayudan, para con nuestra nación y nuestra comunidad. Este principio de agradecimiento proporciona paz y alegría, además de una fuerza ilimitada para vencer todas las dificultades.

Es para reflexionar el célebre discurso que Konosuke Matsushita dirigió al senado de los EUA:

“Nosotros vamos a ganar y ustedes a perder. Sus organizaciones y lo que es peor, sus cabezas son taylorianas. Para ustedes el management es el arte de hacer pasar las ideas de los patrones a los obreros.

Nosotros estamos convencidos que la empresa debe movilizar cada día la inteligencia de todo el mundo para que todos puedan salvarse.

Para ello capacitamos, dialogamos, tratamos de comunicarnos, aceptamos sugerencias y nos educamos; el aprendizaje es base para nuestra unión.

Creemos que la cosa no pasa por defender al hombre dentro de la empresa, sino por defender la empresa con los hombres” (Matsushita K., s/f).

Calidad asistencial: La calidad asistencial de la medicina de emergencia (sobre todo la pre-hospitalaria) se apoya en tres pilares:

- 1 - Los tiempos de respuesta
- 2 - la excelencia asistencial
- 3 - la satisfacción del paciente o del usuario

1- Los tiempos de respuesta son valores claramente percibidos por la gente y son utilizados como parámetros básicos de medida de calidad. Es una sencilla expresión de la importancia que tiene cada fase, por más pequeña que sea, en el resultado final.

Cada demanda debe tener respuesta inmediata y la categorización de la llamada se relacionará con la severidad y con la prioridad.

2- La excelencia asistencial se evalúa a través de los procesos y del análisis y resultado de lo ocurrido.

Es fundamental tener herramientas para poder estudiar todos los incidentes: en el despacho (grabación del evento, escucha de cintas), en la asistencia en terreno (evaluación de la ficha pre-hospitalaria, adherencia a protocolos, auditoría de campo), en el departamento de atención al usuario (control de calidad por encuestas, control telefónico "on line" o diferido).

El enfoque flexible en las situaciones de urgencia, la apreciación clara de la necesidad de una acción rápida, decidida, controlada y la atención a los detalles técnicos se adquiere con instrucción, experiencia personal, sentido común y buena disposición.

3- La satisfacción del paciente o del usuario es un hecho subjetivo, basado en una cadena de hechos objetivos. Creer que la satisfacción del paciente tiene relación estrecha con el "curar", es desconocer los objetivos de las intervenciones médicas que son mucho más amplias, como promover la salud, prevenir la enfermedad, disminuir la discapacidad, algunas veces restablecer la salud y muchas, pero muchísimas veces acompañar, calmar el sufrimiento y consolar.

"Un ser humano es un ser que piensa, ama, sufre y sueña" (Unamuno, M. de, 1967) y es nuestra razón de ser.

La gente confía en el efecto "sanador" de nuestras manos y de nuestra presencia, esperan que los toquemos, que los confortemos; confía en nuestra conducta humana, en la humanización de la asistencia médica y sobre todo en aquellas situaciones de gran dolor, crisis y sufrimiento.

No debemos olvidar que el manejo de la emergencia se basa en el conocimiento científico, pero debe realizarse con arte, sensatez y compasión. En el mes de febrero del 2000 se realizó un congreso Trans Ibérico de emergencias en la localidad de Cáceres (Extremadura, España) en donde se hizo una declaración internacional sobre la emergencia médica que considero es un hito para tal actividad. Sobre la base de esta declaración podemos plantear nuestro estado de situación y ver el problema en perspectiva.

Declaración de Yuste

- 1- La atención de urgencias tiene un carácter puntual, no programable y se realiza en cualquier momento. Atiende a sucesos de gravedad variable, objetiva o subjetiva, médica o social, que alteran el equilibrio de salud del individuo o la colectividad, obligando a una actuación rápida y eficaz, para prevenir un mal mayor.
- 2- Es un derecho fundamental de todo ser humano tener garantizada la atención en urgencias, ya sean objetivas o subjetivas, excepcionales o cotidianas, independientemente del lugar donde ocurran.
- 3- El sistema sanitario deberá garantizar cobertura universal, accesibilidad y disponibilidad en atención de urgencias y emergencias, asumiendo una exigencia social que obliga a tener prevista una respuesta organizada, adecuada en tiempo, forma y lugar.
- 4- Es deber de los ciudadanos la correcta utilización de los sistemas de urgencias y emergencias.
- 5- Todos debemos velar por asegurar una atención de calidad en todas las fases del proceso asistencial de la urgencia en condiciones de respeto a la dignidad de la persona.
- 6- La medicina de urgencias y emergencias tiene entidad propia con cuerpo teórico, marco práctico, demanda social y realidad histórica demostrada, debiendo establecerse una denominación común para todos los profesionales que ejercen en este ámbito, con definición de un perfil que requiera una formación especializada.
- 7- El sistema de respuesta a las urgencias y emergencias debe ser único, integrado, conocido por la población y que garantice la continuidad asistencial, evitando barreras y desigualdades.
- 8- Las sociedades científicas de Urgencias y Emergencias asesorarán a la Administración en el diseño del perfil profesional y estrategia asistencial, acreditarán y potenciarán la docencia y la investigación entre los profesionales y divulgarán los conocimientos básicos sobre urgencias y emergencias a la población.
- 9- Es responsabilidad de todos, Administración, ciudadanos y profesionales, lograr el reconocimiento y las condiciones de trabajo de los profesionales de la urgencia y emergencia garanticen en todo momento una correcta asistencia, basada en la formación y la investigación.
- 10- Se requiere un planteamiento solidario que posibilite prever, prevenir, planificar e intervenir en situaciones de urgencia, emergencia y catástrofe superando limitaciones sociales, conceptuales o administrativas.

Tal vez podamos coincidir que el decálogo o la Declaración de Yuste que de alguna manera le da a la emergencia su lugar. Esta práctica, hasta no hace mucho tiempo quedaba, muchas veces, en manos de los más nuevos o los de menos “status” médico; hoy estamos seguros que ha adquirido identidad propia y una jerarquía merecida.

2.- El estado de situación no exhibe una organización en niveles

La crítica situación actual que compromete a la Atención Médica de urgencia-emergencia prehospitalaria y la admisión hospitalaria tiene su máxima expresión en la gran dificultad que se vive día a día para ingresar en tiempo y forma en las instituciones estatales o privadas a los pacientes críticos con potencial riesgo de vida o discapacidad.

El traslado de pacientes críticos y la admisión y eventual internación de urgencia de pacientes tiene, lamentablemente, condicionantes que no pasan por el estado clínico del paciente sino por su condición social, su cobertura médica o por la respuesta del sistema de emergencias, considerando como sistema integrado de emergencias a una estructura de recursos múltiples o sistema abierto interrelacionado necesariamente al menos con tres sistemas mayores, dos exógenos y uno endógeno:

- 1.- el sistema ambiental con parámetros culturales, sociales, políticos y económicos del medio o hábitat donde se desenvuelve;
- 2.- un sistema de relación que se refiere al sector en donde actúa, y
- 3.- un sistema interno cuya organización, gestión, ejecución de políticas (management) y manejo de sus relaciones funcionales es propia.

Estas dificultades comprometen el funcionamiento del sistema. Puede ser también que sea el mal funcionamiento del sistema el que genera las dificultades que se manifiestan en múltiples circunstancias, afectando a gran parte de la población y a los diferentes subsectores (estatal, privado o de la seguridad social). Muchas veces “no hay camas disponibles” y los pacientes quedan viajando en ambulancias, por horas, no respetando las pautas mínimas exigibles a los centros asistenciales.

Por otra parte no tenemos muchas centrales operativas de 24 hs que tengan elevados estándares de calidad para que puedan, en la práctica, dar respuestas eficaces, codificando adecuadamente los problemas, seleccionando y ajustando los recursos disponibles a la necesidad de la gente y ejerciendo el “poder de policía” y el control necesario para el mejor funcionamiento del sistema.

Este problema debidamente documentado, registra una morbi-mortalidad alarmante y no se resuelve con el paradigma de la simplicidad atacando sólo una cuestión pues hay numerosas variables que confluyen y que pueden ser identificadas:

1. La situación socio-económica del país con un alarmante crecimiento de los niveles de pobreza e indigencia generan un marco de inequidad y exclusión manifiesta. La desocupación y la pérdida de cobertura social en gran parte de la población han llevado a un incremento de la asistencia médica en los hospitales estatales con sobrecarga de los mismos.
2. La mayoría de estos hospitales no están preparados ni se han acondicionado estructuralmente, para el incremento de la demanda (vg. con salas de cuidados progresivos, salas de 23 horas y/o áreas de admisión para la contingencia) y sus directores no se han adaptado del todo a las nuevas necesidades ya sea por falta de recursos, de políticas claras, idoneidad, creatividad y/o estructura propia.
3. Los financiadores como el Estado, las obras sociales y mutuales, los prepagos y seguros, sustentados por los usuarios, no han demostrado tener respuestas homogéneas y satisfactorias que se centren “indefectiblemente” en el problema del enfermo y no se han responsabilizado ante el usuario por la falta de cumplimiento de sus prestadores.

En la emergencia y ante la ausencia de camas deben generar un mecanismo y una respuesta adecuada a través de sistemas de comunicación entre usuarios y prestadores en forma directa

o a través de centrales radiotelefónicas, en cualquier momento y a cualquier hora del día, para que el compromiso con sus afiliados se cumpla.

Los recursos frente a la emergencia deben ser garantizados en todo momento (ingreso inmediato al lugar adecuado de acuerdo a la patología).

4. La falta de “disponibilidad” de cama, que debiera formar parte de un triste pasado, es, sin embargo, un tema que tiene una vigencia cada vez más alarmante.

La falta de respuesta o de cumplimiento perjudica “directamente” al usuario y en forma indirecta, aunque no menos importante, al médico actuante que se encuentra expuesto a conflictos ético-legales.

5. Los prestadores finales deben estar a la altura de la circunstancia y estar preparados, a través de una fuerte formación especializada y/o una reconversión planificada, para resolver los problemas de la gente dentro de un marco de conocimiento, actitud filantrópica, compromiso y apego al sistema regulatorio ético-legal.
6. Los que tienen el rol de financiar, prestar, observar y hacer cumplir las pautas de Atención Médica prehospitalaria y la admisión inicial de los pacientes tienen deberes y obligaciones para con ellos que muchas veces son indelegables y siempre irrenunciables.

Esta situación planteada obliga a la toma de decisiones en la forma más rápida posible, dentro de un marco coherente y razonable.

Si bien hay algunas formas legales que pueden “proteger” el accionar de los equipos de salud (vg. denuncias al juez de turno, presentaciones a la comisaría que corresponda), esto no soluciona, en la emergencia, el problema del paciente, pues muchas veces el tiempo es vida.

3.- El marco regulatorio vigente no es cumplimentado en pleno

Las regulaciones vigentes que se refieren a la admisión de pacientes críticos que provienen del ámbito extra hospitalario, comienzan en nuestra Ley Fundamental y terminan en reglamentaciones locales o regionales y alcanzan tanto al subsector estatal como al privado y de la seguridad social, y en ellos, a todos los actores.

Entre otros podemos citar a los siguientes:

- A.- **Decreto 2.368** (Departamento de Salud) del 24/7/97- Boletín Oficial- Reglamentación de la Ley 11.072, Art.2º. g)...priorización de la atención a la población en riesgo...
- B.- Reglamento General de los Servicios Hospitalarios de Emergencias Sanitarias. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (*Disposición 043/01 de Región Sanitaria XI*).

La creación del Reglamento General de Guardias –Región Sanitaria XI– se fundamentó en la necesidad de estructurar, unificar y actualizar el conjunto de normas, guías o recomendaciones referentes a la asistencia médica urgente y/o de emergencia que se relacione con la actividad de guardia prehospitalaria y hospitalaria inicial.

En tal sentido se definieron con los jefes de emergencia de los hospitales, modalidades de atención y argumentos de acción como los siguientes:

- a) Una central operativa de despacho regional como centro de gestión que adjudique los recursos en forma eficiente y actúe como fiscalizador del sistema.
- b) La incorporación de los derechos del enfermo con la bioética como base asistencial.
- c) La incorporación cultural de la normatización y la protocolización al esquema organizativo, formativo y operativo para así lograr optimizar la actividad asistencial, que es cada vez mas compleja, con demandas mayores y recursos escasos.

De este Reglamento se pueden extraer algunas claves:

- Intervenir en la prestación de la asistencia durante las 24 horas del día a los pacientes que ingresan al hospital en situación de urgencia y emergencia, cuya atención debe ser inmediata e impostergradable.
- ...Queda absolutamente prohibida la no-recepción o la derivación de mujeres en estado de parto inminente, pacientes en estado crítico, inestables y/o con riesgo inminente de muerte, debiendo asumir previa derivación, la estabilización del paciente...
- ...En aquellos casos de suma gravedad y/o con riesgo inminente de muerte no será motivo admisible para la no recepción la ausencia de cama.

C.- Principios Bioéticos: Debe orientarse por los principios de beneficencia y de justicia distributiva, con un alto grado de razonabilidad, en función de la acción en un sistema críticamente comprometido, con escasez de recursos reales o potenciales.

D.- Código Penal: El código penal prevé graves sanciones para quienes cometan el delito de abandono de personas a través de los artículos 106 –desamparo de personas– y 180 –omisión de auxilios–.

4.- El manejo de la urgencia y emergencia no es valorado con claridad

La internación de pacientes críticos durante la emergencia es un tema de gran preocupación y exige un marco de reflexión y análisis profundo e interdisciplinario.

La búsqueda de respuestas y soluciones prácticas y factibles se debe sustentar en tres pilares: la medicina basada en la evidencia y la experiencia, los principios bioéticos y el marco regulatorio jurídico normativo.

Como estas situaciones muchas veces son inéditas, inesperadas, críticas y complejas es necesario, además apelar a la solidaridad, al buen juicio, al respeto por el otro y al conocimiento.

Las conductas asertivas, sustentadas en la fidelidad a nuestros principios y convicciones y al respeto hacia los principios del otro, deben acompañarse del cumplimiento de las reglas establecidas con responsabilidad y seriedad.

Sobre la base de la búsqueda de un nivel de excelencia, debemos comenzar por proponernos alcanzar estándares mínimos y bien definidos y elaborar soluciones que se ajusten a la realidad de nuestras comunidades.

Estas situaciones críticas que ponen en peligro la vida obligan a un replanteo del estado actual de la situación pues, a pesar del paso del tiempo y de las alternativas planteadas desde distintas instituciones médicas y sociedades científicas, el problema es activo e “in crescendo”.

Las eventuales soluciones seguramente estarán influidas por aspectos económicos, éticos y político-institucionales. Lograr plasmar un marco estructural, normativo y educativo que permita mejorar, optimizar y regular el sistema es una obligación de todos.

Si no comprendemos que nuestro mayor problema es no tener la verdadera dimensión del “problema” la solución será una quimera [Cuadro 1.a].

No hay vientos favorables para quien no sabe a donde ir.

Séneca

Cuadro 1.a

Es necesario comprender la importancia del conocimiento y del manejo de las emergencias médicas y su resultante dado su gran impacto sobre la Salud Pública. En un país como el nuestro se estima que las muertes que ocurren en el ámbito prehospitalario alcanzan una relación de 2 a 3 personas por mil habitantes y equivalen a un Vietnam por año, una AMIA cada dos días o un Cromañón diario.

Este fuerte impacto, no percibido claramente, excede el ámbito sanitario y tiene fuerte impronta en lo individual y grupal, tanto en la esfera económica como en la social y afectivo-emocional.

La **muerte súbita**, inesperada o brusca, ocurre en muchas personas que están en una etapa altamente productiva; muchos son sostén familiar con personas a cargo; algunos a partir de ese momento, superado, no disfrutaban más de su existencia, quedan con temores que le perturban su calidad de vida y requieren una estructura de contención social, laboral y familiar que en general no está preparada o no existe.

5.- El sistema integrado de emergencias médicas como empresa de servicios

Una organización de servicios médicos debe trabajar en la promoción de la salud, en la prevención y en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, tomando en conjunto medidas que traten de evitar o retardar la aparición, mantenimiento, progresión y complicación de las mismas.

La comunidad es una pieza vital, es la que recibe los servicios y le da sentido a nuestro trabajo; resulta necesario hacer un análisis contextual y no aséptico pues la necesidad de recibir un servicio implica disposición, disponibilidad y adjudicación con equidad.

Muchas veces la alta demanda favorecida por el fracaso de otros sistemas prestacionales y una respuesta no siempre oportuna en tiempo y forma han llevado en todos lados del mundo a planificar, diseñar u optimizar sistemas que nos permitan actuar con eficiencia y equidad.

Cualquier sistema de asistencia sanitaria, debe adecuar la oferta a la demanda estimada tanto desde el punto de vista cuantitativo, como cualitativo, haciendo una buena selección y adjudicación de recursos a través de modelos que hayan sido demostrados y validados en la práctica, considerando como prioritario a aquellos que menos tienen y que no podrían tener estos servicios si no fuera por la acción del Estado.

Estos modelos prevén que, de acuerdo al requerimiento el personal entrenado codifica la llamada y de acuerdo a parámetros ya establecidos envía el recurso mas adecuado o el que se encuentre mas cerca, de acuerdo a cada caso en particular. Esto permite estratificar y priorizar a los pacientes de la forma mas objetiva posible y detectar situaciones de alta peligrosidad que requieran una prestación urgente u otras no tan graves pero que requieran una asistencia en domicilio.

Este sistema "solidario" es el que puede permitir que cada uno reciba la mejor prestación posible, donde ante un cuadro determinado se pueda acudir de inmediato con el perfil adecuado para una atención profesional y personalizada.

Es por eso que pretendemos ayudar con un sistema integrado, participativo y solidario donde la comunidad se transforma en el primer eslabón de esta cadena de atención.

6.- ¿Qué esperan los usuarios internos y externos del sistema?

Los pacientes, los usuarios u otros beneficiarios esperan que se le resuelva su problema con eficacia y eficiencia. Esperan una cálida y contenedora recepción, con una llegada rápida y con personal en terreno idóneo, sereno, contenedor, cordial y resolutivo.

A través de esta forma de prestación se puede dar satisfacción técnica y humana, transformando una acción común en una acción con alto nivel profesional, seguramente como nosotros quisiéramos ser tratados.

El capital humano que trabaja en un sistema de emergencias espera tener una fuente de trabajo segura y digna que se fundamente en la excelencia, que tenga un espíritu, una filosofía y una metodología de trabajo que nos de identidad, que nos identifique y distinga y que sea la base del respeto y el reconocimiento comunitario y de nuestros pares.

Esto nos permitirá sentirnos orgullosos de pertenecer para poder trabajar con alegría, a pesar de lo duro de la tarea, en un ambiente amigable, agradable y respetuoso.

Se debe saber qué es lo que se quiere y que proyección se hace hacia futuro en un marco de respeto y agradecimiento.

La organización es un sistema compuesto por todos, por la comunidad de referencia, los que trabajan en terreno, los que apoyan esta gestión y los que dirigen.

Un sistema integrado de emergencias o sistema interno (endógeno) es una estructura de recursos múltiples con una organización determinada que maneja sus relaciones funcionales con otros sistemas mayores exógenos.

Esta tarea se puede mejorar si se apunta a un mejoramiento continuo de la calidad.

La imagen de los recursos técnicos y humanos debe ser la adecuada y debe intentar tener una coherencia en donde la expresión visible de lo que es la organización, como concepción real e ideal, sea lo que realmente es en la práctica.

Estos principios incluyen a un móvil seguro, confortable, limpio y con la tecnología adecuada; un personal en actitud de servicio, con profesionalismo cabal, trato cordial y educado.

La atención debe ser esmerada, personalizada y solícita, donde se intente hacer sentir a los demás que se trabaja para ofrecer excelencia en la atención.

7.- Los diez mandamientos o decálogo universal del personal de emergencias (las 10 S)

Estos diez mandamientos son:

1- Seguridad: Pensar primero en la seguridad del rescatador, luego del paciente y terceros.

2- Solidaridad (espíritu de sacrificio): No abandonar la tarea cuando alguien requiere o necesita de su atención. Deberá asistir y proveer en forma inmediata las primeras medidas de sostén de vida a quien lo necesite, en cualquier lugar y utilizando criterios razonables. La atención de toda emergencia, es una obligación inherente a todo el personal, sin distinción de jerarquía o funciones.

3- Serenidad: Debe mantener e infundir en todo momento y ante cualquier circunstancia tranquilidad; ser amable, calmo, firme y controlar sus emociones adecuadamente. Piense como quisiera ser usted tratado en estas circunstancias.

4- Subordinación: Debe cumplir con las órdenes o normas emanadas de la dirección médica o de otro personal jerárquico en situaciones de necesidad (peligro de muerte, catástrofe o desastre), debiendo conocer claramente sus roles y los planes de emergencia para tales situaciones. Debe estar preparado para cooperar y trabajar en equipo. El momento del evento es un momento de decisión, los momentos de debate son antes o después.

5- Sentido común: Su accionar debe basarse en criterios normativos y en su sentido común.

6- Sensibilidad: Debe intentar solucionar el problema de quien lo requiera, sea este usuario interno o externo del sistema, tratándolo con respeto, consideración y brindando el apoyo moral o contención afectiva a los mismos (pacientes, familiares o compañeros de trabajo de cualquier índole, sin distinción de jerarquías).

7- Sistematización: Debe conocer, hacer conocer y cumplir las normas, procedimientos generales o particulares y las obligaciones o responsabilidades que se encuentren en el correspondiente manual de procedimientos.

8- Satisfacción: Debe dar atención, asistencia, comprensión, contención o cuidado adecuado en tiempo y forma.

9- Selectividad: No desempeñará otra función en su día de guardia, salvo requerimientos excepcionales y sólo bajo la autorización fehaciente de la correspondiente jefatura.

10- Seriedad: Debe mantener en todo momento y ante cualquier circunstancia la disciplina y profesionalismo dentro y fuera del trabajo con Seriedad y Sobriedad. Debe tener un aspecto y una actitud que inspire confianza.

- Piense que debe estar preparado para ser parte de un equipo ya sea como líder o como un integrante más y debe dar el ejemplo de todo lo que hace.
- Apéguese a las normas, pero sepa que cuanto más esté formado más posibilidad tendrá de resolver los problemas con inventiva e iniciativa propia.
- Sea cuidadoso con las formas. No es bueno utilizar frente a los demás palabras especiales (jerga) que puedan ser consideradas ofensivas o bien manifestar hábitos que no son compartidos por todos; maneje códigos de convivencia.

- Tenga agallas pero sea prudente y controlado; recuerde que muchas veces la gente sólo necesita contención, ayúdelos.
- Respete a los demás como usted quisiera ser respetado, sea comprensivo, tolerante y autocrítico y ante los problemas piense en qué error habrá cometido.

8.- La Muerte Súbita y la emergencia

La muerte súbita es el paradigma de la emergencia y como tal la evaluaremos dentro del arco de análisis de cómo responde un sistema de emergencia ante esta situación.

Con gran interés seguimos las conferencias, mesas redondas, y demás actividades que se relacionan con el manejo de la muerte súbita y muchas veces la atención se ejerce sobre tópicos como la variabilidad de frecuencia, señales promediadas, indicaciones de los cardiodesfibriladores implantables (CDI), nuevos tratamiento farmacológicos, etc., quedando la idea que “el problema” pasa por los “enfermos ya conocidos y de altísimo riesgo”.

Son estas situaciones las que se llevan toda la atención del foro científico y dan validez a las Leyes de Pareto (el 10-20 % utilizan el 80 a 90 % de los recursos y el 80 a 90 % o la gran mayoría tendrá que manejarse con el 10 al 20 % de los mismos).

La muerte súbita, según su definición clásica, se presenta en corazones “previamente sanos o no tan enfermos como para morir”; muchas de ellas ocurren fuera del hospital y en estos casos con poco o ningún acceso a la tecnología disponible, ni siquiera a la más elemental.

Queda por lo tanto la sensación que el tratamiento se inicia por el final; como si un libro se comenzará por el epílogo.

Casi siempre al hablar de muerte súbita lo hacemos, al principio, con un temor casi mítico. La palabra muerte representa para algunos, tal vez los menos, una parte de sus vidas, mientras que para la mayoría es conceptualmente el final de la misma.

Al mismo tiempo, tal vez por ignorancia, señal de negación o simplemente por formar parte de un grupo etéreo (los jóvenes) la muerte no está en sus planes y pensar en ella, o en la propia muerte no es habitual, condicionando potencialmente estados de indefensión al no estructurar mecanismos de prevención.

Los grandes avances del 2000-2005 se resumen en por lo menos cuatro grandes capítulos (ILCOR, ataque cerebral -stroke-, el ataque cardíaco y la desfibrilación automática externa en la comunidad -DAE-).

Todos y cada uno de estos tópicos tienen un mismo y primer protagonista, la comunidad y jerarquizar la educación en la comunidad para transformarla en el primer efector de muerte súbita, a través del manejo adecuado de las situaciones críticas puede optimizar la denominada cadena de sobrevivencia mediante el reconocimiento, la llamada y atención inicial precoz.

La epidemiología a través del estudio y la distribución de las enfermedades y del análisis de los factores predisponentes y determinantes permite desarrollar juicios para la toma de acciones tanto en lo preventivo como en lo asistencial.

La enfermedad isquémica del corazón es la principal causa de muerte en el mundo y el paro cardíaco súbito es responsable de más del 60% de estas muertes en los adultos (Murria, C. J., 1997; Sans, S., 1997; Kesteloot, H., 2002; Fox, R., 1997; Levi, F., 2002; Zheng, Z.J., 2001).

En nuestro país la mortalidad generada por los accidentes de tránsito supera los 10.000 y la muerte súbita cardíaca llega a los 70.000 muertos por año. Estos son dos ejemplos de la magnitud del problema no visualizado como un gran problema.

Si lo comparamos con hechos paradigmáticos como la guerra de Vietnam (58.000 muertos en 9 años), el atentado a la AMIA (86 muertos) o Cromañon (190 muertos), es como tener un Vietnam por año, un AMIA cada dos días o un Cromañon por día.

La causa principal de paro cardiorrespiratorio es la enfermedad cardiovascular, que produce alrededor del 60 % de la mortalidad total y el 90 % de las Muertes Súbitas (300.000 a 500.000 anuales) y se estima que en EUA aproximadamente 6 millones de personas tienen enfermedad coronaria y mayor riesgo de muerte súbita o de infarto agudo de miocardio.

Más de la mitad de aquellos que presenten un ataque fuera del hospital no recibirán asistencia y las 2/3 partes morirán fuera de él, con frecuencia en las dos primeras horas de comenzados los síntomas; el 80% lo hará por una arritmia cardíaca mortal, la fibrilación ventricular (Myerburg, R. J., 1999; Welch, P.J., 1999).

Enfáticamente se puede decir que la muerte súbita y los accidentes graves, mortales, se presentan fundamentalmente en la comunidad, fuera de los centros asistenciales y su resolución depende de dos grandes variables: tiempo y forma de atención (Fontana, J. J., 2001).

Hay condiciones que influyen en el resultado final, una vez presentado el cuadro:

- a) Lugar y momento en el que ocurre el episodio.
- b) Capacidad de respuesta de la comunidad (primer respuesta).
- c) Capacidad de respuesta del sistema de emergencia local y el grado de entrenamiento de su personal. Incluye el prehospitalario y el hospitalario inicial (admisión)(Marino M., 2000)
- d) Concepto de sistema integrado o continuo de todos los eslabones de la cadena de sobrevida.

La muerte súbita disminuirá cuando disminuya la incidencia de las enfermedades que le dan origen y tratar de disminuir su incidencia es un desafío.

Es clásico hablar de la asociación entre los distintos hábitos y comportamientos como factores que participan en su generación, desarrollo o complicación y el concepto de "factores de riesgo".

El "riesgo global" es el resultado de esas comprobaciones y el Adult Treatment Panel III (ATP III) en sus guías 2001 define a los factores de riesgo mayores y a los emergentes (ATP III, 2001).

La sumatoria de estos factores aumenta aún más la posibilidad de tener ataques cerebrales o cardíacos, ataques que pueden llevar a la muerte súbita, caracterizada clínicamente por una parada cardíaca (cese brusco de la conciencia y de la actividad cardiorrespiratoria) que ocurre, habitualmente, lejos del ambiente hospitalario.

Debemos hacer algunas reflexiones con respecto al riesgo social que tiene por sí mismo una extrema significación. Primo hermano de la inequidad y de la desigualdad socio-económica e hijo dilecto de la globalización, la deshumanización, la pobreza y la exclusión que generan desánimo y desesperanza.

Así el estado socio-económico deprimido puede transformarse en potente predictor de riesgo cardiovascular, la ley inversa de Pearson (Londres, 1971) subraya que en la gente más pobre se observa un menor (o tardío) acceso a los centros de atención médica lo cual puede incrementar la mortalidad que en algunos registros se han multiplicado por cuatro (Hart, J. T., 1971).

Hay investigaciones que documentan la asociación entre los factores conductuales y las enfermedades cardiovasculares y hay mediadores que se encuentran implicados en algunos procesos conductuales como la depresión; el estrés agudo o crónico puede precipitar isquemia y arritmias malignas y al igual que en los procesos coronarios activos presenta niveles elevados de proteína C reactiva (PCR).

Se considera que el sustrato biológico que relaciona ambas patologías, en apariencia tan disímiles, puede residir en el sistema nervioso (central y autónomo) y puede estar mediado por serotonina y noradrenalina (The National Heart, Lung, and Blood Institute, 1998).

9.- La cadena de sobrevida

La cadena de sobrevida es un concepto difundido ampliamente por la American Heart Association (AHA) y luego incorporado en todas las organizaciones. Se refiere a cuatro eslabones básicos interconectados entre sí que conforman una cadena. El fallo de uno de los eslabones podría generar la ruptura de la misma con resultados inciertos equivalente, incluso, a la muerte del paciente.

La cadena de sobrevida incluye el reconocimiento temprano de la emergencia, la activación de la emergencia, la Resucitación Cardiopulmonar (RCP) temprana, la desfibrilación temprana y

el apoyo precoz avanzado de la vida que actualmente incorpora las medidas realizadas en el hospital para reconocer el paciente crítico con riesgo inminente de vida.

La importancia del reconocimiento de situaciones críticas, que previene el Paro Cardiorrespiratorio (PCR) dentro o fuera del hospital se ha resaltado como un nuevo anillo de la cadena dado que el tratamiento temprano puede prevenir el PCR (The MERIT study investigators, 2005; Langhelle, A., 2005; Perkins, G. D., 2005).

Podemos resumir que un número apreciable de muertes podrían evitarse por el reconocimiento precoz de los signos de alarma, por el rápido pedido de ayuda, la realización temprana de las medidas básicas de RCP, por el ingreso rápido de la víctima al sistema de emergencias médicas, el uso temprano del desfibrilador automático y la atención especializada en forma precoz.

- **Primer eslabón** -Acceso precoz al Servicio de Emergencias Médicas (SEM)-: reconociendo precozmente los síntomas de un paciente que puede llegar a una muerte súbita; así se puede alertar rápidamente al SEM de la región mediante un número telefónico fácil de recordar y ampliamente difundido en la comunidad y por lo tanto recibir la ayuda especializada en un tiempo oportuno.

Este eslabón fundamental reside en el ciudadano común o circunstante (el que pasaba circunstancialmente por allí) y el éxito dependerá del reconocimiento precoz, de la activación oportuna del sistema y de su habilidad y deseo de iniciar una RCP rápida y eficaz.

Esta acción debe considerarse como una responsabilidad comunitaria y ante un dolor de pecho, ante una víctima inconsciente o ante otras situaciones de emergencia se debe activar inmediatamente la cadena de la sobrevivencia mediante una simple comunicación telefónica.

La persona que llama debe estar preparada para proporcionar información adecuada y de la manera más calmada posible como la localización de la emergencia con los nombres de la calle principal y de las laterales; el número de teléfono del que llama; qué cantidad de personas están comprometidas y en qué condición se encuentran. A su vez el radioperador le solicitará que alguien espere a la ambulancia para indicarle el lugar donde se encuentra/n la o las víctimas y eventualmente le hará alguna sugerencia de qué hacer hasta que llegue la ambulancia.

- **Segundo eslabón:** RCP temprano

Las técnicas de resucitación cardiopulmonar básicas están indicadas cuando estamos en presencia de paro respiratorio y/o cardíaco.

En los primeros minutos, tres o cuatro minutos todavía, el cerebro sigue oxigenado y con viabilidad al igual que otros órganos vitales; de manera similar, en el comienzo del paro respiratorio la víctima tiene pulso e incluso en los primeros diez segundos de ocurrida la fibrilación ventricular el paciente puede estar conciente.

En todos estos casos o en el PCR evidente, la implementación de las técnicas adecuadas pueden mantener el flujo de sangre y la ventilación en márgenes compatibles con la vida.

Las causas que pueden llevar al paro son diferentes y su prevalencia puede estar de acuerdo a la edad (por ej.: obstrucción por cuerpo extraño en los niños, sobredosis de drogas en los jóvenes y el accidente cerebrovascular en los ancianos).

Otras causas no menos importantes son la asfixia por inmersión, inhalación de humo, epiglotitis, sofocación, electrocución, etc.

- **Tercer eslabón:** Desfibrilación precoz

El adelanto más importante en RCP durante la década de 1990 ha sido, sin lugar a dudas, la aparición de los desfibriladores automáticos. Estos elementos una vez conectados al paciente mediante electrodos autoadhesivos, por un rescatador entrenado, pueden determinar si el paciente se encuentra con una fibrilación ventricular (FV); puede efectuar una desfibrilación y dar las indicaciones para el RCPb.

En el cuadro 9.a. vemos qué sucede, en un escenario optimista, cuando llamamos a la ambulancia.

Qué Sucede Cuando Ud. Llama a la emergencia?

Escenario Optimista

Identificación de la emergencia/ Activación del plan de respuesta	50 segundos
Llamada al n° de emergencias	70 segundos
Alerta a ambulancia y escuadrón de rescate (despacho)	30 segundos
Respondedores a sus unidades	30 segundos
Tiempo de traslado a la locación	360 segundos*
Descarga de equipamiento/ Distancia al paciente	120 segundos
Evaluación/ Aplicación de la primer asistencia/defibrilación	60 segundos**
TOTAL	720 segundos
TOTAL	12 minutos

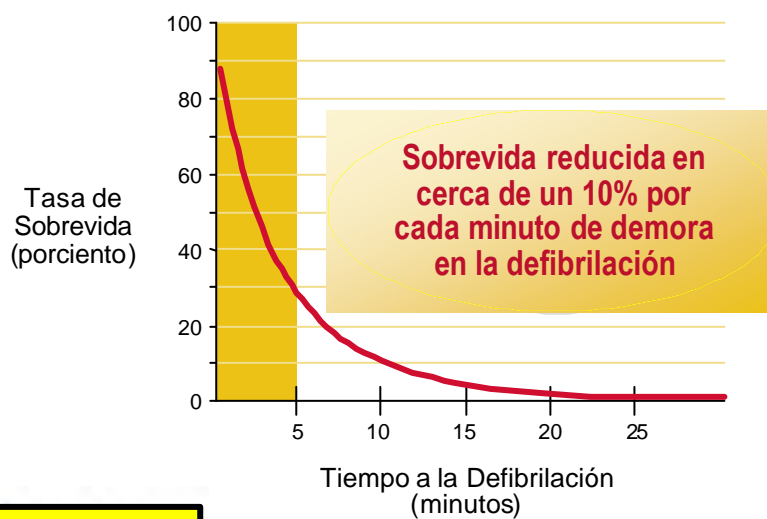
Fte.: Fundación UDEC

Nota: *Este es un tiempo mínimo dado que el tiempo de traslado puede variar dependiendo del clima, tráfico, distancia (horizontal y vertical), disponibilidad de ambulancia, etc.. ** (Cummins RO, 1987).

Cuadro 9.a.

Si a esto le sumamos el hecho que ante una fibrilación ventricular el éxito del tratamiento (desfibrilación) cae 10% por cada minuto que pasa, podemos comprender la importancia que tiene el uso de los desfibriladores externos automáticos por la comunidad [cuadro 9.b.].

Minutos Críticos



Cuadro 9.b.

- **Cuarto eslabón:** Soporte Vital Avanzado (SVA) o Reanimación Cardiopulmonar Avanzado (RCPa) Consiste en realizar maniobras y utilizar drogas y/o elementos o dispositivos eléctricos o mecánicos (por un grupo entrenado) para intentar rescatar al paciente del paro cardiorrespiratorio y mantener inicialmente la actividad cardiopulmonar perdida hasta restaurarla. En las guías de RCP implica el desarrollo del ABCD primario y secundario.

La utilización de los desfibriladores, marcapasos, el manejo de la vía aérea, de los accesos venosos, uso de drogas, etc. implica un conocimiento teórico y práctico determinado por los efectores de salud.

Actualmente debemos añadir un:

- **Quinto eslabón:** incluye los cuidados del paciente reanimado con ingreso rápido al hospital adecuado y reconocer la importancia del reconocimiento de situaciones críticas, que pueden prevenir el PCR dentro o fuera del hospital. Este reconocimiento rápido de las situaciones que pueden llevar al PCR o que pueden volver a producirlo está en manos de personal de emergencia altamente entrenado a tal fin.

La importancia de reconocer “este nuevo anillo de la cadena” puede ayudar a combatir la amplia variabilidad que existe en la manera como se tratan los pacientes en parada cardíaca que ingresan a un hospital o los sobrevivientes comatosos del paro en las horas iniciales y en los siguientes días luego del retorno a la circulación espontánea.

Estas diferencias en el tratamiento en esta fase pueden responder a variables “interhospitalarias y/o interpersonales” y deben ser resueltas de la mejor manera posible. (Langhelle, A., 2003; Corsiglia, D., 2004; American Heart Association, 1992).

Este eslabón debe estar claramente conceptualizado pues cuando ingresamos en la dimensión del “nuevo ciclo vital o ciclo vital total” y ante situaciones donde definimos una parada cardíaca o una muerte clínica, estamos definiendo conductas que deben estar enmarcadas en pautas claras y conocidas por todo el personal de emergencias.

En ocasiones, aquellos pacientes que no pueden ser aislados de los dispositivos de soporte mecánico cardíaco y ante la ausencia de lesiones cerebrales significativas, pueden ser pasibles de entrar en planes de trasplante cardíaco de emergencia como receptores.

En otras, ante la presencia inequívoca de muerte cerebral y en condiciones muy definidas, o en situaciones donde el médico asistencial define la muerte clínica, se puede pensar en la donación de órganos o tejidos siempre y cuando existan criterios de posible viabilidad (tiempo, tipo de reanimación, escenario, etcétera).

10.- El algoritmo universal

Las recomendaciones, guías, normas y estándares permiten ofrecer a los rescatadores un marco de contención a través de un manejo racional y controlado de las acciones. La tendencia es utilizar algoritmos simples que puedan ser aplicables en la mayoría de las circunstancias y el logro de esto se hace aumentando la eficacia y la eficiencia de la instrucción para permitir una mayor retención de habilidades y destrezas y para reducir las barreras para la acción.

Los rescatadores básicos deben empezar RCP si la víctima esta inconsciente o fría, no tose, se mueve o no; posteriormente (y para un solo rescatador) se recomienda una secuencia de compresión-ventilación de 30:2 ya sea para niños o adultos.

Esta secuencia se ha diseñado para simplificar la retención de habilidades aprendidas y porque al aumentar el número de compresiones disminuye el tiempo de interrupción. Si se puede determinar el ritmo y este es “desfibrilable o chocable”, se aplica un solo choque. Independientemente del ritmo resultante se sigue comprimiendo y ventilando durante dos minutos a una secuencia de 30:2 para minimizar el efecto de “no flujo”, fenómeno que se presenta en el tiempo en que no se realiza masaje dado que se está trabajando con el desfibrilador (análisis de ritmo, carga, etcétera).

La calidad de la RCP pasa por minimizar las interrupciones de las compresiones del tórax dado que al hacerlo disminuye substancialmente el flujo coronario. Evidencia reciente indica que la

interrupción innecesaria de las compresiones ocurre tanto fuera como dentro del hospital y que los instructores de RCP deben enfatizar sobre su importancia.

Se piensa que estas nuevas pautas mejoraran la práctica de la RCP y finalmente del resultado del manejo del PCR.

La relación 30:2 ayuda a disminuir el número de interrupciones, reduce la probabilidad de hiperventilación, simplifica la enseñanza y mejora la retención de estas habilidades. La estrategia de un solo choque minimiza el tiempo de no flujo (Kern, K.B., 1998; Wik, L., 2005; Abella, B.S., 2005; Abella, B.S., 2005; Valenzuela, T.D., 2005).

11.- Hay propuestas para enfocar el problema

- 1.- Es necesario, a través de las instituciones médicas de ley, sociedades científicas, universidades o foros interdisciplinarios, integrar las ideas, las opiniones y las propuestas a través de documentos –carta de intención u otros– en donde se establezcan las pautas generales, acuerdos mínimos o básicos y un claro compromiso de las partes para lograr desarrollar, ejecutar y controlar un marco estructural, normativo y educativo –educación continuada e integrada–.
- 2.- Se requieren pautas claras, prácticas, factibles y unificadas que apunten a la optimización del manejo de la emergencia médica local, integrando la clasificación de pacientes de alto riesgo tanto en el ámbito prehospitalario y en la admisión en donde los pacientes que presenten cuadro clínico con riesgo de muerte, real o potencial, sean asistidos en el lugar de recepción, en base a tres principios:

- Lugar más cercano y más adecuado en relación a la patología
- Elección del paciente (principio de autonomía), si esto fuera posible.
- Cobertura social.

- 3.- Es vital, para un buen funcionamiento del sistema contar con centrales operativas de gestión (locales o regionales) para la recepción de llamados, clasificación y selección de recursos que puedan optimizar la oportunidad de la atención e influir en la mejoría de los estándares de calidad.

Estas centrales debieran estar comunicadas con las centrales operativas de los financiadores a fin de garantizar los ingresos, las derivaciones o los traslados primarios o secundarios en base a pautas de referencia y contrarreferencia.

Estas centrales deben dar respuestas adecuadas demostrando idoneidad, responsabilidad y autoridad sobre los prestadores.

- 4.- Es prudente tener áreas de monitoreo, control y fiscalización con características de auditorías externas que dependan de entidades de reconocida trayectoria y que no estén “comprometidas” con los subsectores en cuestión, que puedan evaluar la respuesta real y las contingencias ante la necesidad de camas para internación de urgencias/emergencias.

También se puede hacer un seguimiento del papel, responsabilidades y nivel formativo de los profesionales sanitarios que actúan en la emergencia médica.

- 5.- Se deben discutir, aceptar o modificar las propuestas definidas para los estados de necesidad, situación in-extremis o riesgo inminente de vida, desarrollando caminos críticos claros y definidos como el “modelo catalán modificado”:
 - a- Ante la necesidad de ingreso urgente el lugar de internación se definirá en relación al lugar más cercano y adecuado. Se puede plantear una alternativa, siempre y cuando no afecte en forma directa o indirecta la evolución, que refiere a la elección del centro por preferencia del paciente, por su obra social o mutual, o por el consenso con su médico de cabecera.

- b- Ante las primeras negativas de cama y riesgo o peligro para paciente, el médico tratante o actuante definirá el lugar de internación, nuevamente, bajo el principio de “lugar (estatal o privado) más cercano y con recursos apropiados para la patología en cuestión, según área programática –previamente definida–”
- c- El médico tratante-actuante dará aviso a la central operativa que corresponda informando que “un móvil va en camino” y consignando edad, diagnóstico y estado actual.

El estado actual implica saber si esta compensado o descompensado desde el punto de vista cardiovascular, respiratorio y neurológico así, de esta manera, podrá ser recibido por el médico de guardia en forma inmediata, quien podrá prepararse convenientemente para poder mantener la atención como un continuo.

De haber dificultad por la cantidad de camas o en caso de no haber camas, la institución recibirá al paciente durante las primeras horas hasta que se pueda hacer la derivación a otra institución de la zona y posteriormente, el traslado secundario podrá estar a cargo del sistema que lo trasladó inicialmente.

“Lo que más me sorprende de la humanidad son los hombres que pierden la salud para juntar dinero y luego pierden el dinero para recuperar la salud y por pensar ansiosamente en el futuro, olvidan el presente de tal forma que acaban por no vivir ni el presente ni el futuro... viven como si nunca fuesen a morir y mueren como si nunca hubiesen vivido”.

Sidarta Gautama “Buda”. India. Siglo VI a.C

12.- Conclusiones sobre los servicios de emergencias

La atención de la emergencia debe ser parte integral de un sistema de cuidados sanitarios y cada sistema debe basarse en las necesidades de la comunidad y en el cuidado del paciente individual.

Los recursos disponibles deben ser los adecuados y debe haber compatibilidad con lo que se explicita en las guías locales, regionales, provinciales, nacionales y/o internacionales.

Es posible que una gran proporción de estas muertes pueda prevenirse por la entrada rápida del paciente a los sistemas de emergencia sanitaria, con el suministro rápido de RCP, con la desfibrilación precoz y con el ingreso precoz a la admisión hospitalaria para poder realizar tratamiento de su arritmia o de su patología de base. Además, muchas víctimas de ahogamiento, electrocución, sofocación e intoxicación por drogas pueden salvarse con el inicio oportuno de la RCP básica y precoz del apoyo vital avanzado.

Si a las llamadas las clasificamos con colores de acuerdo a su prioridad, dando a las emergencias el **color rojo**, a las urgencias el **amarillo** y a las que no revisten peligro real o potencial el **color verde**, en series urbanas las llamadas de emergencia (claves rojas) corresponden al 5% del total y de estas el 5% corresponden a PCR. La mitad de ellos ocurren en menores de 65 años y es necesario seguir resaltando la importancia del reconocimiento precoz y del acceso rápido.

La aplicación rápida de las técnicas de SVA promete no sólo salvar vidas y modificar la esperanza de vida, sino también la calidad de vida mediante la prevención del daño cerebral, del tiempo de sufrimiento y de la eventual pérdida intelectual.

Como el trauma grave es la causa principal de muerte e incapacidad en la población pediátrica y de adultos jóvenes (edades de 1 a 44 años), se debe poner énfasis en esto, en su prevención y en los programas de educación, haciendo incluso programas mixtos de RCP y trauma.

Para propender al éxito de los sistemas de emergencias se requiere de la participación y planificación para asegurar la compatibilidad de la operación con los equipos del propio sistema y con los sistemas vecinos.

La comunidad debe estar deseosa de conocer los programas y desarrollarlos, revisar su eficacia y esperar una mejoría continua.

La planificación inicial de un sistema puede hacerse en un consejo asesor local sobre servicios de urgencias que tenga en cuenta las necesidades de la comunidad, sus prioridades y una administración adecuada que pueda llevar adelante y resolver esas necesidades con los recursos disponibles y adecuados.

La evaluación crítica de políticas operacionales, procedimientos, estadísticas e informes de casos debe ser responsabilidad constante del director médico.

Podemos coincidir con R.O. Cummins cuando señalaba que... *“pocas veces en la práctica médica tenemos la posibilidad de salvar una vida de manera tan impactante como cuando realizamos un esfuerzo de reanimación cardiopulmonar. El paro cardíaco es quizás el momento emocional y dramático más intenso de la vida de la persona que intenta recuperar el corazón de otra... los acontecimientos ocurren a gran velocidad y exigen una respuesta inmediata y precisa. Así, la preocupación por la vida en la emergencia determina la necesidad de un enfoque sistemático y racional. Las técnicas de resucitación brindan las bases para ofrecer el mejor cuidado posible en situaciones que generan mucha tensión. El rescatador a menudo altera su capacidad para actuar, en una proporción inversa a su grado de preparación y experiencia, sorprendiéndolo en una disciplina que creía dominar”* (Cummins, R. O., 1987).

En nuestro mundo de hoy, pisando el tercer milenio y en una sociedad donde a menudo se menosprecia la vida, hay quienes se reconcilian diariamente con ella, cuidando enfermos, saliendo a la madrugada a gran velocidad a socorrer un accidentado, a dar una palabra de aliento al moribundo, atendiendo enfermedades infectocontagiosas, de las cuales mucho se dice pero que sólo se ven a través de una pantalla de televisión... y en el mejor de los casos a través de un vidrio.

En resumen... hay gente que todavía se “juega” la vida en función del otro y sin pedir nada a cambio.

Citas Bibliográficas

- Abella B.S., Alvarado J.P., Myklebust H., et al. Quality of cardiopulmonary resuscitation during in-hospital cardiac arrest. JAMA 2005;293:305-10.
- Abella B.S., Sandbo N., Vassilatos P., et al. Chest compression rates during cardiopulmonary resuscitation are suboptimal: a prospective study during in-hospital cardiac arrest. Circulation 2005;111:428-34.
- Adult Treatment Panel III (ATP III) Guidelines. 2001
- Corsiglia, D.. Nuevos horizontes en la terapéutica de la Reanimación Cardiopulmonar. Cuadernillo N° 5 de la Sociedad Argentina de Farmacología y terapéutica. Pag. 1-11. Reunión científica del 13 de setiembre de 2004.
- Corsiglia, D.. Terapéutica en el Soporte Vital Básico y Avanzado en situaciones especiales. Introducción y epidemiología. Publicación de La Sociedad Argentina de Farmacología y Terapéutica- AMA-. 10 de mayo de 2004
- Cummins R.O. y otros. Automatic External Defibrillations Used by Emergency Medical Technicians: a Controlled Trial. JAMA. 1987, 257:1605-10).
- Declaración de Yuste: En Febrero del 2000, durante el Congreso Transibérico de Emergencias en Cáceres, Extremadura, España, se reunieron en el Monasterio de Yuste un grupo de personas relacionadas a la emergencia médica, representativos de sus países de origen (España, Portugal, Francia, Bélgica, Argentina, Méjico, entre otros) e hicieron una histórica declaración en donde se definió la Emergencia y a sus componentes como concepto de sistema integrado y solidario.
- Emergency Cardiac Care Committee and Subcommittees, American Heart Association. Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiac Care. JAMA, 268 (16): 2171-2183, 1992.
- Fontana, J. J. Muerte súbita. Revista Médica de La Plata. Vol.35 N°1(32-36). Cátedra de cardiología de posgrado de la Facultad de Ciencias médicas de la Universidad Nacional de la Plata. Hospital San Juan de Dios. Unidad de Emergencias Cardiomedicas. (UDEEC). Febrero 2001.
- Fox R. Trends in cardiovascular mortality in Europe. Circulation 1997;96:3817.

- Galeano, E. Las palabras andantes. La ventana sobre la utopía.1993.
- Gratton, L. Estrategias de capital humano. Ed. Prentice Hall. Londres. 2001.
- Hart J.T. The inverse care law. Lancet 1971; i: 405-412.
- Kern KB, Hilwig RW, Berg RA, Ewy GA. Efficacy of chest compression-only BLS CPR in the presence of an occluded airway. Resuscitation 1998;39:179-88.
- Kesteloot H, Sans S, Kromhout D. Evolution of all-causes and cardiovascular mortality in the age-group 75—84 years in Europe during the period 1970—1996; a comparison with worldwide changes. Eur Heart J 2002;23:384—98.
- Langhelle A, Nolan J, Herlitz J, et al. Recommended guidelines for reviewing, reporting, and conducting research on post-resuscitation care: The Utstein style. Resuscitation 2005;66:271-83.
- Langhelle A, Tyvold SS, Lexow K, Hapnes SA, Sunde K, Steen PA. In-hospital factors associated with improved outcome after out-of-hospital cardiac arrest. A comparison between four regions in Norway. Resuscitation 2003;56:247—63.
- Levi F, Lucchini F, Negri E, La Vecchia C. Trends in mortality from cardiovascular and cerebrovascular diseases in Europe and other areas of the world. Heart 2002;88:119-24.
- Marino M., Locatelli H., Heumann G., et al. Reanimación Cardiovascular básica. ¿Nuestros futuros colegas tienen los conocimientos necesarios para afrontar tan dramático momento?. Revista del CONAREC, 57 (16): 42-49, 2000.
- Matsushita, K. Mi filosofía administrativa. Ed. Castillo. Barcelona.
- Murray CJ, Lopez AD. Mortality by cause for eight regions of the world: global burden of disease study. Lancet.1997;349:1269—76.
- Myerburg R. J. y Castellanos A. Paro Cardíaco y Muerte Súbita Cardíaca. Tratado de Cardiología. Braunwald, 5ta Edición, 1(24): 803-844, 1999.
- Perkins G.D., Soar J. In hospital cardiac arrest: missing links in the chain of survival. Resuscitation 2005;66:253-5.
- San Ignacio de Loyola (1491-1556) -Siglo XVI- Fundador de la Compañía de Jesús.
- Sans S, Kesteloot H, Kromhout D. The burden of cardiovascular diseases mortality in Europe. Task Force of the European Society of Cardiology on Cardiovascular Mortality and Morbidity Statistics in Europe. Eur Heart J 1997;18:1231-48.
- The MERIT study investigators. Introduction of the medical emergency team (MET) system: a cluster-randomised controlled trial. Lancet 2005;365:2091-7.
- The National Heart, Lung, and Blood Institute (USA). Task Force on Behavioral Research in Cardiovascular, Lung, and Blood Health and Disease.1998.
- Unamuno. Filósofo español. 1864-1936.
- Valenzuela T.D., Kern K.B., Clark L.L., et al. Interruptions of chest compressions during emergency medical systems resuscitation. Circulation 2005;112:1259-65.
- Welch P. J., Page R. L., Hamdan M. H.. Management of Ventricular Arrhythmias. JACC 34 (3): 621-630, 1999.
- Wik L, Kramer-Johansen J, Myklebust H, et al. Quality of cardiopulmonary resuscitation during out-of-hospital cardiac arrest. JAMA 2005;293:299-304.
- Zheng ZJ, Croft JB, Giles WH, Mensah GA. Sudden cardiac death in the United States, 1989 to 1998. Circulation. 2001;104:2158—63.

CAPÍTULO 32

RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

Mario Alberto Irazusta*

-Contribución especial-

1.- La responsabilidad profesional se plantea ante un daño

Se considera “profesional” a la persona física que ejerce una profesión. La profesión consiste en una actividad de carácter intelectual, que se ejercerá en forma preferentemente autónoma, aunque esto último no resulta excluyente.

El tema que se propone analizar, la responsabilidad civil por el daño causado en la atención del paciente, excede el de “mal praxis”, que consiste, “en la omisión por parte del médico de prestar apropiadamente los servicios a que está obligado en su relación profesional con el paciente, omisión que da por resultado cierto un perjuicio al mismo o en la falta de pericia y cuidados razonablemente necesarios en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las enfermedades, con daño cierto para el paciente.

Las cuestiones de índole jurídica que se suscitan en el ejercicio de la profesión médica constituyen una parte especial de la responsabilidad profesional y están, al igual que ésta, sometidos a los principios generales de la responsabilidad civil, que consiste en el deber de resarcir los daños ocasionados a otros por una conducta antijurídica.

2.- La responsabilidad profesional médica se configura por la conjunción de determinados elementos

La responsabilidad civil de los médicos se sustenta en los mismos presupuestos que son comunes a cualquier acto ilícito. De acuerdo a las circunstancias, le será aplicable el régimen contractual o extracontractual.

Estos presupuestos son:

- a) La acción o autoría.
- b) La antijuricidad.
- c) El daño.
- d) La relación causal entre el hecho y el perjuicio.
- e) La presencia de un factor de atribución subjetivo u objetivo.

La culpa consiste en la omisión de aquellas diligencias que exigiere la naturaleza de la obligación y que correspondiesen a las circunstancias de las personas, del tiempo y del lugar (art. 512 del Código Civil).

Resulta aplicable como principio rector a la actividad médica lo establecido por el art. 902 del Código Civil: “cuando mayor sea el deber de obrar con prudencia y pleno conocimiento de las cosas, mayor será la obligación que resulte de las consecuencias posibles de los hechos”.

Por su parte el art. 909 del Código Civil prescribe: “ Para la estimación de los hechos voluntarios, las leyes no toman en cuenta la condición especial o la facultad intelectual de una persona determinada, a no ser en los contratos que suponen una confianza especial entre las partes. En estos casos se estimará el grado de responsabilidad, por la condición especial del agente”.

*Abogado: Asesor Legal de Cámaras y Colegios del Sector Salud y de Compañía de Seguros de Responsabilidad Profesional.

No escapa al criterio del común denominador de la gente que la relación médico-paciente se da en un marco de confianza, que es depositada por el enfermo en el facultativo. Es así que por dicho motivo, a la hora de evaluar la conducta del galeno, se lo hará con mayor estrictez y severidad, máxime que se encuentra en juego el valor supremo de la persona, el valor vida y/o el valor salud.

La existencia de daño es uno de los presupuestos necesarios para que nazca la responsabilidad de un individuo en su quehacer profesional.

Se establece que es necesario un factor de imputación para atribuir jurídicamente el deber de reparar el daño injusto causado a otro. La culpa de los médicos se rige por las reglas generales de la especie, se rige por los mismos principios de la culpa en general.

La prueba de la relación causalidad (causa-efecto) entre el hecho del médico y el resultado dañoso queda, como regla general, a cargo del actor (paciente) que lo alega. Existirán casos, ante el resultado anormal o no esperado en el tratamiento, que el Juez podrá exigir la prueba al médico, toda vez que es la parte que en la relación conoce mejor los hechos o tiene los elementos en su poder para demostrar la verdad o la realidad de lo acontecido.

En materia de responsabilidad médica, se percibe en los últimos años una tendencia novedosa que apunta a una mayor protección de los pacientes y damnificados para revertir la concepción tradicional que exigía la demostración de la culpa y la causalidad, circunstancia descrita en la literatura jurídica como “prueba diabólica”.

Así se da la preeminencia de los derechos humanos, la protección de la salud en los textos constitucionales; hoy en día la Constitución Nacional (1994) consagra “nuevos derechos”, entre ellos el derecho fundamental a la preservación de la salud, con valor normativo, e impone al Estado y a los particulares el deber de tutelar la salud individual y de la comunidad.

Por otra parte, el moderno Derecho de Daños apunta a la protección del damnificado; desde una óptica casi unánime, la jurisprudencia pone la mirada y el acento sobre la víctima afectada. Así se expanden los derechos específicos de los pacientes en relación con la asistencia médica.

Hoy la responsabilidad por actos médicos conforma un capítulo en la temática de protección al consumidor y en el derecho constitucional a la salud. El campo más fértil de aplicación de normas protectoras ha sido el de la relación con las empresas de medicina prepaga.

Se han juridizado obligaciones que antes permanecían en el plano ético. La conducta contraria a las normas deontológicas es antijurídica. Las normas deontológicas que gobiernan y regulan la práctica profesional en beneficio del enfermo poseen valor jurídico, en tanto dan contenido a la regla rectora y al estándar de conducta. Quedan así articulados los principios éticos y jurídicos que definen la conducta esperada de cada parte con la otra y entendida la expectativa, así como la fidelidad escrupulosa con la palabra comprometida, con fundamento en la confianza, ingrediente regulador de la totalidad de las relaciones obligatorias.

3.- Las obligaciones de los médicos son definidas

Cuando los facultativos prestan sus servicios profesionales no se comprometen a obtener un resultado, sino tan solo a poner los medios adecuados para alcanzar esa finalidad. La obligación asumida por el médico en la atención del enfermo es de “medio” y no de “resultado”. En general, excepto en los casos de cirugía estética, aquél no se obliga a curar, sino a procurar la curación del enfermo. La naturaleza misma del ministerio del médico lo expone a menudo, a pesar de sus conocimientos científicos y conscientes esfuerzos, no solamente a ver frustrada la curación sino también a ver agravado el estado del enfermo. El buen sentido impide exigirle éxito, pues no está a su alcance prometerlo. Se le podrán exigir esfuerzos razonables para acertar, en función de sus conocimientos profesionales; pero no prometerlo de antemano. Es más, si lo hiciera, promete la curación, estaría incurriendo en una falta grave, sancionable legalmente.

Para establecer si se ha incurrido en incumplimiento de la obligación de prestar asistencia médica ha de primar un criterio restrictivo en la apreciación de la culpa. El sistema judicial no puede ser sino severo, muy estricto para sancionar como correspondiere el incumplimiento de un correcto ejercicio profesional, bajo el supuesto que la imputación sea evidente y de gravedad, motivada por un insólito proceder, falta notoria de destreza o un torpe error de tipicidad técnica o científica, como causas productoras de un daño cierto, digno de ser indemnizado.

Previo al acto médico se impone el deber de informar. La falta de una debida información al paciente sobre las consecuencias posibles de un determinado acto médico puede determinar la condena profesional. Tal circunstancia alude, en especial, a los riesgos normalmente previsibles, no a los excepcionales. En estos casos, el consentimiento informado opera como un presupuesto esencial de la actividad terapéutica desarrollada por el médico.

La información al paciente, acerca de los riesgos acarreables por los estudios y/o el tratamiento a aplicar, debe ser prudente, apropiada, no debe perturbar mencionando peligros lejanos pues de ese modo lo que se lograría sería el temor innecesario y una mala disposición gratuita. La información debe circunscribirse a los datos ciertos y riesgos probables, explicándosele en qué consiste la práctica y las eventuales molestias a experimentar. Se estima que la prueba de haber producido el deber de informar le incumbe al médico, como obligación profesional.

La aparición de las empresas médicas (vg. asociaciones mutuales, empresas de medicina prepaga, servicios de asistencia médica al viajero, obras sociales) ha venido acompañada de una "formalización" del contrato de asistencia médica. Del contrato verbal, no formal, intuitu persona, celebrado entre el paciente y su médico se ha pasado a sistemas de contratación masiva, escrita, con estipulaciones generales sumamente detalladas y esquemas definidos de derechos y obligaciones de las partes unilateralmente predispuestos por las prestadoras.

4.- La litigiosidad indebida se ha extendido

La problemática de la denominada responsabilidad profesional médica, o comúnmente llamada mala praxis, está exhibiendo como hecho notorio un alto número de demandas judiciales, que más allá de tener un alto porcentaje de rechazos, prosperan alrededor de un 25% de las iniciadas.

Existen un gran número de demandas que no reúnen los requisitos mínimos de seriedad o verosimilitud desde un punto de vista científico técnico, las cuales son presentadas sin los adecuados fundamentos, solo por el hecho del resultado inválido final.

Por ello, aparecen un gran número de causas incentivadas como "industria del juicio", reclamos que no tienen asidero o fundamentos serios. Si a la falta de argumentos serios, le agregamos la circunstancia que se reclaman montos exorbitantes en relación a lo que eventualmente puede prosperar en una acción, estamos en presencia de la figura de la "litigiosidad indebida".

Uno de los fundamentos para solicitar al Poder Legislativo la limitación de los montos es precisamente lo expresado precedentemente. Si a esto, le agregamos la liviandad existente en la mayoría de los jueces para otorgar el denominado beneficio a litigar sin gastos, cierra perfectamente el círculo. Dicho beneficio ha sido instaurado procesalmente para asegurar el acceso a la justicia que todo ciudadano debe gozar, como una prerrogativa constitucional básica y fundamental, con el objeto que quien no tiene medios económicos para sufragar los gastos de un juicio no vea frustrada su expectativa de reclamar justicia por su caso particular. El otorgamiento de dicho beneficio, permite a quien se le concede no tener que abonar la tasa de justicia (3% del reclamo económico), honorarios de peritos intervinientes y por último los honorarios de los abogados de las partes, cuya regulación es la más importante.

El abuso de este loable instituto o figura procesal, se da cuando quien se muestra pobre para los Tribunales, vive holgadamente en la realidad, con más de un inmueble, contando con un ingreso periódico importante, vehículo automotor, y otros bienes.

La resolución de los beneficios de litigar sin gastos debería guardar correspondencia con lo reclamado en el juicio principal, ya que quizás el actor o el paciente fallecido era una persona muy mayor, jubilado, con una corta expectativa de vida y el monto de demanda es varias veces millonario.

Ello trae aparejado que un monto de reclamo injustificado lleva a mejorar una hipotética postura negociadora en una eventual conciliación o transacción, o sea el reclamante pide mucho para después pactar un arreglo en una suma muy menor, pero importante.

Cuando se otorga el beneficio y aún cuando la demanda se rehace, el 50% de los honorarios de los peritos los debe pagar el demandado, pese a haber ganado el pleito, por rechazo de la demanda. Esto es así, por cuanto los peritos pueden reclamar el 50% de su emolumentos a cada parte; por supuesto, que a la parte que tiene el beneficio a su favor, nada le pueden exigir, ya que está amparado por dicho beneficio.

Esta proliferación de juicios por responsabilidad civil de los médicos en la atención de los pacientes ha venido a incidir negativamente en la relación médico-paciente, ya que el profesional ve a un eventual enemigo, ante un simple resultado no esperado, producto a veces de la propia naturaleza finita de la salud del hombre o frente a la exigencia de la curación, como un desarrollo extremo en los últimos tiempos de un derecho a la curación, mas allá de las posibilidades ciertas que exhibe cada caso en particular.

En general, esto deteriora cada vez más la calidad prestacional en el sistema de salud y cuando se habla de recortar la litigiosidad Indebida no se pretende una reivindicación corporativa de un sector de los prestadores o de la sociedad, sino que se está hablando de la salud de la población en general, es decir, por la que es prestada en el sector estatal, semi privado y privado. Se ven afectados los recursos de todos los sectores de la salud, distrayendo los mismos hacia otros requerimientos, tales como abogados, seguros y gastos complementarios.

Con relación a los seguros, la alta litigiosidad ha motivado el retiro masivo de aseguradoras y reaseguradoras; esto se da porque si bien prospera el 25% de las demandas, ello puede significar grandes montos, máxime con las provisiones o reservas técnicas que deben efectuar ante la sola existencia de reclamos, esto es, un 30% calculado sobre el monto reclamado en cada caso.

Lo acontecido en los últimos quince años aproximadamente, exhibe una realidad de sanatorios cerrados, aseguradoras en liquidación, médicos que se insolventan, amén del retiro casi masivo de las compañías de seguros en este segmento del mercado de seguros, que deja de ser rentable y con un alto riesgo.

Teniendo en cuenta estas realidades someramente descriptas, los puntos que debieran, legislativamente modificarse son:

- a) **Reducción del plazo de prescripción de la acción:** en la actualidad la víctima de una defectuosa o reprochable práctica profesional cuenta con un plazo de 10 años desde la fecha del hecho o evento dañoso para iniciar el juicio respectivo. En cambio, si son sus derechohabientes o familiares (por muerte del paciente) la prescripción es de 2 años. El proyecto es de reducir en todos los casos a dos años de plazo la prescripción de las acciones personales por responsabilidad contractual derivada del ejercicio profesional.
- b) **Beneficio de litigar sin gastos:** con el objeto de atenuar las consecuencias derivadas del Instituto del beneficio de litigar sin gastos y a fin de evitar que se devenguen honorarios periciales a cargo de la parte condenada en costas, se propone la asignación de las pericias a los Cuerpos Técnicos Periciales (Asesorías Periciales Oficiales del Poder Judicial) en aquellos juicios en los que se solicite el beneficio de litigar sin gastos.
- c) **Limitación cuantitativa del informe técnico científico:** establecimiento de topes o baremos indemnizatorios específicos para los montos de las indemnizaciones por daños y perjuicios derivados del ejercicio profesional, asimilables a los del transporte aéreo, laboral y otras actividades.
- d) **Artículo 84 y 94 del Código Penal:** impulsar la modificación de los arts. 84 y 94 del Código Penal con el objeto de reducir penas previstas para las conductas emanadas o derivadas del ejercicio profesional de los médicos, diferenciando dicha actividad de las demás conductas culposas comprendidas en esos artículos.
- e) Exigencia de que los jueces deban recurrir en forma obligatoria a informes técnicos emanados de los cuerpos científicos mencionados en el art. 476 del Código Procesal Civil y Comercial de la Nación (vg. Sociedades Científicas de cada especialidad, Academia Nacional de Medicina, Cátedras Universitarias).

Bibliografía Consultada

- Bueres, A. J., Responsabilidad civil de los médicos. Buenos Aires, Hammurabi, 1992.
- Fumarola, L. A., Eximentes de responsabilidad civil médica. Buenos Aires, Hammurabi, 2002.
- Lorenzetti, R. L., Responsabilidad civil de los médicos. Buenos Aires, Rubinzal Culzoni, 1997.
- Mosset Iturraspe, J., Responsabilidad por daños. Santa Fe, Rubinzal Culzoni, 2ª edición, 1992.
- Yzquierdo Tolzada, M., Responsabilidad civil del profesional liberal. Buenos Aires, Hammurabi, 1998.

MECANISMOS DE EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Alejandro Horacio Basta

1.- La evaluación de la Atención Médica es condición de su gestión

El sector de Atención Médica en la Argentina se desarrolló desde fines del siglo XIX en forma inorgánica y creció anárquicamente, según se expuso anteriormente.

El Estado, absorbido por la conducción de sus propios efectores, no alcanzó un ordenamiento sistemático de la Atención Médica tendiendo a la coordinación de recursos.

Hubo gestiones, sin embargo, que sentaron bases positivas y actualmente se gestionan acciones de progresivo ordenamiento. Este desarrollo, en el marco de una creciente demanda y costo de la Atención Médica, determinó que la crisis, verificada en todos los países desde 1960, se presentara en nuestro medio con mayor dramática.

El déficit creciente en la financiación generó diversos obstáculos de accesibilidad a los pacientes y privó a los prestadores de una retribución justa y oportuna de sus servicios.

Una de las dos vertientes (oferta-demanda) del sector que requiere ordenamiento, es la de oferta de servicios, lo que pasa por la definición de una regulación y de un sistema de evaluación adecuado a nuestra realidad.

La evaluación, en su sentido amplio y práctico, ha sido tan desordenada y atomizada como el sector mismo. No es posible ni tampoco razonable que el Estado sólo tome la iniciativa de ordenar y dar coherencia a un sistema de evaluación. Menos posible es aún, en el marco de diferentes jurisdicciones (nación, provincia, municipio) bajo conducciones, en muchos casos, opuestas.

Es así como en vez de un sistema, suele observarse la aplicación puntual de procedimientos de evaluación asistemáticos y sesgados (vg: control parcial de facturaciones, debitación sin fundamentar, fiscalización a través de operativos indiscriminados). Estas acciones son formas de evaluación que tienden a disimular la desfinanciación de numerosos prestatarios.

2.- Hay diversas formas de evaluación

El concepto de **acreditación** está ligado a otros mecanismos que se mencionan a continuación y que en su conjunto configuran un **sistema de evaluación**. Los criterios son convencionales y, consecuentemente, polémicos:

a.- **Habilitación** es el proceso que:

- otorga autorización para que un efector funcione;
- tiene en cuenta parámetros estructurales y mínimos, es obligatoria y previa al funcionamiento;
- está a cargo de la autoridad estatal;
- se concede, en general, por única vez y sin plazo de vencimiento;
- es pública, el certificado debe exhibirse a la vista.

b.- **Categorización** es el proceso que:

- indica el nivel de **complejidad** de cada efector;
- relaciona la estructura instalada con la capacidad de realizar ciertas prácticas;
- es obligatoria y previa al funcionamiento;
- está a cargo de la autoridad estatal, de OOSS o sociedades científicas;
- es permanente si se mantiene la estructura;
- se propone lograr un ordenamiento en la red de servicios;
- promueve diferencias en la retribución económica;
- es pública, el certificado debe exhibirse a la vista.

c.- **Acreditación** es el proceso que:

- indica **calidad institucional**;
- compara la observación al patrón de estándares de estructura, procesos y resultados **óptimos**;
- debe haber consenso con prestadores, financiadores y, si es posible usuarios, en la definición de los estándares;
- es independiente del nivel de complejidad;
- es voluntaria y posterior al funcionamiento;
- debe ser accesible a los efectores normales en una jurisdicción, teniendo en cuenta las posibilidades financieras;
- debe estar a cargo de **entes autónomos**;
- tiene por propósito promover, mejorar y asegurar la calidad de los servicios;
- conviene que sea preparada en forma gradual con amplia participación de todos los sectores de personal del efector (autoevaluación);
- es temporaria y se debe realizar periódicamente;
- es confidencial, queda a criterio del establecimiento hacerla pública o no.

Estos tres mecanismos constituyen una secuencia que debiera aplicarse a cada efector de AM para ser ubicado en el marco de los restantes en un área dada. Los dos primeros (habilitación y categorización) corresponden a la autoridad estatal de salud y se deben realizar antes de la puesta en funcionamiento. La habilitación es en general por un plazo indeterminado y la categorización puede ampliarse por la introducción de nueva complejidad. Ambos mecanismos son obligatorios, de competencia estatal, públicos (no confidenciales), y permanentes (no necesariamente periódicos). La acreditación sin ser obligatoria en nuestro medio, es el sello de calidad institucional [Cuadro 2.a].

Mecanismos de evaluación institucional

Habilitación: indica la autorización para la AM.
Categorización: expresa la complejidad de la AM
Acreditación: indica la calidad de la AM

Cuadro 2.a

Las sociedades evolucionan hacia una mayor participación formal de los ciudadanos e instituciones en la administración del poder. Los organismos internacionales (OMS- OPS) insisten en la participación de la comunidad en las acciones de salud. De ambas premisas surge la necesidad de dar a estos mecanismos un carácter participativo. En este marco resulta razonable que las instituciones que agrupan a profesionales y empresas de salud, los entes financiadores y las asociaciones de usuarios, que deben promoverse, tengan cabida formal en el dictado y aplicación de normas sobre evaluación.

3.- La evaluación se funda en normas legales

En la provincia de Buenos Aires, por ejemplo, la habilitación es competencia constitucional del Estado provincial y está normada por la Ley 7.314 y reglamentada por el decreto 3280/90. La autoridad de aplicación es el Ministerio de Salud (Subsecretaría y Dirección de Fiscalización Sanitaria). Hay normas nacionales de habilitación para territorio federal (Ley 17.132, decreto 6112/67), Resoluciones del Ministerio de Salud y Ambiente y, con relación a la contratación de las Obras Sociales, normas de la Superintendencia de Servicios de Salud.

La categorización está prevista en el referido decreto bonaerense. Surge también de prescripciones del Nomenclador Nacional y de los sistemas modulados de retribución respecto a prestaciones determinadas. Un importante antecedente en la Argentina es el estudio patrocinado por el Consejo Federal de Inversiones (CFI) sobre Niveles de Complejidad Hospitalaria sobre cuya base se realizaron análisis y normas en el subsector estatal¹. Hay OOS que categorizan a los prestadores según niveles propios (vg. I.N.S.S.J.P).

La acreditación está normatizada a nivel nacional en el Programa de Garantía de Calidad adoptado por la mayoría de las provincias. Se han discutido algunos aspectos de los estándares que requieren grandes ampliaciones del plantel de personal y altas inversiones. Estos aspectos, que podrían aplicarse a grandes hospitales privados de la ciudad de Buenos Aires, no serían accesibles a los de otras jurisdicciones. La gestión ministerial actual tiende a adaptarlos a las diversas realidades provinciales y locales a través del COFESA.

El panorama argentino muestra la necesidad de consolidar los conceptos e instrumentar los procedimientos, aplicar este mecanismo en forma secuencial y concertada como sistema evaluador coherente.

4.- La acreditación es la que garantiza calidad a la población

La acreditación, de acuerdo a lo expuesto:

- No es habilitación porque no autoriza a funcionar.
- No es categorización porque no define complejidad.
- No es auditoría porque no evalúa calidad de prestaciones, sino institucional.

“A fortiori”:

- No es fiscalización ni control de facturación.

Su objetivo es definir y promover la calidad de la institución, evaluando estructura, procesos y resultados. Son estos últimos los que definen la verdadera calidad de la A.M.

Ampliando lo expuesto puede decirse que es:

- **Voluntaria:** se aplica sólo a los establecimientos que la solicitan después de un proceso de esclarecimiento, sin coerción alguna.
- **Integral:** no define la calidad de un servicio o dos sino del conjunto de un establecimiento o de un subconjunto de él.
- **Gradual:** teniendo por objetivo la promoción debe ser precedida por una autoevaluación en escalones y plazos progresivos para el efector que aspire a acreditarse y deben abrirse oportunidades de corrección para el que no lo logre.
- **Factible:** los estándares deben ser inicialmente accesibles a una proporción razonable de efectores normales de un área concreta. No se deben utilizar estándares de otros países o jurisdicciones. Deben valorarse estándares ya alcanzados por las instituciones reconocidas como de calidad en el medio en que se evalúa. En las actuales circunstancias

¹ República Argentina. Ministerio de Bienestar Social. Guía para clasificación de los servicios de A.M. Bs. As, 1969.

del medio argentino, parece factible aquello que aspire a mantener lo bueno que exista en establecimientos reconocidos y que puede ser imitado por otros.

- **Docente:** la autoevaluación previa y la periodicidad de evaluación de estándares, exige que, no sólo se extienda un certificado o se niegue, sino que se fundamente con recomendaciones de perfeccionamiento e induzca a la reflexión y revisión por parte de los evaluados. Es similar, en el nivel institucional, a la Auditoría en el nivel de las prestaciones.
- **Confidencial:** los resultados deberán ser conocidos sólo por la autoridad del efector evaluado. Esta última podrá darlo a conocer o no, y decidir en el caso de que los entes financiadores lo requieran.
- **Participativa:** el logro de calidad de un efector sólo puede ser fruto de una cadena de intervenciones independientes de distintas instancias que garanticen solidez y continuidad.

A estas características deben agregarse aclaraciones que explicitan mejor la naturaleza de la acreditación.

- Debe ser **funcional:** existe una tendencia tradicional a habilitar exclusivamente según determinadas estructuras (vg. ventilación, superficies lavables, superficies de habitaciones) lo que equívocamente podría extenderse a la acreditación. Las habilitaciones deben reformularse también en términos más funcionales. Con más razón, en acreditación deben tener prioridad los resultados y los estándares funcionales que reflejen calidad operativa.
- Se involucran los tres componentes desarrollados por A. Donabedian: estructura, procesos y resultados.
- Debe comprender a los efectores de todos los subsectores de la AM: al subsector privado, al estatal, a los efectores propios de las OOS, mutuales y prepagas. La situación del sector AM en Argentina puede ser una valla, sin embargo la acreditación, como los mecanismos de la secuencia, son instrumentos de todo intento de racionalización. El sector en su conjunto debe ser evaluado en torno a requisitos y estándares igualitarios. En este sentido la acreditación es una estrategia principal de una política de AM.
- Es **onerosa:** un proceso sistemático y serio de acreditación implica un gasto a afrontar por las instituciones que aspiran a ella. Tal gasto surge de: la preparación de estándares por especialistas, relevamiento por equipos entrenados y la certificación por un organismo autónomo constituido a tal fin. Asimismo del costo de los ajustes para cumplir estándares. Este enunciado puede amedrentar a las instituciones, sin embargo, se inscribe en el campo de la inversión.

5.- La acreditación debe integrar diversas perspectivas

La calidad de la AM no puede considerarse sólo desde el punto de vista del prestador asistencial. Se verá a través de un ejemplo. Una cirugía de reemplazo de cadera:

- Para el médico traumatólogo será de calidad si puede colocarse bien la prótesis indicada, no hay acortamiento significativo de la pierna, ni consolidación viciosa, no hay complicaciones como escaras, neumonía hipostática, infecciones o tromboembolismos ni pseudoartrosis o necrosis avascular (Schatzkar-Tila) y si posteriormente no se luxa.
- Para el paciente será de calidad si se recupera rápido, puede caminar, tiene buena movilidad y no tiene dolor.
- Para el fisiatra o kinesiólogo, si el paciente recobra una capacidad cercana al 100%.
- Para el administrador, si el procedimiento encuadra en el gasto previsto. Cada perspectiva es válida para la calidad.

6.- Modos de acreditación en Argentina

En Argentina hubo referencias orientadas a la acreditación en los primeros nomencladores de prestaciones que gestaron las instituciones profesionales y empresarias.

Desde 1957 el Subcomité de Acreditación de Residencias Hospitalarias, patrocinado por la AMA (Asociación Médica Argentina) y presidida por el Dr. Mario Brea, desarrolló una acción destacada para acreditar sedes de residencias. En 1971 se publicaron, bajo la coordinación del Dr. Norberto Baranchuk "las condiciones de eficiencia de los servicios de atención materno-infantil". Para ese tiempo comenzaron las referencias a acreditación en declaraciones oficiales. En 1978 la AMA constituyó una Comisión de Acreditación Hospitalaria. En 1980 la Confederación Médica de la República Argentina obtuvo un informe técnico del Dr. Carlos Canitrot sobre el tema. También en ese año el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación (Res. SESP N° 1235/80) creó una comisión de acreditación.

Varias sociedades científicas en particular de cirugía y de pediatría, consideraron el tema en congresos y jornadas. La Sociedad Argentina de Auditoría Médica (SADAM) desarrolló estándares de calidad y los aplicó en experiencias piloto en la década de 1980. El INSSJP (PAMI) estableció un programa de acreditación periódica (PAP, Res. 5053/80) para prestadores capitados de II nivel (la división en tres niveles de AM es una forma de categorización).

En 1985 la Secretaría de Salud, el INOS y tres sociedades científicas promovieron un estudio de acreditación en 24 establecimientos de más de 300 camas en Capital Federal.

La convocatoria a las instituciones prestadoras y financiadoras por el Ministerio Nacional dio origen a la Comisión Mixta para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica (CONCAM) que adaptó el Manual de la OPS (vide infra) para este tipo de evaluación.

A partir de esos antecedentes se constituyeron en Argentina entes específicos e independientes para la promoción y evaluación de la calidad de la AM.

El Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimiento de Salud (ITAES), con asiento en la ciudad de Buenos Aires, actualizó y adaptó los estándares de la OPS y de la CONCAM y estableció un procedimiento operativo para la evaluación, que concretó en establecimientos de gran complejidad, la mayoría de ellos sitios en aquella ciudad.

Por su parte el Instituto Argentino de Racionalización de Materiales (IRAM) participó en evaluaciones de calidad de efectores de salud aplicando las Normas ISO (Internacional Organization for Standardization) en especial en Servicios de Imagenología de alta complejidad.

A nivel internacional la experiencia es antigua y rica, particularmente en América del Norte y Europa. En algunos países latinoamericanos (Colombia, Chile, México, Brasil y Venezuela) se han hecho experiencias relacionadas con la educación médica.

En EEUU el proceso de acreditación se inició con los estándares mínimos de acreditación de hospitales que publicó en 1917 el Colegio Americano de Cirujanos (ACS) con la ayuda económica de la Fundación Carnegie. Sobre esa base se evaluaron alrededor de 700 establecimientos de más de 100 camas alcanzando nivel de acreditación sólo algo más del 10%. Esta situación llevó a publicar resultados sin identificar a los establecimientos. Desde la década de 1950 se amplió el sistema con participación de las instituciones profesionales y de hospitales de EEUU y Canadá hasta la constitución, para el primer país, de la actual Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales (JCAHCO, Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations) que actualiza manuales de estándares.

La administración del programa federal de Atención Médica para personas mayores de 65 años (Medicare, 1965) comenzó a requerir a sus prestadores la acreditación de la JCAHCO y posteriormente a elaborar sus propios estándares. Con ello, lo que anteriormente había girado en torno del prestigio y el reconocimiento para la enseñanza profesional, se transformó en mecanismo ligado a la cobertura y financiación.

En España, el INSALUD (Instituto Nacional de la Salud) desarrolla desde 1999 un sistema de acreditación con el que evalúa y clasifica a los hospitales de su red. En 2001 definió los mejores 20 centros hospitalarios ("Top 20") lo que generó polémicas (Ruiz López, 2001).

En Francia la evaluación está prevista en la ley hospitalaria de 1991 y en 1996, sobre la base de un organismo preexistente, se creó la "Agence Nationale d'Acréditation et d'évaluation en Santé" (ANAES) que tiene a su cargo la elaboración de normas en torno a estructuras, procesos y resultados.

La metodología hace hincapié en el diagnóstico de disfunciones institucionales que son definidas en reuniones durante las cuales cada actor es cuestionado por otros dos, cada uno de estos a su vez por otros. Se sintetizan los resultados y se asumen como problemas a resolver. Se analizan las causas y se evalúan las posibles soluciones para decisión e inmediata aplicación. Suele comenzarse con disfunciones o problemas menores, factibles de solucionar a corto plazo. Se inaugura así un proceso dinámico de mejora permanente que se desarrolla sobre información sistematizada (Programme Medicalisé des Systemes d'Information-PMSI- y Resumés de Sortie Standardisés-RSS- o de altas estandarizadas). El sistema se apoya en la promoción de un cambio cultural y de apropiación por el personal de los instrumentos de evaluación (Chouaid, 1998).

7.- Otros mecanismos de evaluación

La secuencia antes mencionada se relaciona con otros tres mecanismos de un sistema de evaluación:

- 1) **Fiscalización:** es la función de controlar periódica o puntualmente, de oficio o a demanda, el cumplimiento de las normas. Es propia de la autoridad estatal y de los entes financiadores que lo estipulan en sus contratos. Tiene implicancia y potestad sancionatoria ya sea administrativa o económica.
- 2) **Control de las facturaciones:** es la función de evaluar gastos facturados con relación a las prestaciones brindadas. Es habitual de los entes financiadores (OOSS, mutuales, seguros). Erróneamente se la llama "auditoría".
- 3) **Auditoría:** es la función de evaluar la calidad de las prestaciones individuales comparando las normas, explícitas e implícitas, con los registros clínicos. Su objetivo es la mejora de las prestaciones y la promoción de la educación continuada. Es propia y exclusiva de los profesionales de la institución en que se realizan las prestaciones (auditoría interna) o conjuntamente con profesionales de los entes financiadores (auditoría compartida).

Lo que se practica con más frecuencia es el control de facturaciones, a cargo de los entes financiadores. La fiscalización estatal es asistemática y puntual. La auditoría interna se hace en establecimientos bien organizados. Suele ser compartida con algunas Obras Sociales, aunque con riesgo de sesgo por el control de facturaciones.

Todo ordenamiento de AM exige un marco conceptual y un sistema de evaluación. Así, una habilitación que no categorice ni fiscalice periódicamente es incompleta, y un control de facturaciones que no se correlacione con auditoría compartida puede ser injusta para los prestadores y peligrosa para los beneficiarios. A la inversa, una evaluación de calidad sin control de facturaciones puede ser injusta para los entes financiadores [Cuadro 7.a]

Formas de evaluación de la Atención Médica

Condic Mecanis	¿qué define?	¿qué requisitos enfatiza?	¿qué evalúa?	¿cuándo lo hace?	¿cómo es?	¿quién lo hace?	¿qué implicancias tiene?
Habilit.	Autorización	De estructura y mínimos	Establecimiento: conjunto o subconjunto	"Antes" que funcione	Obligatorio y público	Estado	Eliminatoria global
Categ.	Complejidad	De estructura diferencial y mínimos	Establecimiento: conjunto o subconjunto	"Antes"	Obligatorio y público	Estados u OOSS	Eliminatoria parcial
Acredit..	Calidad institucional	De funcionamiento y óptimos	Establecimiento: conjunto o subconjunto	"Después" de que funcione y periódico	Voluntario y confidencial	Organismo "ad hoc" autónomo	Calificatoria y docente
Fiscaliz.	Cumpliment.	Correlación normas legales/realidad	Establecimiento	"Después"	Obligatorio (puntual o sistemático)	Estado (coparticipado)	Correctiva y sancionatoria
Control factur.	Gasto	Correlación e/ facturación-prestaciones	Facturas	"Después"	Obligatorio (sistemático)	OOSS y prestatarias	Debitatoria
Audit.	Calidad de prestac.	Correlación e/ normas y registros	Prestaciones	"Después"	Voluntario y confidencial	Cuerpo profesional (interno); c/profesionales de prestatarias (compartidas)	Calificatoria y docente

(Barragán, H. L., 1998).

Cuadro 7.a

8.- En Argentina se impulsan acciones de acreditación

Se ha mencionado el Programa de Garantía de Calidad desarrollado en el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, que en su origen, fue discutido por la difícil aplicación de algunos estándares en el marco de la crisis económico-financiera que viene transitando el sector.

La gestión de G. González García, al mismo tiempo que lograr la adhesión y constituir grupos operativos en las provincias para su aplicación, está abriendo el diálogo institucional para ajustar los estándares a la realidad.

En 1995 la **Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata** promovió una comisión de trabajo sobre acreditación, invitando a las instituciones de prestadores, a IOMA y al Ministerio de Salud provincial. La comisión estudió antecedentes y las posibles estrategias y elaboró la Declaración de La Plata que firmaron las autoridades de todas las instituciones participantes.

En 1996 se constituyó, sobre la base del antecedente mencionado, la **Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica (CIDCAM)**, ente privado sin fines de lucro, conformada por las agrupaciones de instituciones y profesionales de salud y a su vez, un Comité Asesor constituido por la Facultad de C. Médicas de La Plata, el Ministerio de Salud y el IOMA de la provincia de Buenos Aires. La Facultad encomendó la tarea de asesoramiento al Centro Interdisciplinario Universitario para la Salud (CINUS), uno de sus organismos académicos.

Entre las instituciones participantes, la **Federación Bioquímica de la provincia de Buenos Aires** tiene larga experiencia en su Programa de Acreditación de Calidad externa de Laboratorios Clínicos (PAL) en el que aplica estándares de estructura, proceso y resultados. Tiene acreditados la mayoría de los laboratorios habilitados en la provincia. Este programa usa estándares de estructura (personal, planta física, equipamiento), de procesos (bioseguridad, toma y manipulación de muestras) y de resultados (registros e informes, unidades utilizadas, medición de muestras piloto).

La CIDCAM se constituyó como persona jurídica privada y obtuvo recursos propios con el aporte de todas las instituciones constituyentes, especialmente de Federación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la Provincia de Buenos Aires (FECLIBA), así como del cobro de aranceles a los establecimientos participantes.

La comisión adoptó los principios conceptuales elaborados por el grupo convocado por la Facultad de C. Médicas, constituido por las mismas instituciones, que se tituló “Declaración de La Plata sobre la Calidad de Atención Médica” que firmó el entonces Decano Profesor Doctor José Carlos Fassi y las autoridades de esas mismas instituciones.

Calidad de la Atención Médica. Declaración de La Plata

La modificación dinámica del perfil epidemiológico de la población y los cambios en los sistemas de Atención Médica convergen hoy en un momento decisivo, en el que se dan a la vez importantes dificultades y expectativas positivas de la comunidad.

Los progresos de la ciencia y tecnología médicas han alcanzado un potencial que, aún con limitaciones, requieren la más adecuada organización de los recursos para hacerlos accesibles a toda la población que los necesite.

La Atención Médica tiene como eje el recurso humano que configura el equipo de salud y la misma comunidad participante.

La Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata, en ese marco siente la necesidad de promover la evaluación en su conjunto de los profesionales que forma y el mismo procedimiento que utiliza. Otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales que tienen íntima relación con la Atención Médica y que han desarrollado iniciativas tendientes a evaluarla, se han reunido en la aspiración común de ofrecer a la comunidad un ámbito exento de interés parcial que contribuya a la calidad de la Atención Médica en orden exclusivo a su perfeccionamiento.

Las instituciones reunidas, en esta instancia, junto con la Facultad, son el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, el Colegio de Médicos del Distrito I, el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA), la Agrupación Médica Platense y el Distrito I de la Federación de Clínicas, Sanatorios, Hospitales y otros Establecimientos Privados Asistenciales de la Provincia de Buenos Aires.

Ellas han concluido en primer término en que la calidad de la Atención Médica es un valor en el que confluyen otros muchos. La entienden como la capacidad óptima lograda por un profesional, institución asistencial o docente, para contribuir a las mejores condiciones de salud de las personas y comunidades y el estímulo al mejoramiento permanente de las instituciones y prestadores. Han coincidido en que esa capacidad óptima es fruto de la armonía de conocimientos, habilidades y actitudes, que comprenden no sólo la ciencia y la técnica sino la humanización de la asistencia y la organización de los recursos. Esta última tiene un marco bioético de asignación de prioridades, que legitima su utilización. En ese sentido conciben que, teniendo por fin último lo óptimo, la calidad admite gradaciones.

Dado ese concepto, las instituciones reunidas reafirman la existencia de otros aspectos claves de evaluación de la Atención y Educación Médica. Tales son la habilitación para actuar, tanto de profesionales como de instituciones participantes según lo marcan las leyes, normas y acuerdos en vigencia, a las cuales ninguna de ellas renuncia ni puede hacerlo. Respetando la incumbencia de cada institución, el conjunto de las reunidas entiende que todos los procesos evaluativos son dinámicos y en tal sentido deben estar en permanente perfeccionamiento y actualización con la sistemática participación de los sectores interesados desde sus distintas perspectivas.

Han concluido en segundo término que la evaluación de calidad de la Atención y Educación Médicas entendida según las líneas apuntadas, es una tarea de conjunto en un ámbito autónomo en el que se marginen los intereses de las distintas partes. Es asimismo una tarea multidisciplinaria y abierta a la que podrán incorporarse oportuna y progresivamente otras profesiones e instituciones de salud bajo las mismas condiciones.

Es por ello que se han fijado la tarea de elaborar un proyecto que cada representación someterá a sus respectivas autoridades, para configurar ese ámbito autónomo e interdisciplinario con el exclusivo propósito de promover la evaluación de calidad de instituciones asistenciales, docentes, y de profesionales, tanto del sector oficial, como privado, de obras sociales o sistemas privados de cobertura, que voluntariamente lo requieran. Esta evaluación por su propiedad, aspira a la credibilidad y tiene carácter confidencial, quedando al arbitrio del evaluado su manifestación. Involucra una acción informativa y docente y también promueve la autoevaluación. Con tal aspiración y en tales condiciones, las instituciones entienden que se trata de un esfuerzo significativo para cada uno de los establecimientos, actividades y profesionales, que requieran su acreditación y que en la medida que

contribuya a mejorar los servicios de educación y atención médicas, debe ser valorado en términos de prestigio y retribución.

A tal efecto consideran que el proyecto comprende la reunión de los valiosos antecedentes internacionales y nacionales, de instituciones señeras del país. Así también implica la definición de parámetros de calidad con el concurso de expertos, la difusión y el asesoramiento sobre los mismos y el entrenamiento de personas y equipos para aplicarlos a quienes lo soliciten.

Por último aspiran a que la comunidad visualice esta tarea como un servicio a su salud exenta de todo interés parcial, y que el equipo de salud y las instituciones asistenciales y docentes, recepten la iniciativa abierta a su participación, como un aporte a su perfeccionamiento.

Todo ello sin perjuicio de las funciones y potestades propias de cada una de las instituciones reunidas, en un franco esfuerzo común por el espíritu de servicio de las instituciones y prestadores de Atención Médica y por la Salud de las personas y la comunidad.

La Plata, en el verano de 1996
Prof. Dr. José Carlos Fassi, Decano
Adhieren las instituciones de la CIDCAM

Adhirieron:

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Colegio de Médicos DI, IOMA, FECLIBA, ACLIBA DI, ACLIFE, AMP, FABA, FECLIBA DI, FECLIBA DII, FEMEBA, FEMECON, OSDE.

Recuadro 8

Como un concepto operativo adoptó los criterios de la OMS en el sentido de que una acción tiene calidad cuando cuenta con:

- Alto nivel de excelencia profesional;
- Uso eficiente de los recursos disponibles;
- Mínimo riesgo para el paciente;
- Alto grado de satisfacción del mismo;
- Impacto final en la salud tanto en el paciente como en la comunidad.

En este marco conceptual los objetivos de la CIDCAM son:

- Colaborar con las instituciones de Atención Médica estatales o privadas, a su solicitud, en el logro de la calidad.
- Lograr un uso racional de la capacidad instalada y una mayor eficiencia prestacional.
- Colaborar con la población usuaria, instituciones comunitarias, organismos financieros y organismos del Estado en la mejoría de la calidad y eficiencia de la Atención Médica.

La CIDCAM asumió tres estrategias:

- a) La **capacitación** de profesionales de diversa formación y de administrativos de establecimientos asistenciales, a través de seminarios y talleres, centralizados y por distritos de la provincia. Se inició con un curso coordinado entre la CIDCAM y la Facultad para entrenar evaluadores de establecimientos en el que participaron profesionales de toda la provincia.
- b) La promoción de la **autoevaluación** para lo que prepararon guías, de sucesivo perfeccionamiento y definieron etapas para llevarla a cabo a iniciativa de los establecimientos.
- c) El **asesoramiento** a establecimientos en proceso de autoevaluación.

Los doce pasos previstos en el programa de **“Autoevaluación Participativa Estructurada para la Calidad”** (APEC) son los siguientes:

Certificación CIDCAM- ATC (Certificación I)

1. Decisión política del establecimiento para iniciar el proceso de autoevaluación
2. Constitución de un Grupo de Evaluación Interno dentro del establecimiento (GEI)

Consultas con CIDCAM

3. Análisis del material de autoevaluación por parte del GEI.

Apoyo de la CIDCAM

4. Reunión interna en el establecimiento para presentar la documentación
5. Proceso de recolección de la información dentro del establecimiento.

Asesoría de la CIDCAM

6. Revisión del material por el GEI- Reparos

Certificación CIDCAM II

7. Formularios de evaluación finalizados

Certificación CIDCAM III

8. Análisis de la información por una Comisión Evaluativa Interna para la producción de un juicio valorativo propio.

Certificación CIDCAM IV

9. El GEI produce un juicio valorativo interno
10. La CIDCAM produce un juicio valorativo externo.

Certificación CIDCAM V

11. Reunión en el establecimiento para el análisis de los juicios valorativos.

Certificación CIDCAM VI

12. Decisión del programa estratégico para la mejoría de calidad (PEC).

El mecanismo se puso a prueba en un estudio piloto, apoyado por IOMA, aplicado a 143 establecimientos prestadores de esa obra social bonaerense. La experiencia obtenida permitió perfeccionar los instrumentos para relevamiento y análisis.

Con esos ajustes el proceso está en desarrollo en 143 efectores de salud con internación, incluyendo cuatro estatales.

A nivel nacional el CENAS (Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud) es un organismo no gubernamental, independiente, que ofrece a los establecimientos de salud de todo el país y los diversos subsectores la posibilidad de acreditar en forma externa la calidad de la Atención.

Define como acreditación de un establecimiento de salud a todo proceso de evaluación y certificación periódica de la calidad de la Atención Médica. La misma es voluntaria, participativa, confidencial, independiente de la habilitación, categorización o complejidad del establecimiento y está destinada a facilitar la mejora continua, con lo que sigue los principios previamente enunciados.

9.- Los profesionales deben certificarse y recertificarse

La certificación profesional es el resultado de un acto por el cual una entidad competente, aplicando criterios preestablecidos, asegura a través de un proceso de evaluación transparente, que un profesional de salud debidamente matriculado posee conocimientos, hábitos, habilidades,

destrezas y actitudes propias de una especialidad o actividad reconocidas, además de adecuadas condiciones éticas y morales.

Por su parte, la recertificación con los mismos criterios y proceso asegura que un profesional de salud previamente certificado, mantiene actualizado sus conocimientos y habilidades, y ha desarrollado sus actitudes dentro del marco ético adecuado, de forma acorde con el progreso del saber y del hacer propio de la especialidad o actividad que ha desempeñado en un período determinado.

La **Asociación Argentina de Cirugía y la de Pediatría**, fueron precursoras en este proceso que ahora se ha multiplicado.

Posteriormente se dictaron leyes (vg. Ley 23.873 modif. art. 21 de 17.132) y recomendaciones internacionales como las del Congreso Mundial de Cirugía 1993 (Hong Kong).

10.- La certificación y la recertificación profesional tienden a consolidarse

El Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (Decreto nº 1424/97) establece que todo lo elaborado por dicho programa es de cumplimiento obligatorio por todos los efectores estatales de OOS y privados de jurisdicción nacional, e invita a adherirse a las jurisdicciones. Uno de los objetivos centrales del Programa es alcanzar la homogeneidad, coherencia y consistencia en los distintos procesos de certificación y recertificación ya existentes y por desarrollar en Argentina, con el fin de garantizar a la población calidad en el desempeño de los profesionales.

La **Certificación Profesional** siempre debe ser realizada por pares, a través de la delegación que la autoridad de aplicación otorgue a las entidades oficialmente reconocidas.

La **Recertificación**, debe abarcar a todos los profesionales de Salud, de manera que todos deberán validar periódicamente que mantienen sus aptitudes y actitudes propias. El proceso de recertificación, también deberá ser hecho por los pares a través de las entidades reconocidas por la autoridad de aplicación, con el mismo criterio que para la Certificación

La Recertificación es un mecanismo, aunque complejo de implementar, aceptado por los médicos que entienden la necesidad de autoevaluarse con el fin de dar seguridad y mejorar la calidad de la salud de la población

Las **Sociedades Científicas** están abocadas a esta tarea, en distintas etapas de elaboración de actitudes, planes y programas. Los créditos deberán ser formulados de manera tal que los especialistas de distintas regiones tengan las mismas posibilidades de obtenerlos; en este punto la Sociedades deberán agudizar su ingenio y utilizar medios tecnológicos modernos de educación a distancia, como pasantías y cursos semipresenciales.

El profesional certificado-recertificado:

- a) Puede asistir a pacientes y desarrollar procedimientos que otros, no certificados no deben.
- b) Pueden asistir pacientes y desarrollar procedimientos que otros pueden, pero que ellos pueden hacer mejor.

Esto, por muchas razones:

- Más experiencia y mejor **juicio** ante la incertidumbre.
- Mayor **destreza** y disponibilidad para solución de problemas difíciles.
- Menor uso de **recursos relativos** (vg. tiempo total, tiempo quirófano en cirugía).
- Menor posibilidad de **riesgos adicionales**.
- Menor posibilidad de **litigiosidad**.
- Más habilidad para descartar “**gimmicks**” (trucos) y modas y apreciar avances reales.
- Más **comunicación personalizada** con el paciente y su grupo primario.

La Asociación Argentina de Cirugía (AAC) comenzó en 1986, según relata Moirano, el proceso de certificación-recertificación sólo por mandato de conciencia, exento de todo tipo de incentivos.

Sin embargo, los principios de justicia, retribución y diferenciación hacen necesario formalizar aranceles diferenciados para los profesionales certificados/recertificados.

Pero hay un cierto temor institucional de los prestadores en definir el tema, postergación de parte de los prestatarios e indiferencia de parte de los usuarios

Es cierto que el reconocimiento se concreta por mecanismos menos formales en algunos distritos, por lo que debe compatibilizarse a nivel nacional.

Así se concluye que:

- a) Un sistema de AM funciona si da satisfacción mínima a todos sus componentes, desde los usuarios a los prestadores.
- b) La certificación y recertificación son formas de identificar y definir grados de competencia y calidad logrados y previsibles para garantía de los usuarios y la comunidad.
- c) La competencia y calidad deben ser retribuidas diferencialmente como mecanismo de control social (premios y sanciones).
- d) Dentro de los sistemas organizados la retribución diferenciada debe formalizarse.

Bibliografía consultada

- Asociación Chilena de Facultades de Medicina, Seminario nacional de acreditación, Santiago, 1982.
- Arce, H. *Bases conceptuales para la Acreditación y Categorización de establecimiento asistenciales privados*. Buenos Aires, 1988.
- Barragán, H. L., *Mecanismos de evaluación de la Atención Médica*. En Revista Clínicas y Sanatorios, La Plata, tomo 1, volumen 4, p. 13-4.
- Board of Trustees Report. AMA Initiative on Quality of Medical Care and Professional Self- Regulation. En: JAMA 156, volumen 8, p. 1036-1037, 1966.
- Cataluña, Generalitat. Acreditación de Centros Asistenciales. Informe de un Comité de Expertos, Barcelona, 1982.
- Chouaid, C., Morel, M. y otros, et al. Qualité et accréditation dans les établissements de santé- application del' expérience acquise en milieu industriel. Press Med. volumen 27, tomo 4, p. 166-171, 1998.
- Confederación Médica de la República Argentina. Acreditación de establecimientos asistenciales: aportes para el estudio y puesta en marcha de un programa en la Argentina. Informe de Asesoría Técnica: C.H. Canitrot, Buenos Aires, 1980.
- Moirano, J. (h), Futuro del Cirujano General y los Servicios de Cirugía. Relato Oficial al LXV Congreso Argentino de Cirugía. En: Rev. Arg. Cirug., Buenos Aires, 1994.
- Ortiz, F. E., Análisis e importancia del costo beneficio en cirugía. Relato Oficial al LXI Congreso Argentino de Cirugía. En: Rev. Arg. Cirug., Bs. As., 1990.
- Paganini J.M. et al. A collaborative Step by step Self-assessment Process for Quality in Argentina- CIDCAM. ISQUA 20th International Conference, Dallas (Texas, EEUU), nov. 2003
- Reerink, E. Quality Assurance in the Netherlands. Nat.Org. for Quality Assurance in Hospitals, 1983.
- Roemmer, M., "Perspectiva Mundial de los Sistemas de Salud". Siglo XX, Buenos Aires, 1980.
- Ruiz López P. La medición de la calidad asistencial. En Revista Clinica Española, volumen 201, tomo 10, p. 9-10, 2001.
- Sanchez Zinny, "Acreditación Hospitalaria sobre bases voluntarias". En: Rev. AMA, Marzo- Abril, 1979, 35-36.
- Schatzer J. y Tile M., "Tratamiento quirúrgico de las fracturas". Buenos Aires, Panamericana, segunda edición, 1998 Cfr. Ramos Vértiz, A. J., *Compendio de Traumatología y Ortopedia- Atlante*, Buenos Aires, segunda edición, 2003.
- Nota: Se consultaron normas legales y administrativas varias.

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y NUTRICIÓN

María Gabriela Bisceglia

1.- Alimentación normal

La alimentación normal se describe como aquella compuesta por los diferentes nutrientes que han sido recomendados para cubrir los requerimientos del organismo, entendiéndose como “requerimientos” a las cantidades de energía, proteínas, hidratos de carbono, lípidos, minerales, vitaminas y otros elementos, que un individuo sano debe ingerir para satisfacer todas sus necesidades fisiológicas según su edad, sexo y estado biológico.

Las directrices dietéticas generales para una alimentación saludable comprenden:

1. Consumir una **variedad suficiente de alimentos**: el organismo necesita más de cuarenta nutrientes para mantenerse sano. Lo ideal es que estos nutrientes procedan de diversos alimentos, y no de suplementos dietarios o productos extraordinariamente complementados. La variedad de una dieta se define mediante una guía diaria que incluye el número aconsejado de porciones de verduras, frutas, cereales, productos lácteos y carnes.
2. Mantener un **peso “sano” o “saludable”**: este peso depende del porcentaje de grasa corporal, de la localización de los depósitos grasos y de la existencia o no de problemas médicos relacionados con el peso. Si bien no existe actualmente una manera precisa y accesible de definir el peso saludable, el empleo de tablas con cocientes de peso según altura y edad y/o determinación del cociente cintura- cadera, constituyen elementos estimativos para la determinación de la grasa y el peso corporal.
3. Elegir una **dieta pobre en grasas** en general, y en grasas saturadas y colesterol en particular: se recomienda limitar la ingesta de grasas al 30 % de las calorías diarias consumidas y el porcentaje de grasas saturadas por debajo del 10%. El consumo de: abundantes verduras, frutas y cereales; carne magra, pescado y aves sin piel; y productos lácteos descremados; sumado a la ingesta racionalizada de grasas y aceites resulta suficiente para lograr este objetivo.
4. Optar por una **dieta rica en verduras, frutas y cereales**: son alimentos ricos en fibra, hidratos de carbono complejos, vitaminas y minerales.
5. Emplear en forma **moderada los azúcares simples**: estos productos suelen contener importantes cantidades de grasas saturadas y contribuyen, además, al deterioro de los dientes.
6. Utilizar la sal y **el sodio en forma limitada**: no exceder en lo posible los 3 g/día de sodio (7500 mg de cloruro de sodio).
7. Consumir **bebidas alcohólicas en forma moderada** y si fuera posible evitarlas.

La dieta debe ser: completa, suficiente, armónica y adecuada.

2.- La pirámide alimentaria y el óvalo argentino grafican las normas nutricionales

La pirámide alimentaria fue publicada en 1992 por el Departamento de Agricultura de los EE.UU. para ayudar a llevar a la práctica las recomendaciones nutricionales. Sin embargo desde su gestación ha recibido numerosas críticas, especialmente porque define como alimento principal al grupo de los carbohidratos formado por el pan, arroz, papas y cereales, y aconseja un consumo moderado de grasas y azúcares procesadas, sin discriminar entre grasas beneficiosas y nocivas, ni entre los diferentes tipos de carbohidratos.

Las propuestas actuales son múltiples; una de ellas consiste en ubicar en la base de la pirámide los llamados carbohidratos complejos (como el arroz y los cereales enteros) y las grasas provenientes del pescado o del aceite de oliva. En el siguiente piso las frutas y verduras; más arriba las nueces y legumbres, luego las carnes blancas y lácteos, y en la punta, las grasas saturadas, las grasas trans, las carnes rojas, los carbohidratos refinados y los azúcares procesados. Pero esto no es completamente correcto tampoco ya que las carnes rojas son una fuente incomparable de hierro, sumado a que los cortes magros de carne argentina no poseen niveles tan elevados de grasas.

La **opción del modelo oval**, donde el agua conforma el recorrido mismo de la figura y todos los alimentos se encuentran representados (algunos con mayor y otros con menor tamaño), fue presentada por la Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas-Dietistas recientemente, y es el modelo que más se ajusta a nuestra realidad. Porque todos los alimentos son saludables si son consumidos en la forma debida, y este esquema es menos rígido, más atractivo y fácil de comprender. Más allá de los gráficos, el consumo de agua y la práctica regular de actividad física, son también requisitos indispensables para desarrollar una vida saludable [Cuadro 2.a].

Esquemas nutricionales

Dietas saludables

EL OVALO ARGENTINO

LA DIETA
Está calculada según las costumbres y la disponibilidad de alimentos de nuestro país.

Aceites y grasas

Carnes, huevos

Lácteos

Frutas y verduras

Cereales, legumbres, pastas

Azúcares

EL AGUA
Incorpora el consumo de agua como elemento fundamental de la dieta, pues está presente en todos los procesos metabólicos y en la eliminación de toxinas.
Consumo diario 1,5 a 2 litros

LOS GRUPOS ALIMENTICIOS
Se han representado con ilustraciones de alimentos locales, fácilmente reconocibles por los argentinos.

LA NUEVA PIRAMIDE ESTADOUNIDENSE

ACTIVIDAD FISICA
Es el aporte más novedoso. Representa la importancia de tener actividad física diaria.

PERSONALIZACION
Cada individuo debe tener una dieta "a medida". El nombre del programa, "Mi pirámide" lo enfatiza. Y en la página Web se puede calcular una dieta personal en base a la edad y la actividad física.

MyPyramid.gov
STEPS TO A HEALTHIER YOU

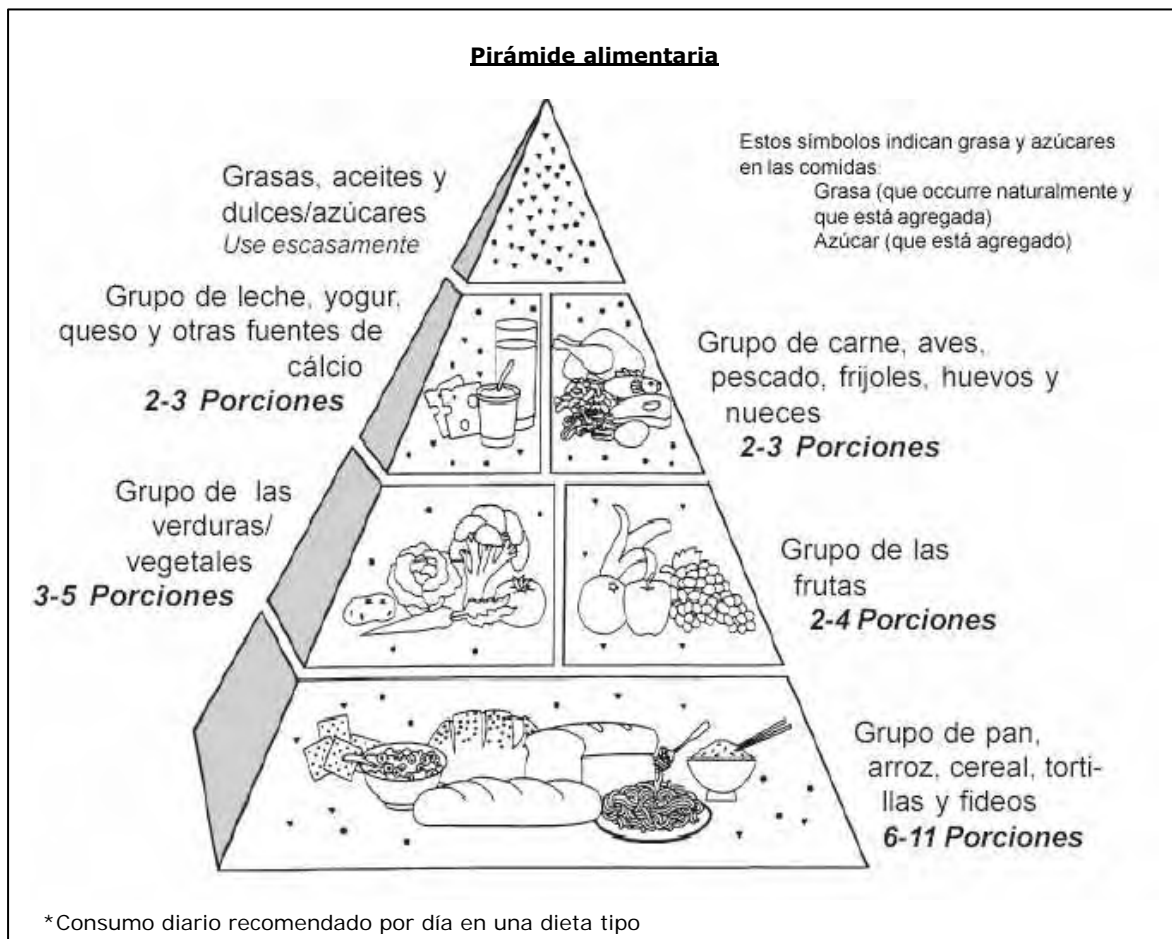
VARIEDAD DE ALIMENTOS
Seis bandas de color, una por cada grupo de alimentos, en un mismo nivel señalan que es importante una dieta variada. El ancho de las bandas indica las proporciones sugeridas.

- Cereales
- Vegetales
- Frutas
- Aceites y grasas
- Lácteos
- Carnes y Legumbres

Fuente: ASOCIACION ARGENTINA DE DIETISTAS Y NUTRICIONISTAS | DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA DE LOS EE.UU. | CLARIN

Cuadro 2.a

Si bien este es un tema de revisión, y el modelo de alimentación se cuestiona día a día, analizaremos brevemente la pirámide alimentaria primitiva ya que, a pesar de todo, resulta útil como guía general para conocer qué aporta cada grupo de alimentos [Cuadro 2.b].



Cuadro 2.b

3.- La pirámide alimentaria puede aplicarse como criterio práctico

La pirámide de los alimentos (adoptada y publicada en 1992 por el United States Department of Agriculture) enumera cinco grupos de alimentos y establece para cada uno de ellos el número de porciones diarias que resultan óptimas.

La base de la pirámide está constituida por el grupo del pan, cereales, arroz y pasta, siendo la ingesta recomendada de 6 a 11 porciones. Una porción de este grupo equivale a:

- 1 rebanada de pan.
- 2 galletitas integrales.
- ½ taza de cereales cocidos.
- ½ taza de pastas cocidas.
- ½ taza de copos de cereal.
- ½ taza de pochochos.
- ½ papa o batata chica.
- ½ taza de choclo desgranado.

Los alimentos contenidos en este grupo aportan hidratos de carbono complejos, vitaminas del complejo B, fibra, hierro no hemínico y proteínas de bajo valor biológico.

Para el grupo de los **vegetales**, la ingesta recomendada es de 3 a 5 porciones diarias, resultando una porción equivalente a:

- ½ taza de vegetales cocidos
- 1 taza de vegetales crudos
- 1 pieza de alguna verdura mediana, por ejemplo: 1 zapallito, 1 tomate mediano o 1 zanahoria mediana

Este grupo se ubica en la pirámide por encima del anterior, y es de mayor tamaño que el grupo de las frutas, lo cual significa que el consumo de vegetales debe superar al de las frutas.

Los vegetales son una fuente muy importante de vitaminas, minerales, fibras e hidratos de carbono. La espinaca y el tomate aportan provitamina A; el ajo, la batata, la mandioca y la papa son fuente de tiamina, niacina y ácido ascórbico; las hortalizas verdes, amarillas y rojas proveen carotenos. Entre los minerales, se destaca el aporte de potasio, así como de hierro, si bien el hierro de los vegetales no es bien utilizado porque suele formar en el intestino oxalato de hierro que es insoluble.

De acuerdo al **porcentaje de hidratos de carbono** se pueden clasificar en tres grandes grupos:

Grupo de vegetales "A" (5 %): acelga, ají, achicoria, apio, berenjena, berro, cardo, coliflor, escarola, espárrago, espinaca, lechuga, nabiza, pepino, rabanito, radicheta, repollo, repollito de Bruselas, tomate, zapallito.

Grupo de vegetales "B" (10 %): alcaucil, arveja, cebolla, chauchas, habas, palmitos, porotos frescos, puerro, remolacha, salsifí, zanahoria, zapallo.

Grupo de vegetales "C" (20 %): batata, choclo, papa, mandioca.

Para el grupo de las **frutas**, la ingesta recomendada es de 2 a 4 porciones por día, siendo una porción equivalente a:

- 1 pieza de fruta mediana, por ejemplo: una manzana, una pera o una naranja.
- ½ taza de frutas cocidas.
- ¾ taza de jugo de frutas.

Mientras que los vegetales contribuyen con cantidades importantes de vitaminas y minerales, las frutas aportan principalmente vitaminas. Si bien son más pobres en minerales en general, contienen cantidades mayores de potasio que las hortalizas.

Según su contenido en **hidratos de carbono**, las frutas se clasifican en:

Grupo "A" (10 %): ananá, frutilla, damasco, limón, mandarina, naranja, melón, pomelo, sandía, cereza, ciruela, durazno, manzana, membrillo, pera, kiwi.

Grupo "B" (20 %): banana, higo, uva.

El grupo de la **leche, yogur y queso** es un grupo con alimentos de gran valor biológico, sobre todo proteínas, calcio, fósforo, grasas y vitaminas A y D. Se recomienda la ingesta diaria de 2 a 3 porciones, siendo la equivalencia de una porción:

- 240 cc de leche, yogur o leche cultivada
- 30 g de queso compacto

También se recomienda la ingesta de 2 a 3 porciones diarias del grupo de las **carnes, aves, pescados, huevos, legumbres y frutas secas** (fuentes de proteínas indispensables, hierro, zinc, vitamina B y magnesio). Una porción equivale a:

- 80 - 100 g de carnes
- 1 huevo y 3 claras
- 1 taza de legumbres cocidas (arvejas, lentejas, porotos, garbanzos)

El hierro hemínico presente en las carnes rojas, pescados y aves es mucho mejor absorbido (15-35%) que el no hemínico (3-8%) presente en granos, hortalizas y frutas.

El grupo de las **grasas, aceites y dulces** ocupa la punta de la pirámide, ya que el objetivo es que su **consumo sea limitado**. Además, no debemos olvidar que en los otros grupos mencionados también pueden encontrarse grasas, aceites y dulces, sin ser los elementos predominantes. Aportan ácidos grasos esenciales y vitaminas A, D y E.

Para grasas y aceites, se recomienda la ingesta de 1 a 2 porciones por día, correspondiendo una porción a:

- 15 cc de aceite
- 15 g de manteca
- 30 cc de crema
- 15 g de mayonesa

Los dulces contienen entre un 80 y un 100 % de hidratos de carbono simples, y su consumo estándar no se menciona.

En el siguiente cuadro se enuncian en forma práctica los **conceptos teóricos mencionados anteriormente** [Cuadro 3.a].

Resumen de niveles calóricos y porciones diarias recomendadas*

	Mujeres / Personas añasas	Niños / Adolescentes Mujeres / Mujeres activas / Mayoría de los hombres	Varones adolescentes / Hombres activos
Nivel de calorías	1600 aprox.	2200 aprox.	2800 aprox.
Grupo del pan	6	9	11
Grupo de las verduras	3	4	5
Grupo de las frutas	2	3	4
Grupo de los lácteos	2-3*	2-3*	2-3*
Grupo de las carnes	2, para un total de 150 g	2, para un total de 180 g	3, para un total de 210 g

*Las mujeres embarazadas o con hijos lactantes, los adolescentes y los adultos jóvenes hasta los 24 años requieren por lo menos 3 porciones.

Cuadro 3.a

Estos son los niveles calóricos respetando la elección de alimentos magros pertenecientes a los cinco grupos fundamentales y limitando el consumo de grasas, aceites y dulces.

4.- Las Ingestas diarias recomendadas se actualizan periódicamente

Las RDA (Recommended Dietary Allowance) han sido definidas por el Food and Nutritional Board desde 1941. Fruto de ese trabajo fue la primera edición de las RDA que se publicó en 1943 y que intentaba determinar "los estándares nutricionales para un buen estado de salud". De allí en más se fueron actualizando periódicamente [Cuadro 4.a].

Ingestas diarias recomendadas*

Grupo de población	Edad	HC (g/d)	Fibra total (g/d)	Proteínas (g/d)	Calcio (mg/d)	Hierro (mg/d)	Folato (µg/d)
Lactantes	0-6 meses	60*	ND	9.1*	210*	0.27*	65*
	7-12 meses	95*	ND	13.5	270*	11	80*
Niños/as	1-3 años	130	19*	13	500*	7	150
	4-8 años	130	25*	19	800*	10	200
Hombres	9-13 años	130	31*	34	1300*	8	300
	14-18 años	130	38*	52	1300*	11	400
	19-30 años	130	38*	56	1000*	8	400
	31-50 años	130	38*	56	1000*	8	400
	51-70 años	130	30*	56	1200	8	400
	> 70 años	130	30*	56	1200	8	400
Mujeres	9-13 años	130	26*	34	1300*	8	300
	14-18 años	130	26*	46	1300*	15	400
	19-30 años	130	25*	46	1000*	18	400
	31-50 años	130	25*	46	1000*	18	400
	51-70 años	130	21*	46	1200*	8	400
	> 70 años	130	21*	46	1200*	8	400
Embarazadas	14-18 años	175	28*	71	1300*	27	600
	19-30 años	175	28*	71	1000*	27	600
	31-50 años	175	28*	71	1000*	27	600
Madres lactantes	14-18 años	210	29*	71	1300*	10	500
	19-30 años	210	29*	71	1000*	9	500
	31-50 años	210	29*	71	1000*	9	500

* Ingestas adecuadas.

Cuadro 4.a

Las RDA (ingestas diarias recomendadas) y las AI (ingestas adecuadas) pueden utilizarse como objetivos para la ingesta individual. Las RDA se establecen para cumplir las necesidades de casi todos los individuos de un grupo (del 97% al 98%). Para lactantes sanos, las AI significan la ingesta media. En otras etapas de la vida y según sexo, las AI se cree que cubren las necesidades de todos los individuos en el grupo, pero la falta de datos o su inexactitud impide poder especificar con confianza el porcentaje de individuos que cubren sus necesidades por dicha ingesta.

5.- Las Carencias son deficiencias de micro nutrientes específicos

Desnutrición implica una ingesta calórica inferior al nivel mínimo necesario para mantener el equilibrio con niveles aceptables de gasto de energía, teniendo en cuenta las necesidades suplementarias de los niños, de las embarazadas y lactantes.

Así como la malnutrición por exceso ya es considerada un problema para la Salud Pública, también lo es la malnutrición por déficit, siendo en este caso los grupos más vulnerables: los menores de cinco años y la población geronte. Se han considerado en un capítulo anterior.

Al referirnos a "carencias", el concepto se limita a la deficiencia de micro nutrientes específicos. Las carencias pueden detectarse previamente a la desnutrición clínicamente manifiesta, o independientemente de esta en caso de dietas incompletas, disarmónicas o inadecuadas [Cuadro 5].

Deficiencias vitamínicas: sus manifestaciones clínicas

Vitaminas Liposolubles	Cuadros Clínicos
Vitamina A	Hiperqueratosis folicular. Ceguera nocturna. Xerosis conjuntival. Degeneración corneal (queratomalacia). Manchas de Bitot
Vitamina D	Raquitismo en la infancia. Osteomalacia en los adultos
Vitamina E	Su deficiencia es rara. Puede aparecer en síndromes de malabsorción y/o en lactantes. Anemia hemolítica. Neuropatía periférica
Vitamina K	Su déficit es poco frecuente. Puede aparecer en síndromes de malabsorción y/o lactantes. Hemorragias.
Vitaminas Hidrosolubles	
Tiamina (B1)	Beri-Beri (neuropatía periférica - disfunción cardiovascular - disfunción cerebral). Su deficiencia generalmente se asocia a otras vitaminas del complejo B. Su disminución aislada se puede manifestar como:
Riboflavina (B2)	Hiperemia - edema de la mucosa nasofaríngea – queilosis - estomatitis angular – glositis - dermatitis seborreica - anemia normocrómica.
Niacina (B3)	Pelagra (diarrea – demencia - dermatitis).
Vitamina B6	Suele asociarse a otras carencias. Puede manifestarse como: Estomatitis - queilosis angular – irritabilidad – depresión – confusión - anemia.
Folato	Anemia megaloblástica. Glositis. Diarrea
Vitamina C	Escorbuto (fatiga – depresión - inflamación gingival – petequias - hemorragias perifoliculares - cicatrización anormal – hiperqueratosis - hemorragias en cavidades).
Vitamina B12	Es rara su deficiencia excepto en vegetarianos estrictos. Anemia perniciosa. Insuficiencia pancreática. Gastritis atrófica. Anemia megaloblástica. Alteraciones neurológicas
Biotina	Su carencia sólo se ha visto en estudios experimentales. Alteraciones del estado mental. Mialgias. Hiperestésias. Anorexia. Dermatitis seborreica. Alopecia
Ácido pantoténico	Su déficit aislado es raro. Fatiga. Dolor abdominal. Vómitos. Insomnio. Parestesias en miembros inferiores
Oligoelementos	
Cromo	Déficit sólo en nutrición parenteral prolongada. Hiperglucemia o tolerancia anormal a la glucosa, neuropatía, encefalopatía, anormalidades en el metabolismo del nitrógeno.
Cobre	Déficit sólo en nutrición parenteral prolongada. Despigmentación de piel y pelo - trastornos neurológicos - anormalidades hematológicas (leucopenia - anemia) - anormalidades esqueléticas.
Yodo	Si no se suplementa, aparece la deficiencia endémica. Bocio por hipertrofia compensadora de la tiroides-diferentes grados de hipotiroidismo. Por carencia en la madre gestante: aborto espontáneo – mortinato - hipotiroidismo en el recién nacido – cretinismo - enanismo.
Hierro	Es la carencia más frecuente del mundo. Anemia hipocrómica – microcítica. Glositis. Coiloniquia. Fatiga. Bajo rendimiento escolar en niños
Manganeso	Hipercolesterolemia. Pérdida de peso. Cambios en pelo y uñas. Dermatitis. Síntesis anormal de las proteínas dependientes de vitamina K.

Cuadro 5

6.- Antropometría

6.1.- Peso corporal

Las tablas de pesos normales que se utilizan actualmente en nuestro país provienen de la Metropolitan Life Insurance Company [Cuadro 6.1.b] y han sido confeccionadas sobre base de datos antropométricos de la población sana de EEUU. y revisadas por última vez en el año 1983. En ellas se establecen rangos de peso normal o teórico según sexo, edad y estructura corporal.

Pueden ser utilizadas en nuestro país, aunque con cautela, ya que no surgen de datos poblacionales propios.

La estructura corporal puede clasificarse como: grande, mediana o pequeña, y se obtiene realizando la ecuación:

$$\frac{\text{Talla (cm)}}{\text{Perímetro muñeca (cm)}}$$

Luego, se compara el resultado obtenido con los datos del siguiente cuadro [Cuadro 6.1.a]

Categorización de la estructura corporal

Estructura corporal	Varones	Mujeres
Pequeña	> 10.4	> 11
Mediana	9.6 - 10.4	10.1 - 11.0
Grande	< 9.6	< 10.1

Cuadro 6.1.a

También puede aplicarse un método aproximado donde se le pide al paciente que se rodee una muñeca con una pinza formada por los dedos mayor y pulgar de la otra mano. Si los extremos de ambos dedos no consiguen contactarse, la estructura es considerada grande; si se tocan, mediana; y finalmente, si logran superponerse, pequeña [Cuadro 6.1.b].

Relación peso/talla en hombres y mujeres de EE.UU. Metropolitan Life Insurance co. 1983

Hombres. Complejión*			
Talla (cm)	Pequeña (kg)	Mediana (kg)	Grande (kg)
157,5	58,0- 60,8	59,4- 63,9	62,6- 68,0
160,0	58,9- 61,7	60,3- 64,9	63,5- 69,4
162,6	59,9- 62,6	61,2- 65,8	64,4- 70,8
165,1	60,8- 63,5	62,1- 67,1	65,3- 72,6
167,6	61,7- 64,4	63,1- 68,5	66,2- 74,4
170,2	62,6- 65,8	64,4- 69,9	67,6- 76,2
172,7	63,5- 67,1	65,8- 71,2	68,9- 78,0
175,3	64,4- 68,5	67,1- 72,6	70,3- 79,8
177,8	65,3- 69,9	68,5- 73,9	71,7- 81,6
180,3	66,2- 71,2	69,9- 75,3	73,0- 83,5
182,9	67,6- 72,6	71,2- 77,1	74,4- 85,3
185,4	68,9- 74,4	72,6- 78,9	76,2- 87,1
187,9	70,3- 76,2	74,4- 80,7	78,0- 89,4
190,5	71,7- 78,0	75,8- 82,5	79,8- 91,6
193,0	73,5- 79,8	77,6- 84,8	82,1- 93,9
Mujeres. Complejión			
Talla (cm)	Pequeña (kg)	Mediana (kg)	Grande (kg)
147,7	46,3- 50,3	49,4- 54,9	53,5- 59,4
149,9	46,7- 51,3	50,3- 55,8	54,4- 60,8
152,4	47,2- 52,2	51,3- 57,1	55,3- 62,1
154,9	48,1- 53,5	52,2- 58,5	56,7- 63,5
157,5	48,9- 54,9	53,5- 59,9	58,0- 64,9
160,0	50,3- 56,2	54,9- 61,2	58,4- 66,7
162,6	51,7- 57,6	56,2- 62,6	60,8- 68,5
165,1	53,1- 58,9	57,6- 63,9	62,1- 70,3
167,6	54,4- 60,3	58,9- 65,3	63,5- 72,2
170,2	55,8- 61,7	60,3- 66,7	64,9- 73,9
172,7	57,1- 63,1	61,7- 68,0	66,2- 75,7
175,3	58,5- 64,4	63,1- 69,4	67,6- 77,1
177,8	59,9- 65,8	64,4- 70,8	68,9- 78,5
180,3	61,2- 67,1	65,8- 72,1	70,3- 79,8
182,9	62,6- 68,5	67,1- 73,5	71,7- 81,2

*Peso tomado con ropa ligera: aproximadamente 2.5 kg; y zapatos con tacos: 2.5 cm aproximadamente.

Cuadro 6.1.b

6.2.- Índice de masa corporal

Una herramienta útil para diagnosticar sobrepeso y obesidad es el Índice de Masa Corporal (IMC) o Índice de Quetelet, el cual, al igual que el peso, es inespecífico, ya que no nos permite diferenciar entre masa grasa y masa magra. Sin embargo correlaciona con la cuantía del tejido adiposo en más del 80 % de los casos. Se obtiene con una ecuación clásica [Cuadro 6.2.a].

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Talla}^2 \text{ (m)}}$$

Cuadro 6.2.a

Sobre la base del IMC, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece diferentes situaciones [Cuadro 6.2.b].

Categorización según IMC (OMS)

IMC	DEFINICION	RIESGO DE CO-MORBILIDADES
< 18.5	Bajo Peso	
18.5 - 24.9	Peso Normal	NORMAL
25.0 - 29.9	Sobrepeso Grado I	MODERADO
30.0 - 39.9	Sobrepeso Grado II	ALTO/ MUY ALTO
> 40.0=	Sobrepeso Grado III	EXTREMADAMENTE ALTO

Cuadro 6.2.b

Existe consenso en considerar “obesidad” un IMC igual o mayor a 30, y “obesidad mórbida” un I.M.C mayor a 40.

Pese a ser una de las mediciones más frecuentemente utilizadas, deben tenerse en cuenta algunas de sus limitaciones, como por ejemplo que:

- la masa grasa aumenta con la edad
- la talla es un factor que se correlaciona en forma inversa con la mortalidad (a mayor talla, menor mortalidad)
- el peso se correlaciona en forma directa con la mortalidad (mayor peso, mayor mortalidad)

Existen otros elementos que modifican el valor predictivo del IMC, según la OMS, provocando aumento o disminución del riesgo de morbimortalidad [Cuadro 6.2.c].

Criterios complementarios del IMC (OMS)

DISMINUYEN EL RIESGO	AUMENTAN EL RIESGO
Patrón de distribución glúteofemoral	Patrón de distribución abdominovisceral
Edad > 40 años	Edad < 40 años
Sexo femenino	Sexo masculino
Obesidad de corta duración	Obesidad de larga duración
Talla elevada	Talla baja

Cuadro 6.2.c

Otra tabla de gran valor, que nos permite definir condiciones clínicas por debajo del peso normal y por encima del mismo, es la que se basa en el porcentaje del peso ideal [Cuadro 6.2.d].

Porcentaje de peso ideal (PPI)

PPI (%)	Interpretación
≥ 180	Obesidad mórbida
140- 179	Obesidad II
120- 139	Obesidad I
110- 119	Sobrepeso
90- 109	Normal ó estándar
85- 89	Desnutrición leve
75- 84	Desnutrición moderada
< 75	Desnutrición severa

Cuadro 6.2.d

6.3.- Medición de pliegues cutáneos

La medida de los pliegues cutáneos (fundamentalmente tricipital y subescapular) es otro método muy difundido en la evaluación de la obesidad.

Si bien el tejido celular subcutáneo representa cerca del 50 % del tejido graso del organismo, resulta un elemento ciertamente orientador. Sus inconvenientes radican en la dispar compresibilidad del tejido graso y en las diferencias en el espesor de la piel.

Con esta técnica se refiere que un paciente es obeso cuando sus registros superan el percentilo 95 según las tablas ad-hoc [Cuadro 6.3] que consideran sexo y edad.

En la práctica se mide el espesor del pliegue de la región tricipital del brazo en un sitio ubicado a la mitad de la distancia entre el acromion y el olécranon en el brazo no dominante (otros recomiendan realizar todas las mediciones en el hemicuerpo derecho), utilizando un calibre que ejerce siempre la misma presión (10 g/m²) sin importar el espesor del pliegue.

De la misma forma se mide el pliegue subescapular en el ángulo inferior del omóplato homolateral.

Valores de referencia del espesor (mm) según sexo y edad

Pliegue tricipital														
Edad (años)	Hombres							Mujeres						
	Percentilos													
	95	90	75	50	25	10	5	95	90	75	50	25	10	5
18-24	23.0	20.0	14.0	9.5	7.0	5.0	4.0	34.0	30.0	4.0	18.0	14.0	11.0	9.4
25-34	24.0	21.5	16.0	12.0	8.0	5.5	4.5	37.0	33.5	26.5	21.0	6.0	12.0	10.5
35-44	23.0	20.0	15.5	12.0	8.5	6.0	5.0	39.0	35.5	29.5	23.0	18.0	14.0	12.0
45-54	25.5	20.0	15.0	11.0	8.0	6.0	5.0	40.0	36.5	30.0	25.0	20.0	15.0	13.0
55-64	21.5	18.0	14.0	11.0	8.0	6.0	5.0	39.0	35.5	30.5	25.0	19.0	14.0	11.0
65-74	22.0	19.0	15.0	11.0	8.0	5.5	4.5	36.0	33.0	28.0	23.0	18.0	14.0	11.5
Pliegue subescapular														
Edad (años)	Hombres							Mujeres						
	Percentilos													
	95	90	75	50	25	10	5	95	90	75	50	25	10	5
18-24	29.0	24.0	16.0	11.0	8.0	6.5	6.0	31.5	27.0	19.0	13.0	9.0	7.0	6.0
25-34	30.5	26.0	20.0	14.0	10.0	7.0	6.5	38.0	32.0	22.5	14.5	10.0	7.0	6.0
35-44	30.5	26.0	21.0	16.0	11.5	8.0	7.0	39.0	34.0	26.5	17.0	11.0	8.0	6.5
45-54	32.0	29.0	22.0	16.5	12.0	8.0	7.0	40.0	35.0	28.0	20.0	12.0	8.5	7.0
55-64	30.0	27.0	21.0	15.5	11.0	7.0	6.0	38.0	34.5	28.0	20.0	12.5	8.0	7.0
65-74	30.0	25.0	20.0	15.0	10.5	7.5	6.0	37.0	32.5	25.0	18.0	12.0	8.0	7.0

Cuadro 6.3

6.4.- Índice cintura/cadera

La circunferencia de la cintura está en directa relación con el tejido adiposo troncal. El perímetro de la cintura según OMS se debe medir en espiración a nivel del punto medio entre el reborde costal y la cresta ilíaca. Se consideran de riesgo valores iguales o superiores a 88 cm en mujeres y a 102 cm en hombres. Estos valores constituyen uno de los criterios del síndrome plurimetabólico.

La significación de la circunferencia de la cintura como dato aislado no es tan trascendente como sí lo es en relación con otros perímetros para la investigación de índices. En términos generales se afirma que cuando los valores son inferiores a 100 cm, conviene calcular el índice cintura/cadera para establecer el tipo de obesidad y su riesgo.

El índice cintura/cadera igual o por encima de 0.80 en la mujer o 0.95 en el hombre, también es indicador de obesidad de "riesgo aterogénico".

La medición de la cadera se lleva a cabo a nivel de los trocánteres mayores, sitio que coincide habitualmente con la sínfisis pubiana.

El diámetro sagital se obtiene colocando al enfermo en decúbito dorsal sobre un plano duro, y midiendo en forma transversal la altura máxima del abdomen prolongando un plano imaginario paralelo al horizontal que pase por este punto de máxima altura. Esta medición es altamente específica de obesidad visceral cuando supera los 25 cm.

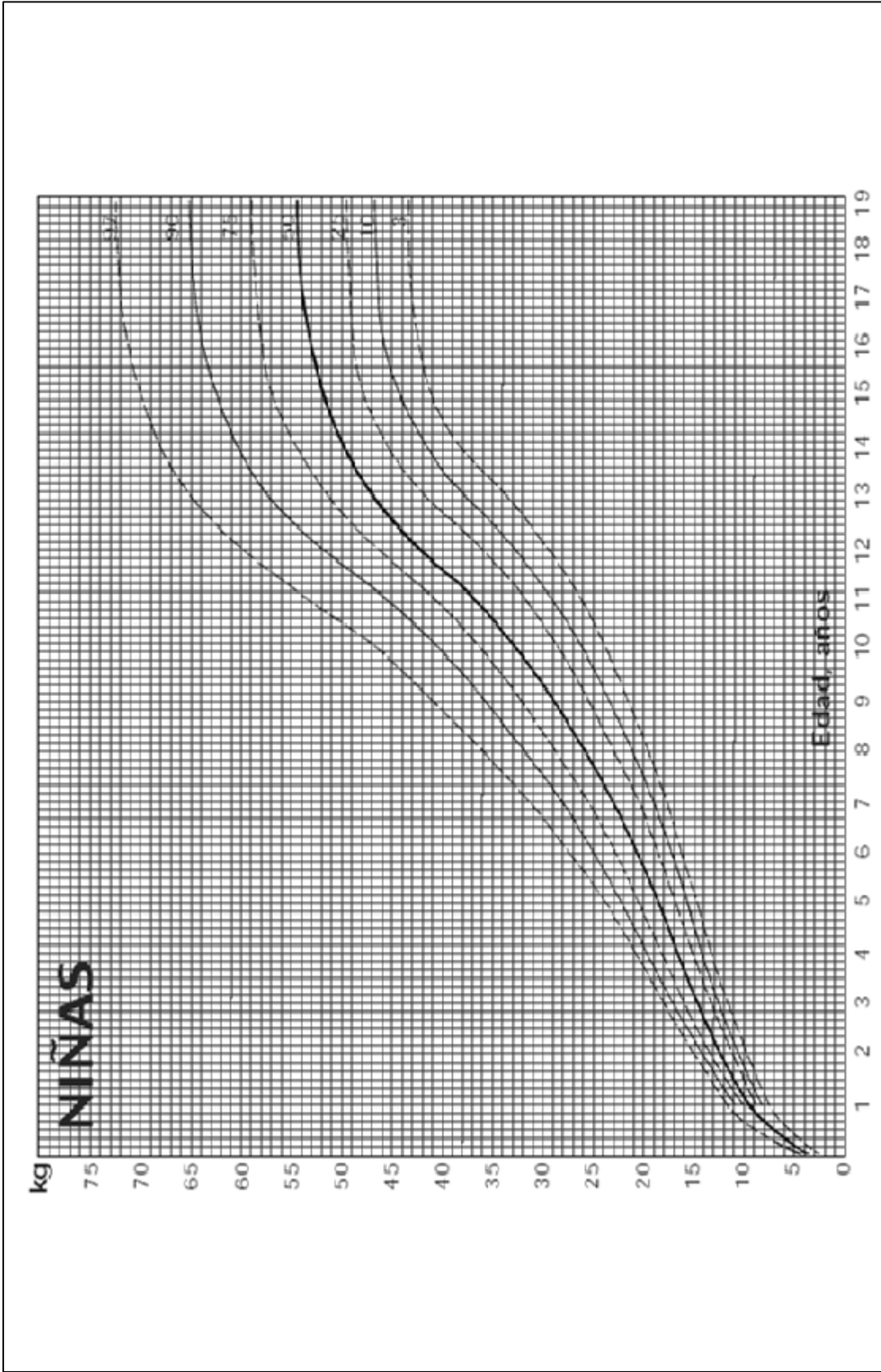
El diámetro sagital es el indicador de uso clínico habitual más sensible de obesidad visceral, debido a que en posición supina, la grasa intraabdominal aumenta el diámetro anteroposterior del abdomen, a diferencia de la grasa subcutánea, que incrementa el diámetro lateral.

Trabajos recientes muestran que habría patrones de distribución adiposa en los que la circunferencia del cuello se correlaciona positivamente y la del muslo negativamente con los factores de riesgo. Aparentemente el perímetro del cuello y la grasa abdominal sufren cambios comunes, lo que genera la sospecha de que comparten un mismo mecanismo regulatorio. En cambio, la circunferencia del muslo, se relaciona con la distribución ginoide de la grasa, la cual se considera un factor de bajo riesgo, o incluso un presunto factor protector.

7.- Las tablas de talla y peso en niños y adolescentes se basan en estudios argentinos

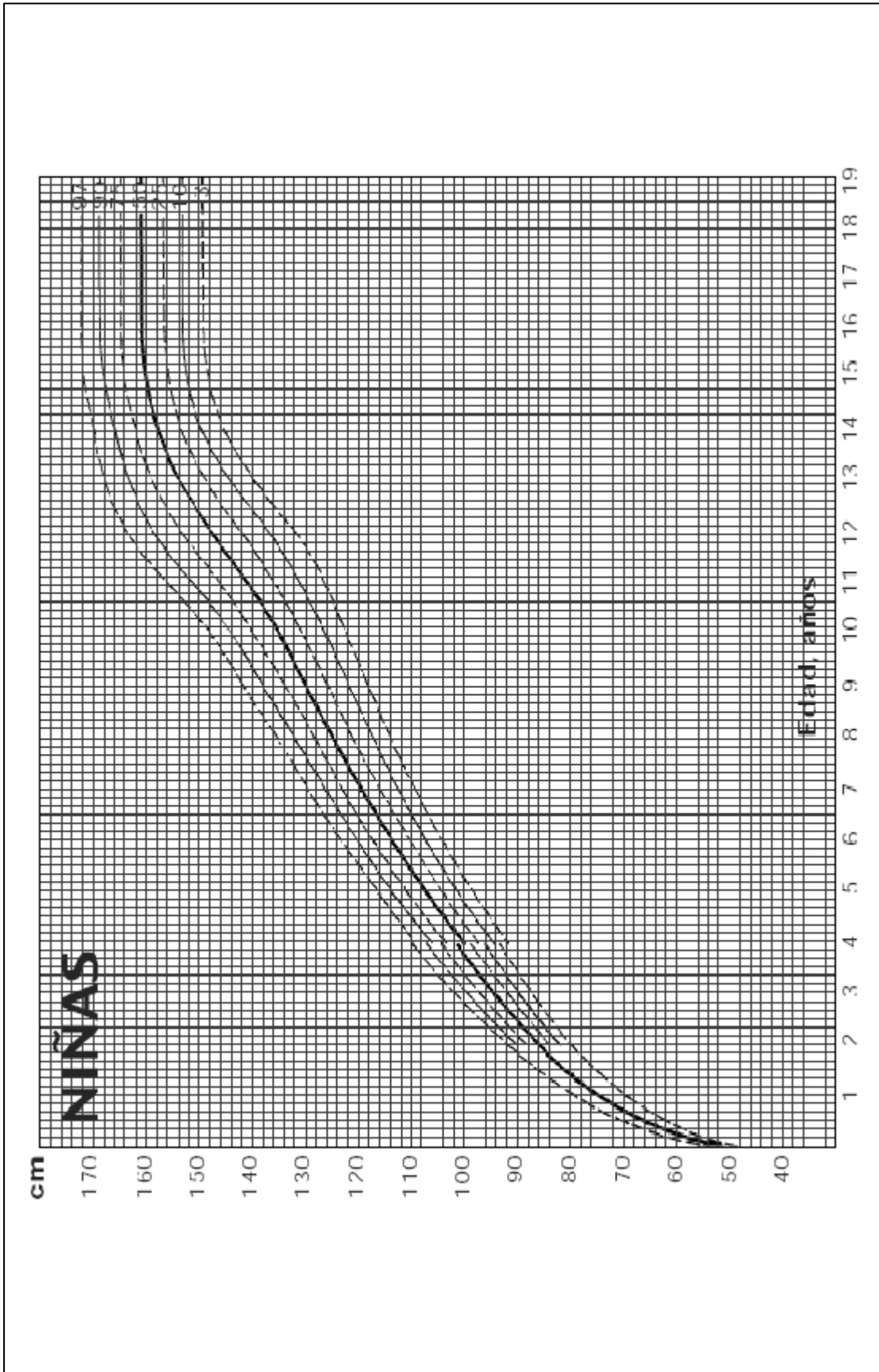
Para evaluar peso y talla en niños y adolescentes (hasta 19 años), contamos con las tablas elaboradas por **Lejarraga, H. y Orfila, J.** (ver abajo) que fueron publicadas en el año 1987 por la Sociedad Argentina de Pediatría, y que sí se basan en datos poblacionales propios. [Cuadros 7.a, 7.b, 7.c y 7.d].

Peso. Niñas. (Nacimiento a 19 años)



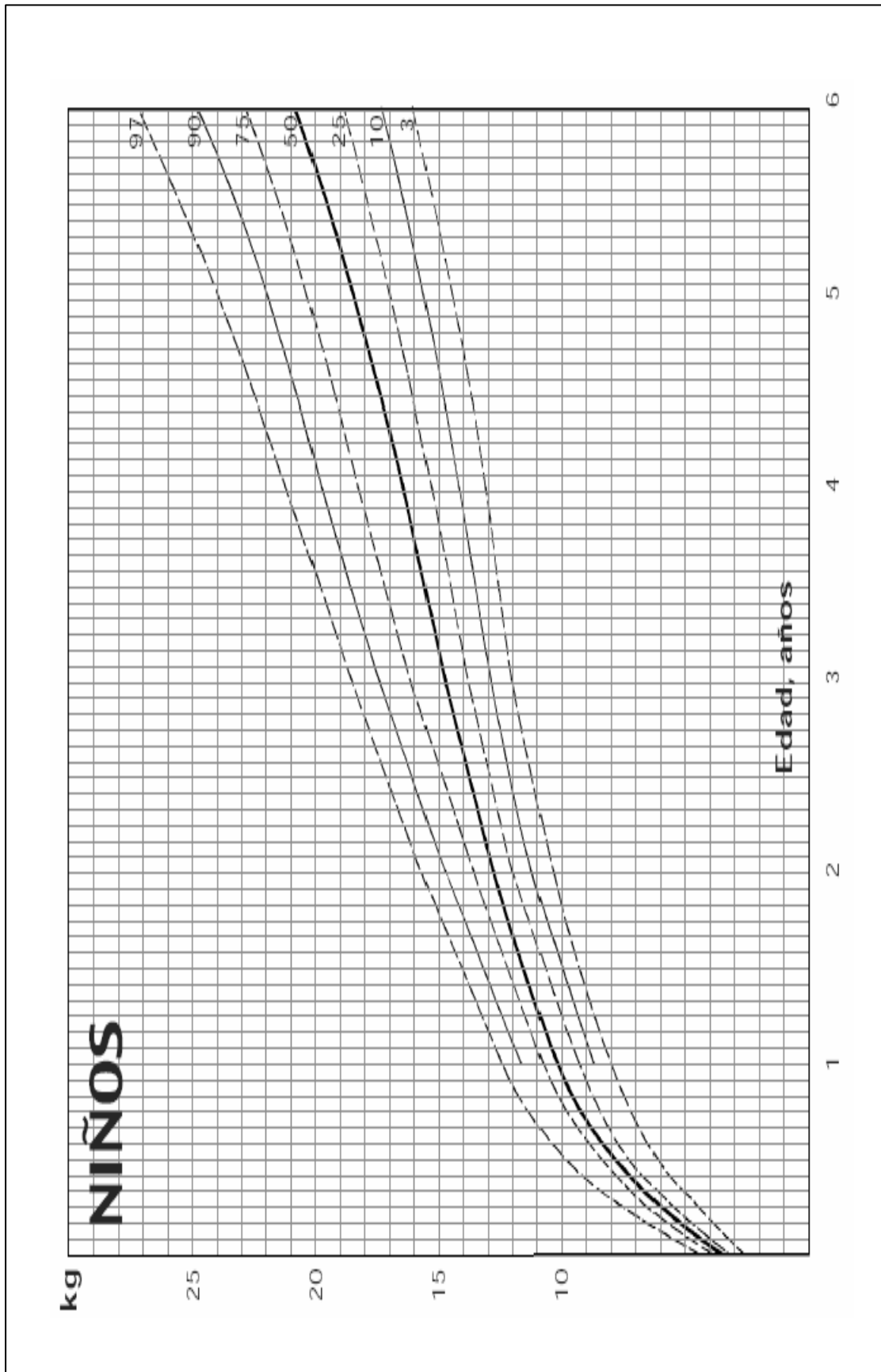
Cuadro 7.a

Estatura. Niñas. (Nacimiento a 19 años)



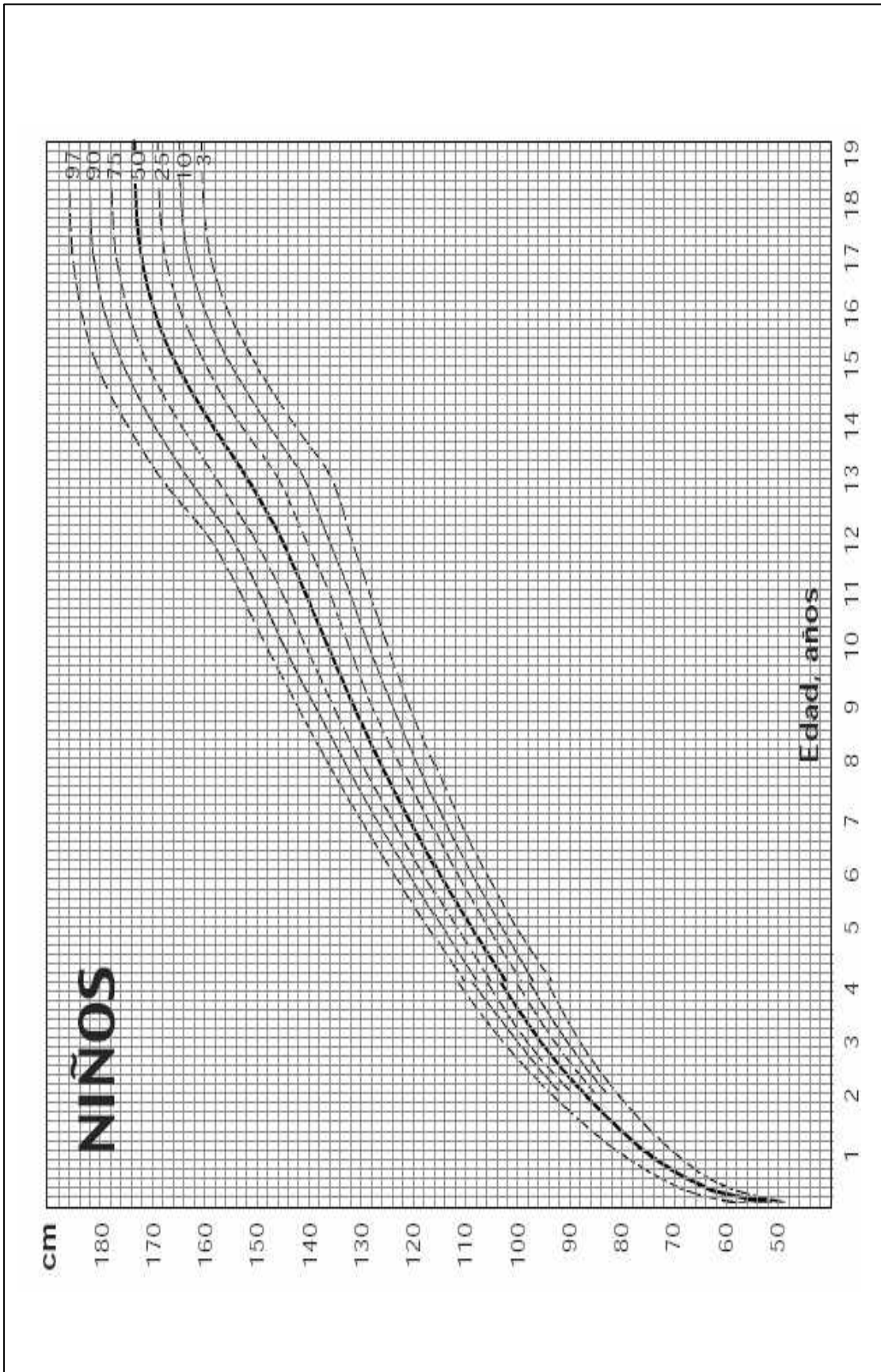
Cuadro 7.b

Peso. Niños. (Nacimiento a 6 años)



Cuadro 7.c

Estructura. Niños. (Nacimiento a 19 años)



Cuadro 7.d

8.- La nutrición varía en las diferentes etapas de la vida

8.1.- Embarazo

Durante el embarazo se producen grandes cambios en el organismo de la mujer. Estas modificaciones, tanto anatómicas como funcionales, representan la respuesta del organismo a una adaptación y mayor demanda metabólicas que resultan de la presencia fetal.

El conocimiento de algunas de estas modificaciones es de gran importancia, ya que su ignorancia podría significar una interpretación errónea de hechos fisiológicos [Cuadro 8.1].

Incremento de peso (intervalos recomendados de incremento de peso basados en el peso previo al embarazo)*

Mujeres embarazadas	Incremento de peso (kg)
Mujeres de bajo peso (< 90 % del deseable)	12.5- 18
Mujeres de peso normal	11- 15.5
Mujeres con sobrepeso	
(> 120 % del deseable*)	6.5- 11
(> 135 % del deseable*)	6.5
Mujeres portadoras de gemelos (incremento de peso total pretendido a término)	15.5- 20

*Las adolescentes jóvenes y las mujeres de origen afroamericano deberían obtener aumentos de peso próximos al límite superior del intervalo recomendado. Las mujeres de talla baja (inferior a 157 cm) deben perseguir incrementos de peso situados en el límite inferior del intervalo.

Cuadro 8.1

El estado nutricional materno antes y durante el embarazo es fundamental para lograr una gestación con resultado materno- feto- neonatal satisfactorio.

La combinación de peso pregestacional deficiente con una pobre ganancia ponderal durante la gestación predispone a la mujer a tener un recién nacido de bajo peso. En cambio, si el peso materno pregestacional es adecuado, el riesgo de concebir un recién nacido de bajo peso disminuye cuando la ganancia ponderal durante el embarazo es adecuada.

La evaluación del estado nutricional antes y durante la gestación es de suma importancia a fin de poder prevenir desviaciones que deriven en alteraciones del crecimiento y desarrollo fetales. El control de la ganancia de peso materno durante el embarazo es la medida más frecuentemente usada para determinar el estado nutricional de la madre y el feto.

Requerimiento energético: Las estimaciones sobre el costo energético total del embarazo, basadas en la ingesta dietética de mujeres embarazadas y en la determinación del gasto energético en reposo, varían de 45.000 a 80.000 kcal. Las recomendaciones sobre el incremento diario en las necesidades calóricas se han estimado dividiendo 80.000 kcal por 240 días de gestación, lo que arroja una cifra aproximada a 300 kcal al día por sobre las necesidades energéticas de una mujer no embarazada. Es posible que sólo sea preciso incrementar las necesidades energéticas de mujeres sanas y bien alimentadas en 200 ó 300 kcal/día hacia la segunda mitad del embarazo.

Las necesidades calóricas de una mujer durante la lactancia dependen de la cantidad de leche que produce y la cantidad de reservas calóricas contenidas en la grasa de su organismo. Si bien se recomienda un suplemento de 500 kcal/día por encima de las necesidades previas al embarazo durante los primeros tres meses de lactancia, es prudente aconsejar una ingesta energética de al menos 1.800 kcal/día.

Sangre: el volumen sanguíneo total aumenta, aunque proporcionalmente se incrementa más el volumen plasmático que la masa globular. Los valores de concentración de hemoglobina descienden a lo largo del embarazo, para llegar al término a aproximadamente 11 g%. Disminuye también el hierro sérico. Esta hemodilución relativa podría interpretarse como anemia si no se conocen las modificaciones fisiológicas.

Prevención y detección de la anemia materna

Los requerimientos de hierro y ácido fólico aumentan durante la gestación para satisfacer las necesidades del incremento de la masa globular materna y fetal. Estos requerimientos son mayores a medida que progresa el embarazo y son superiores a la cantidad de hierro que puede proveer la dieta habitual. *La anemia **microcítica hipocrómica** por falta de hierro es un hallazgo frecuente durante la gestación.* La anemia materna produce en la madre cansancio y fatiga, y poca reserva ante una hemorragia. En el feto y en el recién nacido, valores bajos de hemoglobina pueden producir retardo de crecimiento intrauterino, con bajo peso al nacer y mayor mortalidad perinatal. Debe hacerse determinación de hemoglobina en la primera consulta, repitiéndola en el 2do. y 3er. trimestres. Se consideran valores normales a 12 g./l. o superiores en el primer trimestre, y 11 g./l. o superiores en el segundo y tercer trimestres. Valores inferiores a estos determinan anemia materna y son indicación de tratamiento. Para la prevención y tratamiento se debe indicar una dieta rica en hierro, incorporando carnes rojas, vegetales, lentejas y frutas frescas. La suplementación con hierro y ácido fólico resulta una rutina durante el embarazo. La dosis diaria varía según las necesidades, indicándose habitualmente: sulfato ferroso 60 mg. y ácido fólico 0.5- 1 mg. El ácido fólico es fundamental para la prevención de las malformaciones del tubo neural (espinas bífidas, anencefalia). Teniendo en cuenta que el desarrollo del mismo se produce en las primeras semanas de la gestación (cuando suele desconocerse el estado de gravidez), resulta prudente la indicación de su suplemento en mujeres en edad fértil que planean embarazarse. Debería administrarse de ser posible con 12 semanas de antelación al embarazo.

Recuadro 1

Detección de hiperglucemia/diabetes: la asociación de diabetes mellitus y embarazo transforma a esta situación biológica en un embarazo de alto riesgo, lo cual se traduce en una mayor probabilidad de mortalidad materna y morbimortalidad fetal y neonatal.

A partir de la semana veinte, el metabolismo de los hidratos de carbono se modifica por el aumento de los niveles de hormonas que generan resistencia insulínica (lactógeno placentario- cortisol- progesterona- glucagon).

El cortisol y la hormona lactógeno placentaria son diabetogénicos y el momento de su máximo efecto se manifiesta en la semana 26 de gestación. La progesterona, otra hormona antiinsulínica, ejerce su máxima acción en la semana 32.

Por estos motivos, en las semanas 26 y 32 de gestación debe evaluarse el metabolismo hidrocarbonado.

8.2- La evaluación nutricional de la embarazada es esencial en los programas materno-infantiles

El insuficiente peso materno pregravídico, la baja talla de la madre y el escaso o exagerado incremento de peso durante el embarazo se asocian con malos resultados perinatales. La desnutrición materna produce recién nacidos de bajo peso, principal causa de mortalidad perinatal.

La valoración del estado de nutrición materno debe ser parte de cada consulta prenatal, debiéndose controlar: talla, peso y edad gestacional. El instrumento utilizado es la gráfica de incremento de peso de **Rosso y Mardones**.

De acuerdo a esto, podemos obtener las siguientes categorías: peso normal (Canal B), bajo peso (Canal A), sobrepeso (Canal C) y obesidad (Canal D).

Una madre que presenta bajo peso en cualquier control se considera de alto riesgo desde el punto de vista nutricional. Deberá recibir educación alimentaria y complemento alimentario a partir del diagnóstico y durante toda la gestación y lactancia. La recuperación del peso puede disminuir el riesgo, pero la complementación alimentaria debe continuar.

Las mujeres con alimentación suficiente, adecuada y variada, no requieren suplementación de vitaminas y minerales, excepto hierro y folatos. Estos necesitan ser administrados en forma rutinaria a lo largo del embarazo, comenzando lo más precozmente posible.

La crisis económica que ha sufrido la Argentina en los últimos años se ve reflejada en indicadores de pobreza crecientes. Se observan en la población argentina severas alteraciones nutricionales en los sectores más pobres, traduciéndose esto en malos resultados perinatales. El bajo peso del recién nacido es la principal causa de mortalidad perinatal.

El equipo de salud perinatal debe estar entrenado para aprovechar al máximo los recursos disponibles, realizando una correcta anamnesis a la embarazada, y generando en cada visita prenatal educación alimentaria.

8.3.- Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como “el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica”.

Para la OMS, sus límites van desde los 10 a los 20 años. Este largo periodo tiene matices bien diferentes según las edades, y es así que se acepta una división en tres etapas dentro de la adolescencia:

- a) **Adolescencia Temprana:** de los 10 a los 13 años.
 - Desde el punto de vista biológico es el período prepuberal con grandes cambios corporales y funcionales: la menarca, por ejemplo.
 - Desde el punto de vista psicológico, el/la adolescente comienza a perder interés en los padres y a hacer amistades, básicamente con individuos de su propio sexo.
 - Aumentan sus habilidades cognitivas y el mundo de la fantasía. Aún no puede controlar sus impulsos y tiene metas vocacionales irreales.
 - Básicamente está muy preocupado por sus cambios corporales y tiene gran incertidumbre por su apariencia física.

- b) **Adolescencia Media o Propiamente Dicha:** de los 14 a los 16 años. Ya han completado prácticamente su desarrollo somático.
 - Psicológicamente es el período de máxima relación con los pares con quienes comparten valores propios y conflictos con los padres.
 - Para muchos adolescentes es la edad promedio de inicio de la experimentación y la actividad sexual. Se sienten invulnerables y tienen conductas omnipotentes generadoras de riesgo.
 - Están muy preocupados por su apariencia física, desean poseer un cuerpo más atractivo -el que tienen nunca los conforma- y están fascinados con la moda.

- c) **Adolescencia Tardía:** de los 17 a los 19 años. Casi no hay cambios corporales.
 - Se acercan nuevamente a sus padres y a sus valores, desde una perspectiva más madura.
 - Se hacen más importantes las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía.
 - Desarrollan un sistema propio de valores, tienen metas vocacionales reales. Aceptan su imagen corporal.

Es importante conocer estas diferencias de las etapas, pues, con variaciones individuales y culturales, todos las atravesarán.

8.4.- La nutrición en la adolescencia tiene requerimientos especiales

El comportamiento alimentario del adolescente va a estar influenciado por numerosos factores externos (vg. características socio-culturales de la familia, valores, relaciones, medios de comunicación social, conocimientos y experiencias personales); y factores internos (vg. características fisiológicas, imagen corporal, preferencias y rechazos en materia de alimentos, desarrollo psicofísico, estado de salud en general).

Durante la infancia y la adolescencia, una correcta alimentación tiene gran importancia, pues cualquier malnutrición, por exceso o defecto puede repercutir a corto y largo plazo. Además, es durante la infancia cuando comienzan a incorporarse hábitos alimentarios, correctos o no, que se mantendrán a lo largo de la vida.

La nutrición juega un papel crítico en el desarrollo adolescente, y el consumo de una dieta inadecuada puede influir desfavorablemente sobre el crecimiento físico y la maduración sexual. Durante el crecimiento y desarrollo adolescente se producen cambios somáticos y psicológicos. Los hechos que tienen influencia directa sobre el equilibrio nutritivo son:

- La aceleración del crecimiento en longitud y el aumento de la masa corporal (el característico "estirón" puberal).
- Las variaciones individuales de la actividad física.
- El desarrollo de la habilidad para utilizar el pensamiento abstracto en oposición con el pensamiento concreto, típico de la niñez, que le permitirá llevar a cabo las actividades propias de la adolescencia.
- La agitación emocional de esta etapa, que suele afectar los hábitos alimentarios de los adolescentes (por ejemplo, rechazar hábitos alimentarios familiares como reafirmación de su independencia).

Los deseos del adolescente por cambiar las proporciones corporales pueden conducirlo a manipulaciones dietéticas que quizá tengan consecuencias negativas y están sujetas a la explotación de intereses comerciales (vg. los ídolos comerciales pueden originar que muchas mujeres restrinjan innecesariamente la cantidad de alimento que ingieren y los varones, por su parte, tienden a utilizar suplementos nutricionales con la esperanza de lograr el aspecto muscular deseado).

El peso, indicador clave que resume los diferentes comportamientos, es un marcador indirecto de la masa proteica y de energía. Para interpretar el peso y la talla se usan las tablas de referencia, específicas para cada grupo de población (ponderación antropométrica, desarrollo y madurez) presentados precedentemente.

A pesar de haber adquirido en esta etapa la madurez orgánica para los procesos digestivos, absorción y metabolismo, la adolescencia es una etapa de riesgo nutricional, debido a sus especiales características fisiológicas.

El importante incremento de los tejidos libres de grasa que casi se duplican durante el crecimiento puberal, conlleva un aumento de las necesidades energéticas, proteicas y de algunos micronutrientes, superiores a otras épocas de la vida.

El adolescente, debido a su incremento anabólico, es vulnerable a carencias energéticas, proteicas, de algunos minerales y vitaminas.

El aporte proteico debe representar aproximadamente el 15% de las calorías de la dieta y no debe ser inferior al 12%. Las cantidades deben ajustarse acorde con la talla, el estado nutricional, la velocidad de crecimiento, la calidad de las proteínas, el aporte energético y el equilibrio de los distintos nutrientes, para evitar tanto carencias como excesos.

El resto de las calorías debe ser aportado por los hidratos de Carbono (50-55%) y las grasas (30-35%).

Otra característica que incide es el dimorfismo sexual, debido a la diferente cantidad y composición del tejido sintetizado. Los varones ganan peso con mayor rapidez y lo hacen a expensas, sobre todo, del aumento de la masa muscular y del esqueleto, mientras que las mujeres tienen tendencia a acumular grasa. Esto obliga a individualizar el régimen alimentario teniendo en cuenta no sólo la edad cronológica, sino el sexo, la talla y la velocidad de crecimiento.

Además de las elevadas necesidades proteicas y energéticas, son altos los requerimientos en algunos minerales como hierro y calcio. La forma más adecuada de cubrir estas necesidades es mediante una dieta variada que incluya al menos medio litro de leche o derivados y en la que el 20-25% de las calorías proceda de alimentos de origen animal. En varones la formación de masa muscular requiere un mayor volumen sanguíneo y en las mujeres se pierde hierro mensualmente con el inicio de la menstruación.

El zinc es indispensable para el crecimiento y la maduración. Las dietas pobres en proteínas de origen animal difícilmente cubren las necesidades diarias de zinc, estimadas en 15 mg diarios. Los adolescentes que hacen dietas vegetarianas están expuestos a carencias en este mineral, por lo que es indispensable incorporar a la dieta alimentos ricos en Zinc, como son los granos enteros de cereales, quesos y maní. Necesitan además cuidar la ingesta en hierro y Vitamina B12, ya que el consumo alto de fibras impide que ciertos micronutrientes se absorban.

Los requerimientos vitamínicos son también elevados, sobre todo en algunas vitaminas del grupo B, que guardan relación con el aporte energético (coenzimas). La mejor forma de evitar carencias es mantener una dieta variada, balanceada, incorporando al consumo frutas, verduras y hortalizas. La vitamina D es especialmente necesaria para el crecimiento óseo.

8.5.- La nutrición en la tercera edad tiene sus propios requerimientos

La mayoría de los países desarrollados han aceptado la edad cronológica de 65 años como definición de "persona mayor" (tercera edad). Sin embargo la heterogeneidad del envejecimiento permite distinguir tres grandes grupos para clasificar a las personas mayores:

1. **Ancianos jóvenes: 65- 74 años.** Este grupo goza, en general, de buena salud y de autosuficiencia.
2. **Ancianos: 75- 84 años.** La invalidez funcional y la necesidad de ayuda para las tareas domésticas suelen ser los cambios más destacables, así como la morbi- mortalidad.
3. **Ancianos viejos: personas de más de 85 años.** La fragilidad y la incapacidad son los aspectos predominantes.

La valoración nutricional de los ancianos y las recomendaciones sobre su cuidado nutricional deben tener en cuenta posibilidades, capacidad y niveles de función individuales [Cuadro 8.5.a].

Cambios fisiológicos propios del envejecimiento

Cambios fisiológicos	Impacto potencial sobre el estado nutricional
Disminución del volumen y la viscosidad salival- atrofia de las papilas gustativas.	Boca seca- dolor e irritación debida a los alimentos- evitación y disminución en la ingesta.
Atrofia de los receptores olfatorios.	El alimento pierde su atractivo.
Pérdida de piezas dentarias- periodontitis.	Restricción de la variedad de alimentos.
Deterioro de la visión y la audición.	Interferencia con las relaciones sociales durante las comidas.
Disminución de la secreción de ácido gástrico, de enzimas en el intestino delgado y de la peristalsis.	Menor digestión y absorción de algunos nutrientes.
Disminución de la capacidad renal para concentrar la orina.	Deshidratación.
Disminución de la motilidad intestinal, debilidad de la musculatura abdominopélvica y descenso de la percepción sensitiva.	Estreñimiento crónico.
Disminución de la masa corporal magra, incremento del tejido adiposo, menor índice metabólico.	Vulnerabilidad a la obesidad.
Disminución de la capacidad respiratoria.	Actividad limitada- pérdida de masa muscular.

Cuadro 8.5.a

Energía: las necesidades energéticas disminuyen con la edad al reducirse gradualmente la actividad física y la masa muscular. Sin embargo, aportes menores de 1500 calorías/ día suponen

riesgo de baja ingesta de vitaminas y minerales que no permiten cubrir los requerimientos nutricionales diarios.

Las Guías alimentarias para la población española (2001) establecen las recomendaciones del cuadro 8.5.b.

Tercera edad. Requerimientos calóricos

Edad (años)	Varones (cal/día)	Mujeres (cal/día)
60- 69	2400	2000
70- 79	2200	1900
> 80	2000	1700

Cuadro 8.5.b

La ingesta proteica debe ser de 1 a 1.25 g/kg/día; no obstante en situaciones especiales como infecciones agudas, fracturas o intervenciones quirúrgicas pueden recomendarse ingestas mayores (1.25- 2 g/kg/día).

Las dietas bajas en calorías y los períodos largos de ayuno pueden favorecer la aparición de trastornos metabólicos, tales como cetosis, pérdida de sodio, potasio y líquidos.

Los hidratos de carbono deben constituir entre el 50 y el 60 % del valor calórico diario total, limitándose los glúcidos simples al 10 %.

Las recomendaciones en cuanto a las grasas no difieren de las de la población general, estimándose que no deben superar el 30 % del total energético ingerido en un día.

Debido a que en esta etapa de la vida, suele encontrarse alterado el mecanismo que desencadena la sed, se aconseja ingerir líquidos a lo largo de todo el día. En condiciones normales se requiere de 1 ml por caloría consumida; si las necesidades aumentan (fiebre- sudoración en épocas calurosas- diarrea- etc.) la recomendación aumenta a 1.5 ml por caloría.

Debe evaluarse la necesidad de suplementar vitaminas y minerales; dentro de estos últimos fundamentalmente hierro y calcio.

Bibliografía consultada

- Caíno, H.; Farina, H. y col., Enfermedades cardiovasculares. Actualización 2005. La Plata. Sala Ediciones, 2005.
- Clarín, 26 de abril de 2005. "Pirámide alimentaria: se renueva en E.E.U.U. y aquí es cuestionada".
- Fescina, R., *Nutrición materna y resultados perinatales*. Clínicas Perinatológicas Argentinas. Nº 4. 1996-1997.
- Katbleen, L. y otros, *Nutrición y dietoterapia de Krause*. México DF, Mc Graw Hill, 1998.
- Kekliklián, R., Gorosito, M., Muller, M., *Nutrición en perinatología*. Clínicas Perinatológicas Argentinas. Nº 2. 2002.
- Lejarraga, H. y Orfila, J., *Archivos argentinos de pediatría*. Buenos Aires, 1987, volumen 85, p. 209- 222.
- Longo, E. N. y Navarro E. T., *Técnica dietoterápica*, Buenos Aires, El Ateneo, 1997.
- Manual de la Clínica Mayo. *Dietética y nutrición*. Mosby/Doyma Libros. Séptima edición, 1996.
- Ministerio de Salud y Acción Social. Subsecretaría de Salud Comunitaria. Dirección de Salud Materno Infantil. Departamento del niño y el adolescente. Plan Nacional de Salud integral del adolescente. Buenos Aires. 1993.
- Montemerlo, H. y otros, *Nutrición enteral y parenteral*. Abbott Laboratories Argentina S.A., 1999.
- Salas Salvadó J., *Nutrición y dietética clínica*. Barcelona, Masson, 2000.
- Schwarcz, R., Duverges, C., Gonzalo Díaz, A., Fescina, R. *Obstetricia*. LUGAR, El Ateneo. 1999.
- Servicio de Endocrinología y Nutrición. Fundación Giménez Díaz. *Casos clínicos en Nutrición Artificial*. Abbott Laboratories S.A., 1997.
- Torresani, M. E. y Somoza, M. I. *Lineamientos para el cuidado nutricional*. Buenos Aires Eudeba, 2005.

TODA LA PREVENCIÓN SE DESPLIEGA EN LA TERCERA EDAD

María de los Ángeles Mestorino
Oscar Alfredo Ojea

“Se tiene, pues, no solo la edad de las arterias, como defendían los clásicos, sino la de las neuronas, glándulas endócrinas, fibra muscular, bronquioalvéolos y demás órganos que nos constituyen...”

(Rozman, 1988:1147)

1.- El envejecimiento es un proceso normal y que estructura a las poblaciones

El envejecimiento humano se caracteriza por el enlentecimiento y la desaparición de algunas funciones, el decrecimiento de la vitalidad, el aumento de la vulnerabilidad, y la mayor incidencia de enfermedades y achaques. Se corresponde con una edad avanzada cronológicamente, que dentro de los parámetros biológicos, constituye grupos con mortalidad que supera el 60%.

A los 30 años de vida el ser humano, genéticamente programado, que ya ha finalizado sus procesos de maduración, se encuentra en condiciones biológicas óptimas en relación con el medio. Se estima que el término de vida humana estaría prefijado con un máximo de 120 años, pero el envejecimiento no es un fenómeno genéticamente programado.

No hay criterios biológicos estrictos para definir la ancianidad; suelen utilizarse pautas de política laboral y jubilatoria para hacerlo. La pérdida de bienestar a cualquier edad y el desencadenamiento de enfermedades, desvían los procesos naturales de envejecimiento fisiológico a uno fisiopatológico.

El envejecimiento prematuro (cuyo caso límite sería la progeria) es patológico, pero hay procesos causales de envejecimiento precoz en grupos humanos. Las causales pueden ser de origen externo: procesos infecciosos, accidentes, características laborales, influencias climáticas o estilos de vida; o causas internas; procesos biológicos, metabólicos, patologías vasculares, del colágeno u otras, o bien su confluencia.

Las contingencias de salud de las personas y de las poblaciones consumen tiempo biológico

En la planificación de salud importa el estudio de las causas de envejecimiento comparativo entre las poblaciones. La incidencia de algunas enfermedades es condicionante de envejecimiento: diabetes 2, osteoporosis así como cambios en los parámetros biológicos-bioquímicos: alteraciones de los niveles de proteínas, ácido úrico, metabolitos de hormonas; índice de masa corporal o mediciones antropométricas. Todos ellos señalan un perfil epidemiológico y demográfico al que se debe sumar el perfil sociológico y de comportamiento individual en la relación del hombre y el medio.

La Tercera Edad (TE) comienza a los 65 años, jalón prototipo del retiro laboral, y la ancianidad a los 75. Se considera “población envejecida” la de un área en que el 10% tiene más de 65 años. En el mundo esa proporción es de 6% (2002). En América Latina, Argentina, Chile, Cuba y Uruguay sobrepasan esa proporción. Argentina tenía un 13% de mayores de 65 años en el 2000 y se calcula un 16% para el 2025. Las NBI marcan que el 25% de los mayores de 60 años del Gran Buenos Aires (1998) está pauperizada (Jáuregui y Estremero, cit en Rubinstein, 2001:545). La tendencia a la pauperización es propia de la tercera edad ya que sobreviven a “sus recursos de vida” y los sistemas previsionales -para quienes los tienen- no responden con eficacia.

El envejecimiento poblacional se genera por la confluencia de la baja de la natalidad y el aumento de la Expectativa de Vida. La Asamblea de las Naciones Unidas celebrada en Viena en 1982, estudió el envejecimiento y señaló el cambio demográfico (Banco Mundial, 2000:88) [Cuadro 1].

Expectativa de cambios demográficos relacionados con el envejecimiento

Población en millones y %	1975	2025
Población general	4.100	8.200
% Incremento	-----	102
Mayores de 60 años	350	1.100
% Incremento (Banco Mundial, 2000:88)	-----	224

Cuadro 1

Simone de Beauvoir escribió su obra sobre la vejez para “quebrar la conspiración del silencio” tejida como para negar esa etapa de la vida (1970:8). Etapa diferente de las otras, con éstas entre ellas, tiene su propio equilibrio y armonía, deja abiertas posibilidades al individuo y la comunidad. “La cultura es lo que queda cuando se ha olvidado todo”, decía Harriot y ella ofrece no sólo las lagunas de la memoria sino el río de la sabiduría que permite juicios y síntesis inaccesibles a los más jóvenes (Simone de Beauvoir, 1970:457).

Hemingway, en “El viejo y el mar”, exaltó la capacidad del viejo pescador defendiendo solo su presa de los tiburones. Dice: “Un hombre puede ser destruido, pero no vencido”.

La dignidad de la vejez no se apoya sólo en el recuerdo agradecido sino en la serena convivencia con quien ha encontrado el sentido de la vida, del bien y de la verdad sencilla, y lo irradia a pesar de sus achaques y dependencia. Así esta dignidad, que es inalienable como la de todo ser humano, se patentiza cuando el anciano ha construido su vida y su pequeña comunidad aprecia los valores de la vejez. No siempre es así pero compete a esta comunidad y a la sociedad suplir los defectos, ayudar al anciano a ocupar su lugar y a transformar sus recuerdos y experiencia en enseñanza. Así también a sostenerla cuando la enfermedad, en especial la mental, lo derrumba.

Guardini describe los problemas y las virtudes de esta etapa de la vida y, desde una perspectiva cristiana, la preparación para la muerte en la esperanza de la eternidad dice “En esa proximidad sale a la superficie la roca viva de la existencia... El núcleo de la vida del anciano sólo puede ser la oración, cualquiera que sea la forma que tome” (1970:116).

2.- La expectativa de vida (EV) aumenta aceleradamente

La EV aumenta en función del desarrollo humano. Relacionado con el PBI per cápita se estimó que los países con menos de U\$A 1.000 (1979), alcanzarían el 2000 con alrededor del 7% de población de 60 años y más, mientras aquellos que superaban los U\$A 14.000 en 1979 tendrían el 18% de su población en esa franja etaria (Braunwald, 2001:1145).

Si bien el proceso de envejecimiento de las poblaciones es global, se verifica más en los países desarrollados y en algunos países de Asia Oriental y América Latina [Cuadro 2.a].

Población de Tercera Edad (%)*. Países seleccionados. Secuencia 1990-2025

País	1990	2025
EEUU	12,5	18,7
Japón	11,8	26,7
China	6,0	13,3
Corea	5,0	15,0
Argentina	13,0**	16,0

*Mayores de 65 años; ** 2000
(Banco Mundial, 2000: 35)

Cuadro 2.a

Gompertz comparó la mortalidad en distintas edades y en diversas especies. Para la humana mostró que a medida que se envejece el ritmo de mortalidad aumenta logarítmicamente en función de la acumulación de “situaciones insuperables que confrontan” (Rozman, 1988:1146).

En EEUU la esperanza de vida subió de 47 años en 1900 a 75 en 1990, triplicándose la proporción de mayores de 65 años de 4% a más del 12% (Braunwald, 2001:19). En 90 años se verificó un aumento de 28 años equivalente al logrado desde la edad de bronce, hace 5000 años en que la EV era de 21 a 22 años.

Este cambio del siglo XX se debe al control de la mortalidad materno-infantil por enfermedades nutricionales e infecciones y a la reducción por enfermedades degenerativas después de los 65 años. El control de las enfermedades cardiovasculares aumentaría 10 años y el del cáncer 2 años de promedio de vida.

Si se analiza la expectativa de vida a diferentes edades desde los 65 años en adelante, la misión de la Geriátrica se abre a una amplia tarea social y médica, para sostenerla, prolongarla y promover una buena calidad de vida [Cuadro 2.b].

EE.UU. Expectativa de vida. Promedios

Edad	Expectativa de vida (años)
65	17
75	11
85	6
90	4
100	2

(Braunwald, 2001: 45)

Cuadro 2.b

Las mujeres viven en promedio alrededor de 8 años más que los hombres, aun cuando se ha extendido en ellas el hábito del cigarrillo y el desempeño de tareas estresantes.

Se estima que la tasa de Mortalidad se duplica cada 8 años después de la pubertad (Bennett, 1997:14).

3.- La fisiopatogenia del envejecimiento tiene características propias

Una característica fisiológica general del envejecimiento es la disminución progresiva de las reservas homeostáticas de todos los sistemas, órganos y tejidos, la que se ha llamado homeosteneosis, y que se iniciaría en la 3ª década de la vida (Braunwald, 2001:45). Este es un proceso progresivo funcional del 1%/año (Jáuregui y Estremero, cit. en Rubenstein, 2001:45).

La homeosteneosis, o declive general de la reserva homeostática, no se expresa en síntomas ni restringe las actividades normales de la edad. El anciano sin enfermedades es sano. No obstante ese mismo declive lo hace más vulnerable a las agresiones internas o del medio.

La presentación de enfermedad suele ser diferente, con signos frustrados: meningitis sin rigidez de nuca, hipertiroidismo sólo con taquicardia y fibrilación auricular, neumonías sin fiebre, IAM o peritonitis con poco dolor. Los procesos patológicos suelen tener síntomas comunes, a diferencia del adulto medio en que son más específicos. Aún con cierta inespecificidad los síntomas suelen ser más precoces en el anciano por la reducción de reservas. Hay signos que no necesariamente denuncian patología, tal una eritrosedimentación algo elevada y aislada, o una radiografía de tórax con aorta desenrollada. Así como el niño es extremadamente sensible al dolor y llora, el anciano lo siente y exterioriza poco.

Si bien los ancianos padecen las mismas enfermedades que el resto de los adultos varían en su frecuencia y presentación. Hay órganos más expuestos al trastorno: cerebro, vías urinarias inferiores, sistema cardiovascular y músculos esqueléticos. Algunas de sus manifestaciones son confusión aguda, depresión, incontinencia, caídas y síncope.

El **reposo absoluto** puede producir efectos adversos como neumopatías y escaras. También una pérdida del 5% de la fuerza y masa muscular (Beers y Berrow, 1999:2512).

La **hipotermia accidental** se produce por deterioro del sistema autónomo, descenso del flujo sanguíneo periférico y falta de reacción de vasoconstricción al frío, con hipotensión ortostática. La provocan exposiciones cortas a temperaturas de menos de 18°C, contribuyen una reducción de la percepción del frío y de la capacidad de conservación del calor. La favorecen algunos fármacos como la fenotiazina, sedantes, hipnóticos y el alcohol. También la favorecen la insuficiencia cardíaca, la cetoacidosis, el hipotiroidismo y la inmovilidad. Se presenta con cuadros similares al ictus, o a la somnolencia y la confusión. La temperatura corporal baja hasta 35°C y puede continuar descendiendo. Entre los 29°C y los 24°C se produce la fibrilación ventricular o el paro cardíaco (Beers y Berrow, 1999:2513).

Los problemas frecuentes en ancianos, en especial de más de 80 años, no clasificables como enfermedades prototipo, han sido llamados los **Cuatro Gigantes de la Geriatría**, entre los más comunes se encuentran:

1. Inmovilidad
2. Incontinencia urinaria
3. Inestabilidad postural
4. Deterioro intelectual

Enfermedades frecuentes de la tercera edad son:

- enfisema
- osteoporosis con fracturas
- cáncer de próstata
- cáncer de piel (epiteliomas)
- enfermedad de Paget
- arterioesclerosis cerebral
- insuficiencia renal

El anciano tolera por varios años enfermedades graves como el cáncer de próstata, el de vejiga, el de mama y la leucemia linfocítica crónica.

Por otra parte hay dolencias que suelen agruparse conformando una **POLIPATOLOGÍA**. No siempre se aplica en el anciano el principio de unicidad mórbida. Se estima que en las personas de 65-74 años coexisten, en promedio, 4,6 alteraciones de salud y en las mayores de 75 años 5,8, entre los más comunes (Rubinstein, 2001:546):

- prostatismo con infección urinaria y pielonefritis
- bronquitis crónica con enfisema pulmonar
- diabetes mellitus
- insuficiencia cardíaca con isquemia coronaria y cerebral
- osteoporosis combinada con osteomalacia
- anemia

- cataratas y oteoclerosis
- artrosis

Frente a la polipatología hay dos actitudes médicas extremas: el fatalismo con nihilismo terapéutico y la polifarmacia. Suele recomendarse para ellos “pocas drogas y muchos cuidados” si están respaldadas en exámenes clínicos cuidadosos y criteriosos.

No sólo curar al paciente sino cuidarle. Son esenciales las medidas de prevención y de apoyo; evitar el encamamiento injustificado, atender a la nutrición e hidratación, higiene corporal, orientación en la realidad y aspectos sociales imprescindibles.

De parte del paciente se presentan también actitudes extremas: la exhibición excesiva de síntomas o su ocultamiento, la subdemanda a la sobredemanda de AM. A la hora de los remedios se superponen el olvido, la confusión y la equivocación de dosis.

Las modificaciones fisiológicas y patológicas por sistemas u órganos se aprecian en el siguiente cuadro [Cuadro 3]:

**Cambios fisiológicos y patológicos relacionados con el envejecimiento.
Sistemas seleccionados**

Órgano/sistema	Cambio fisiológico	Consec. fisiológicas	Consec. Patológicas
S. Cardiovascular	Mayor distensibilidad arterial con aumento de la TA o HVI	Hipotensión en respuesta al aumento de la FC, hipovolemia o pérdida de contracción auricular	Síncope
	Mayor reactividad a beta-adrenérgicos	Bajo gasto cardíaco y de respuesta de la FC al estrés	Insuficiencia cardíaca
S. Respiratorio	Reducción de la elasticidad pulmonar y aumento de la rigidez torácica	Desequilibrio ventilación /perfusión y reducción de PO ₂	Disnea, hipoxia
S. Digestivo	Reducción de la acidez gástrica. Reducción de la motilidad intestinal	Menor absorción de Ca ⁺⁺ con estómago vacío. Constipación	Osteoporosis, déficit v.B12. Impactación fecal e incontinencia.
S. Musculoesquelético	Reducción densidad ósea	Osteoporosis	Fractura de cadera
S. Nervioso	Atrofia cerebral	Amnesia benigna	Demencia, delirium
	Menor síntesis de catecolaminas		Depresión
	Menor síntesis de dopaminérgicos	Marcha rígida	Enf. de Parkinson
	Reducción de fase 4 del sueño	Despertar prematuro, insomnio	Apnea del sueño
Sentido visual	Opacificación del cristalino	Mayor sensibilidad a destellos, necesidad de más iluminación	Ceguera
Sentido auditivo	Menor agudeza p/ sonidos de alta frecuencia	Dificultad p/ discriminar palabras c/ ruido de fondo	Sordera
S. Endócrino	Alteración homeostasis de la glucosa	Aumento de glucemia en enfermedades agudas	Diabetes mellitus
S. Hemático	Disminución de reservas de la MO		Anemia
S. Inmunitario	Aumento de auto-anticuerpos	Factor reumatoide falso positivo, anticuerpos antinucleares	Enf. auto-inmunitarias
S. Renal	Disminución de la filtración glomerular	Eliminación de algunos fármacos	Aumento de creatinina sérica
S. Génito-Urinario	Atrofia de mucosa vagino uretral	Dispareunia, bacteriuria	IVU sintomática
	Agrandamiento de la próstata	Aumento del volumen de orina residual	Incontinencia, retención urinaria

Abreviaturas: TA: tensión arterial; HVI: hipertrofia ventricular izquierda; FC: frecuencia cardíaca (Braunwald, 2001: 46)

Cuadro 3

4.- Las prescripciones médicas requieren criterios y advertencias especiales

Se estima que el 50% de los gerontes no cumplen con la toma de medicación como fuera indicada, ya sea por error, olvido o desinterés. Otras veces por la percepción de efectos secundarios inesperados, desconfianza o falta de comunicación con el médico [Cuadros 4.a y 4.b]

**Hay que procurar que la medicación sea lo más sencilla posible.
Evitar la polifarmacia, tratar de no pasar de 4 medicamentos.**

Cuadro 4.a

La toma insuficiente de un medicamento será causal de ineffectividad/ efectividad; así como el exceso puede provocar intoxicación. Siempre se debe consultar al profesional responsable ante dudas en la dosificación o intolerancias.

Cuadro 4.b

Hay cambios fisiológicos en la TE que condicionan la biodisponibilidad de los medicamentos. Tales son:

- a. cambios en la acidez gástrica;
- b. vaciamiento gástrico más lento;
- c. menor absorción intestinal;
- d. disminución de la función renal;
- e. metabolismo general más lento;
- f. menor capacidad funcional de depuración de los medicamentos.

Hay fármacos que retrasan el vaciamiento gástrico: (antiácidos, antiparkinsonianos). Otros disminuyen la absorción de vitaminas, calcio, hierro, fósforo. Los laxantes disminuyen la absorción intestinal de alimentos y de medicamentos.

Siendo el hígado el órgano principal de depuración de medicamentos, hay que proceder con mucho cuidado en pacientes con enfermedades hepáticas.

Siendo los riñones los órganos encargados de la eliminación de buena parte de los medicamentos ingeridos, hay que controlar la diuresis, la concentración de la orina y la función renal. La falla en la excreción de las distintas drogas, hace que las mismas permanezcan circulantes, pudiendo con dosis normales provocar síntomas de intoxicación.

Son medicamentos de uso frecuente en la TE:

- a.- Antidiabéticos orales: drogas: glibenclamida; glipicida (NC comunes: Daonil, Euglucón, Minodiab).
En los pacientes diabéticos es imprescindible controlar las cifras de glucemia, y la Hemoglobina glucosilada, prestar especial atención en procesos infecciosos y/o febriles, identificar posibles hipoglucemias (coma hipoglucémico) o hiperglucemias y acidosis (coma diabético).
- b.- Aspirinas: ácido acetilsalicílico: (NC: AAS, Bayaspirina). Son antiagregantes; tienen acción sinérgica con medicación anticoagulante. El agregado de aspirina en forma casual debe ser autorizado por el médico.
- c.- Antiinflamatorios: no deben automedicarse. Son factor de riesgo de irritación y hemorragias del tubo digestivo así como deterioro de la función renal.

- d.- Corticoides: indicación y dosificación exclusiva a cargo del profesional por sus múltiples efectos adversos.
- e.- Hipnóticos: benzodiacepinas (NC: Rohypnol, Primum, Trapax) Tienen vida media de 20 hs. en el adulto y 80 hs. en el anciano.
No benzodiacepinas: (NC: Somit, Durnit, Insomnium).
La duración de los efectos de estas drogas puede prolongarse provocando somnolencia diurna aun más si se agregan otros psicofármacos al desayuno. La obnubilación puede ser causa de caídas, pérdida de equilibrio, desubicación.
- f.- Laxantes: a-formadores de masa fecal: (vg.: agar, metilcelulosa, salvado, fibras); lubricantes: vaselina; glicerina (líquida o supositorios); irritantes por acción de contacto: (vg.: sen; cáscara sagrada; fenofaleína).
Es de buena práctica investigar la causa del estreñimiento en los ancianos, prescribiendo según la misma. La adopción de una dieta rica en fibras, vegetales y frutas, favorecen un tránsito intestinal regular. Se debe evitar el exceso de laxantes, especialmente los irritantes, ya que en general agravan un ciclo de estreñimiento- diarrea.
- g.- La medicación que el profesional indique en relación con el aparato cardiovascular o sistema nervioso, deberá ser escrupulosamente respetada. La observación de intolerancias no autoriza a cambios en la dosificación. Sólo el médico responsable debe hacerla: a quien hay que consultar precozmente.

5.- La geriatría tiene objetivos prioritarios

Los objetivos prioritarios de la geriatría comprenden:

- 1.- Valoración de todos los ancianos, sanos o enfermos en el área propuesta para conocer sus necesidades y proporcionarles asistencia integral sobre la base de las prioridades que se seleccionen.
- 2.- Movilización de los recursos posibles para mantener en familia o con independencia al mayor número de ancianos con calidad de vida digna.
- 3.- Hacer posible la asistencia a crónicos o minusválidos en forma continua, en su domicilio o en residencias con equipo multidisciplinario.
- 4.- Capacitar a profesionales y auxiliares de salud.
- 5.- Promover la investigación clínica y de gestión.

Los medios para cumplir esos objetivos son:

- 1.- Procurar la **adaptación** del anciano al medio y a las circunstancias en que vive.
- 2.- Actuar sobre el anciano sano en **promoción y protección** de su salud.
- 3.- Prevenir la enfermedad o la **cronicidad** de una enfermedad ya instalada.
- 4.- Actuar sobre el anciano enfermo en **forma integral** (orgánico, funcional, mental y social) para su recuperación y su rehabilitación.
- 5.- Abordar con **equipo multidisciplinario** (médico de familia, geriatra, especialistas de referencia, trabajador social, fisioterapeuta entre otros).
- 6.- **Coordinar el primer nivel de atención** con establecimientos de referencia para la rápida resolución de su asistencia.
- 7.- Organizar la **asistencia domiciliaria** para el diagnóstico, la prevención, seguimiento y contención ante procesos invalidantes.
- 8.- Valorar las **necesidades médico-sociales**.
- 9.- **Detectar precozmente** alteraciones físicas, mentales y sociales.
- 10.- Confeccionar en forma individualizada el **listado de problemas** con sus condicionantes médicos, de enfermería o sociales.
- 11.- Establecer un **plan de cuidados** con seguimiento.

6.- La Atención Primaria de la Salud es esencial en geriatría

“Para ser un organizador de cuidado geriátrico, (es preciso) un coordinador de recursos médico - sanitarios y sociales, un educador, un poco epidemiólogo, psicólogo, sociólogo y sobre todo un competente clínico”. (Brakleburst, 1975)

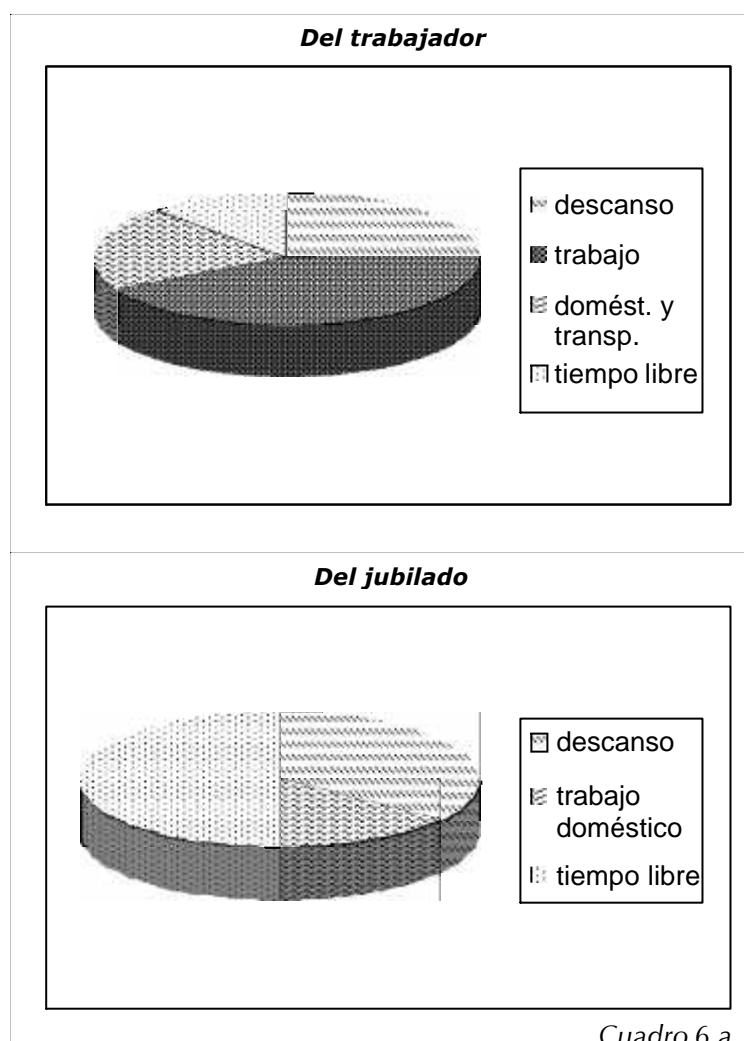
El ejercicio de la Atención Primaria requiere un conocimiento adecuado de la salud de la población, que detecte los problemas que surgen, estos denotan necesidades que en ocasiones no son percibidas o no demandadas. La comunidad misma es quien debe ser responsable de la respuesta, la selección de prioridades y la utilización de los recursos.

Se considera que los Médicos de Familia y Generales, actuando desde los Centros de Salud, llevan a cabo y solucionan el 95% de los problemas de los ancianos de su área; su responsabilidad abarca los ancianos sanos y enfermos y deben cumplir:

- 1- prevención primaria, secundaria y terciaria;
- 2- proveer inmunizaciones;
- 3- prevenir accidentes;
- 4- indicar regímenes de alimentación;
- 5- indicar acerca de hábitos: alcohol, tabaco;
- 6- observar la habituación a drogas y medicamentos;
- 7- controlar oído y vista;
- 8- localizar ancianos en riesgo por trastornos orgánicos, funcionales, mentales o sociales;
- 9- practicar controles periódicos;
- 10- dar seguimiento a los de alto riesgo;
- 11- intervenir en patologías agudas;
- 12- localizar ancianos con patologías crónicas: EPOC, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, diabetes y otras y darles seguimiento individualizado;
- 13- seleccionar y controlar tratamientos;
- 14- acompañar situaciones de duelo;
- 15- evitar el desacoplamiento social;
- 16- dar contenidos al tiempo de ocio;
- 17- promover la autoatención y los autocuidados;
- 18- referenciar con otros profesionales: geriatras, especialistas.

Los tiempos en la vida cotidiana de la Tercera Edad cambian respecto a los horarios de las personas en actividad, generando tiempo libre y ambivalencia [Cuadros 6.a y 6.b].

Relojes Vitales Diarios



Cuadro 6.a

Ambivalencia de significados del tiempo libre

Positivo	Negativo
Descanso - recuperación.	Tiempo a llenar.
Educación - cultura.	Consumismo.
Desarrollo personal - expresividad.	Dirigismo político.
Relaciones satisfactorias.	Relaciones conflictivas.
Condiciones de los sujetos	
Salud - autonomía personal.	Limitaciones físicas y psíquicas.
Personalidad positiva.	Personalidad negativa.
Intereses amplios.	Intereses restringidos.
Madurez activa.	Madurez frustrante.
Residencia céntrica.	Residencia aislada.
Status económico aceptable, pensión suficiente.	Bajo status económico, pensión insuficiente.

Cuadro 6.b

7.- La programación de la Atención Primaria de Salud en geriatría tiene sus fases

La actividad de los equipos de salud en relación con la atención geriátrica, debe ser programada. El diseño racional de un programa permite asignar tareas y responsabilidades, evaluar resultados y optimizar la utilización de los recursos. El programa debe resultar el organizador de un proceso

dinámico, que atienda a las variaciones que se producen en una comunidad en relación con circunstancias ambientales.

Las fases del programa son:

I.- Análisis de la comunidad a la que se dirige

- a. **Aspectos demográficos:** elaboración de la pirámide de población local (ver % mayores de 65 años). Analizar la esperanza de vida, el envejecimiento progresivo de la población y estimar las causas (aumento de longevidad, disminución de la natalidad o de la mortalidad infantil).
- b. **Niveles de salud:** estudio de los indicadores de morbilidad y de mortalidad para los distintos grupos de edades; la morbilidad específica en los mayores de 65 años, la presencia de patologías crónicas, de enfermedades predisponentes y su relación con problemas sociales y económicos.
- c. **Recursos de la comunidad:** estudiar su disponibilidad, organización, accesibilidad y grado de utilización.
- d. **Investigación de la calidad de vida de los mayores de 65 años:** se debe considerar que subjetivamente este grupo reclama por su funcionalidad: querer ver, oír o andar, y solicita permanentemente la consulta a las especialidades respectivas.

La incapacidad progresiva es la principal condicionante de la pérdida de la autonomía de la senilidad.

II.- Priorización de los problemas

Se considera que entre los 65 y los 74 años se debe actuar preponderantemente en la prevención de incapacidades físicas y psíquicas. A partir de los 75 años, las actividades de mayor peso se refieren a la prevención de accidentes, mantenimiento clínico-alimentario y de actividades con soporte social. Esto no significa estamentos rígidos o de masificación de las actividades. Cada geronte merece la individualización de su tratamiento en base a sus necesidades y requerimientos.

III.- Planificación y ejecución

El programa a aplicar definirá claramente los objetivos y metas. Se debe tener en cuenta que los resultados no siempre son de fácil evaluación, especialmente cuando se evalúa la satisfacción y la mejor calidad de vida.

La atención en el primer nivel de la demanda espontánea de los mayores de 65 años, permite la aplicación de las actividades programadas así como la aplicación de medidas preventivas. Hay programas para asistir algunas patologías que pueden al menos efectivizarse en la atención ambulatoria, en un primer nivel de atención: vacunación, control de hipertensión. Otras actividades preventivas pueden ser llevadas a cabo a partir de la asistencia por demanda.

Se pueden realizar las actividades:

- a.- **Prevención primaria y secundaria** que incluyen inmunización y detección sistemática de patologías asintomáticas [Cuadro 7.a].

Actividades preventivas en las personas de 65-74 años recomendadas

Prioridad	afección	Intervención	Periodicidad
A	Tétanos-difteria	Inmunización	cada 10 años
A	Gripe	Inmunización	Anual
B	Trastornos de audición	Anamnesis y examen clínico	En el transcurso de visitas por otros motivos
A	Hipertensión	Medición de la presión arterial	Cada 2 años
A	Caries -	Examen oral-consejo de higiene bucal	Anual
C	Periodontitis		
C	Cáncer oral	Investigación de sangre oculta en heces	Hasta una vez al año
B	Cáncer de colon		
C	Mala alimentación	Evaluación de las actividades físicas, sociales y psicológicas.	Cada 2 años
B	Incapacidad progresiva		
C	Hipotiroidismo	Examen clínico	Cada 2 años
B	Cáncer de piel	Examen y recomendaciones	Según criterio clínico
B	Cáncer de vejiga	Citología de la orina	Según criterio clínico
B	Cáncer de cuello uterino	PAP	Cada 5 años

(Canadian Task Force, modificado, en Salgado Alba, 1986)

Cuadro 7.a

- b.- **Atención de procesos crónicos:** corresponde al Centro de Salud o consultorio la citación periódica a fin de controlar los procesos crónicos, mejorar el estado actual y prevenir reagudizaciones o complicaciones. Se agrega el control adecuado de las invalideces y la asistencia de pacientes terminales. Se asigna al médico el control clínico, el diagnóstico de la patología y/o complicaciones, la definición de frecuencia de los controles, la indicación de enfermería para el cumplimiento del tratamiento y la educación sanitaria del enfermo y su familia y la intervención del trabajador social para evaluar los problemas sociales y económicos que condicionan la salud del paciente (equipo básico de salud).
- c.- **Atención domiciliaria programada** está destinada al grupo de población que por gravedad de sus dolencias, portación de sondas, con egresos hospitalarios recientes, en fases terminales, o con situaciones familiares permite esta modalidad asistencial. Deben actuar en conjunto el médico, enfermero y trabajador social para recuperar la autonomía, rehabilitar o bien dar asistencia a una muerte más digna. Está visto que este tipo de atención mejora la estancia del anciano en el hogar y reduce el número de reingresos hospitalarios.
- d.- La **programación de estas actividades** en domicilio, permitirá la inclusión de pacientes a su pedido, o a partir del establecimiento de internación previa.

IV.- Evaluación

Los instrumentos de la valoración física dependen del sistema orgánico. La capacidad funcional para la vida diaria se mide por los índices de Katz y de Barthel.

La evaluación en geriatría tiene características propias:

- En la Tercera Edad se produce una crisis de autoestima, la crisis de autoestima enraíza en el deterioro externo e interno, la pérdida del papel profesional-laboral, los estados de duelo y los cambios en la ubicación física de residencia. Contribuyen la seguridad económica, el uso del tiempo libre, el sentido existencial, la ubicación emocional, y afectiva. El mayor tiempo de ocio, peor si se vive poco estructurado o falta de recursos operativos o económicos, marca la necesidad de planificar ese ocio con objetivos funcionales. El tiempo debe ser creativo. Matar el tiempo es matar la esperanza de la utilidad (Banco Mundial, 2000:92).

- Otros indicadores son la capacidad para comprar, telefonar, cuidar de la casa, tomar medicamentos, manejar dinero, viajar, cocinar.
- Se agregan para evaluar la función mental: entrevistas, pruebas psicológicas, funcionamiento cognoscitivo y afectivo, para las funciones sociales, y otras a determinar por el equipo.
- La valoración de los resultados en las actividades programadas puede hacerse en relación al costo/beneficio, en la que se contraponen gastos en la intervención con beneficios en salud.
- Otra sería costo/efectividad en la que se estima la relación en base a la calidad de vida subjetiva lograda por el paciente y su familia.

8.- El hábitat de las personas de la tercera edad debe ser observado

Dependiendo del estatus social y considerando uno intermedio, el hábitat del anciano es el que ocupó la familia, de haberla tenido, con el progresivo vaciamiento de hijos y de uno de los cónyuges en caso de viudez. En el mejor de los casos se encuentra con un ámbito de tamaño excesivo que debe mantener o cambiar. Hay países que hacen trueques, dan primas de mudanza.

El segundo hábitat posible es la misma casa familiar o la incorporación a la de los hijos o parientes.

El tercero es el colectivo que debe cuidar la separación entre autoválidos y los dependientes, previendo el sistema de internación en otro ámbito del que enferma o pasa a ser dependiente y con trastornos mentales graves.

El hogar colectivo de ancianos válidos debe tender a un tamaño pequeño y disponer de ambientes de trabajo más que de recreación.

Hay variantes como las casas de día o clubes.

La construcción debe diseñarse para que amplíe al máximo la validez y reduzca los riesgos:

- puertas y pasillos de al menos 0,80 m para permitir el tránsito de personas con bastones o andadores.
- armarios de cocina en un solo plano y al alcance de la mano.
- baño equipado con W.C. con barras de apoyo y ducha con agarraderas amplias y libres.

9.- El estudio clínico y funcional en la TE está estandarizado

Se verán los parámetros de la consulta en las personas de TE [Cuadro 9.a]

La consulta habitual en el anciano

(el anciano - el cuidador - el ambiente - la medicación)
El examen físico funcional
La calidad de vida: capacidad funcional y de independencia
La esfera cognitiva: Minimental Test de Folstein- Set-Test; Clock Test.
La esfera emocional: depresión
La esfera social: 1- informal, 2- semiformal, 3- formal
La demencia

Cuadro 9.a

La evaluación de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) se realiza con los instrumentos estandarizados. Los principales son:

1. **Índice de Barthel.** Consta de diez ítems; cada uno mide la capacidad de independencia, y la continencia de esfínteres. La puntuación total va de 100 a 0, de máxima independencia a total dependencia respectivamente. Es fiable y sensible y permite

describir el estado funcional y la evolución en el tiempo. Se correlaciona con el juicio clínico [Cuadro 9.b].

Índice de Barthel. (ABVD)

ALIMENTACIÓN	
10	Independiente: capaz de usar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable.
5	Ayuda: necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, etc.
0	Dependiente
BAÑO	
5	Independiente: se baña completo en ducha o baño. Entra y sale del baño sin una persona presente
0	Dependiente
VESTIDO	
10	Independiente: se viste, se desnuda y ajusta la ropa, se ata los zapatos, se pone corset o prótesis si necesita.
5	Ayuda: necesita ayuda pero al menos la mitad de las tareas las realiza en tiempo razonable.
0	Dependiente
ASEO PERSONAL	
10	Independiente: se lava la cara, manos y dientes. Se afeita y maneja el enchufe si usa máquina eléctrica.
0	Dependiente
DEPOSICIÓN	
10	Continente: no presenta episodios de incontinencia. Si precisa enemas o supositorios se arregla solo.
5	Incontinente ocasional: episodios ocasionales. Necesita ayuda para usar enemas o supositorios
0	Incontinente
MICCIÓN	
10	Continente: no presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, atiende a su cuidado solo.
5	Incontinente ocasional: episodios ocasionales. Necesita ayuda en el uso de sonda o colector.
0	Incontinente
USO DEL RETRETE	
10	Independiente: usa retrete o cuña. Se sienta y se levanta solo o con barras. Se limpia. y se pone la ropa solo
5	Ayuda: necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse o ponerse y quitarse la ropa
0	Dependiente
TRASLADO SILLÓN-CAMA	
15	Independiente: no necesita ayuda. Si usa silla de ruedas lo hace independientemente
10	Mínima ayuda: necesita ayuda mínima o supervisión.
5	Gran ayuda: es capaz de sentarse pero necesita mucha asistencia para su traslado
0	Dependiente
DEAMBULACIÓN	
15	Independiente: camina al menos 50 m independientemente o con ayudas (bastón, andador)
10	Ayuda: puede caminar al menos 50 m pero necesita ayuda o supervisión.
5	Independiente en silla de ruedas: propulsa su silla de ruedas al menos 50 m.
0	Dependiente
ESCALERAS	
10	Independiente: sube o baja escaleras sin supervisión aunque use barandilla o instrumentos de apoyo.
5	Ayuda: necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar escaleras
0	Dependiente

Cuadro 9.b

2. **Índice de Katz de actividades de la vida diaria.** Valora la capacidad funcional para la vida diaria. Consta de seis ítems que se encuentran ordenados en relación con la pérdida y la recuperación de las capacidades. Clasifica a los pacientes en seis grupos (de la A a la G), desde la independencia máxima a la dependencia máxima [Cuadro 9.c].

Índice de Katz (ABVD)

LAVADO	
<input type="checkbox"/>	No recibe ayuda (entra y sale de la bañera por sí mismo si esta es su forma habitual de bañarse)
<input type="checkbox"/>	Recibe ayuda en la limpieza de sólo una parte del cuerpo (vg. espalda o piernas)
<input type="checkbox"/>	Recibe ayuda en el aseo de más de una parte de su cuerpo, o ayuda al entrar o salir de la bañera
VESTIDO	
<input type="checkbox"/>	Toma la ropa y se viste completamente, sin ayuda
<input type="checkbox"/>	Sin ayuda excepto para atarse los zapatos
<input type="checkbox"/>	Recibe ayuda para tomar la ropa o ponérsela o permanece parcialmente vestido
USO DEL RETRETE	
<input type="checkbox"/>	Va al retrete, se limpia y se ajusta la ropa sin ayuda (aunque use andador, bastón o silla de ruedas)
<input type="checkbox"/>	Puede usar orinal o bacinilla durante la noche, vaciándola por la mañana
<input type="checkbox"/>	Recibe ayuda para ir al retrete, limpiarse, o ajustarse la ropa o el uso nocturno del orinal
<input type="checkbox"/>	Necesita supervisión. Usa sonda vesical o es incontinente
MOVILIZACIÓN	
<input type="checkbox"/>	Entra y sale de la cama. Se sienta y se levanta sin ayuda, (puede usar bastón o andador)
<input type="checkbox"/>	Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta de la silla con ayuda
<input type="checkbox"/>	No se levanta de la cama
CONTINENCIA	
<input type="checkbox"/>	Controla completamente ambos esfínteres
<input type="checkbox"/>	Incontinencia esporádica
<input type="checkbox"/>	No se levanta de la cama
ALIMENTACIÓN	
<input type="checkbox"/>	Sin ayuda
<input type="checkbox"/>	Ayuda sólo para cortar la carne o untar el pan
<input type="checkbox"/>	Recibe ayuda para comer o es alimentado total o parcialmente usando sondas o líquidos intravenosos
<input type="checkbox"/>	Independiente
<input type="checkbox"/>	Dependiente

Cuadro 9.c

Valoración

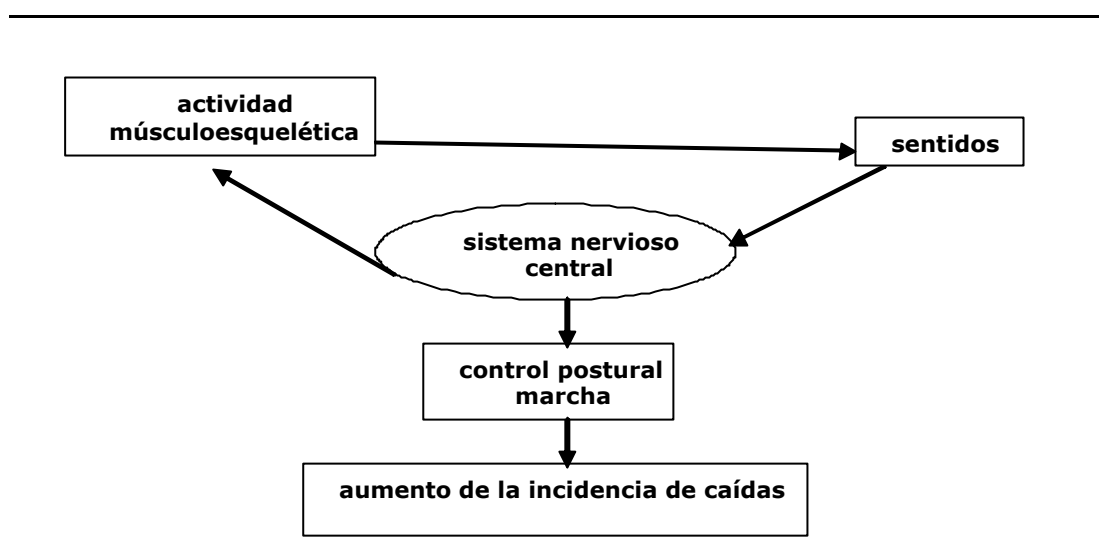
A- Independiente en todas las funciones
B- Independiente en todas, salvo en una de ellas
C- Independiente en todas, salvo lavado y otra más
D- Independiente en todas, salvo lavado, vestido y otra más
E- Independiente en todas, salvo lavado, vestido, uso del w. c. y otra más.
F- Independiente en todas, salvo lavado, vestido y otra más
D- Independiente en todas, salvo lavado, vestido, movilización y otra más
G- Dependiente en las seis funciones
Otras: Dependiente al menos en dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

Cuadro 9.d

10.- Las caídas en el anciano son un riesgo prioritario

Las caídas son comunes en la población anciana. Alrededor de 1/3 de los mayores de 65 años que viven en su domicilio sufren una caída anual. La frecuencia se incrementa en los mayores de 75 años a un 40%. La frecuencia de las caídas es mayor en las mujeres hasta los 75 años, para luego ser igual en ambos sexos. Los mecanismos involucrados en el mantenimiento del equilibrio se esquematizan en el cuadro 10.a.

Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Mecanismos de Equilibrio



Cuadro 10.a

El **95% de las caídas** ocurre durante las actividades habituales por **causas intrínsecas**:

1. enfermedades neurológicas: cerebrovascular, Parkinson, demencia, epilepsia, tumores, neuropatías periféricas.
2. enfermedades cardiovasculares: arritmias, hipotensión, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica.
3. enfermedades musculoesqueléticas: osteoartritis, gota, fracturas, lesiones de los ligamentos, osteoporosis.
4. enfermedades visuales, auditivas y del equilibrio.
5. enfermedades agudas: con deshidratación, fiebre, anemia y otras.
6. medicamentos: los principales medicamentos son aquellos que retardan la función cerebral y el control de la postura: hipnóticos, ansiolíticos, antidepresivos, analgésicos, vasodilatadores, hipotensores, antiarrítmicos, entre otros.

Se considera que la toma de más de 4 medicamentos constituye un factor de riesgo para las caídas.

7. hábitos tóxicos: especialmente alcohol.

Son causas extrínsecas:

1. Suelos deslizantes: encerados, mojados, con alfombras sin sujetar.
2. Cuarto de baño con falta de agarraderas o de alfombrillas antideslizantes o sanitarios de altura inadecuada.

3. Cocina, con objetos de uso colocados en lugares de difícil acceso. Banquetas o escaleras en malas condiciones.
4. Pasillos con muebles, mangueras, alargues o cables que obstruyen el paso.
5. Escaleras con pasamanos inadecuados o escalones en malas condiciones.
6. Iluminación escasa o ausente en distintos sectores; interruptores de luz con difícil acceso.
7. Ropa inadecuada, zapatos con baja adherencia, tacos o plataformas y mala sujeción.

Son consecuencias de las caídas:

a) Inmediatas:

1. Fracturas
2. Lesiones que requieren asistencia.
3. Hospitalización
4. Muerte
5. Permanencia prolongada en el suelo
6. Hipotermia; **constituye un importante problema de salud**; temperatura inferior a 35° por exposición prolongada al frío, (o por fármacos), con torpeza, letargo, bradicardia, hipotensión; con complicaciones muy frecuentes: infecciosas, cardíacas, arritmias de pronóstico muy comprometido. El paciente debe internarse.

b) Medianas y a largo plazo:

1. Síndrome postcaída: trauma psicológico, limitación de la movilidad, dependencia en las actividades de la vida diaria, sobreprotección familiar.
2. Institucionalización.

10.1.- Prevención de las caídas

a) Prevención primaria:

Nutrición adecuada. Promoción del ejercicio físico. Prevenir la osteoporosis. Eliminación de los riesgos medioambientales. Programas educativos.

b) Prevención secundaria:

Identificación de las causas de las caídas, limitación de las lesiones, rehabilitación, información al médico, evaluación clínica.

Para los **operados por artroplastía de cadera** debe insistirse en las siguientes normas:

- Puede: caminar y sentarse en sillas altas.
- No puede:
 - juntar las piernas.
 - cruzar las piernas.
 - flexionar las caderas más de 90°.
 - hacer rotaciones externas.
- Debe usar:
 - almohada entre piernas para dormir.
 - lo mismo para ponerse de costado.
 - vendas elásticas
 - cama de patas altas, colocando tacos de madera en las cuatro patas.
 - realce para el W. C.

11.- Los ancianos suelen ser víctimas de la violencia

La violencia y el maltrato en el adulto mayor, está lejos de ser un problema superado. Los ámbitos del maltrato son innumerables: el hogar, la vía pública, las entidades asilares, los efectores de salud. Todos estos escenarios, los cuales deberían respetar y contener al anciano, poseen focos de agresión que transforman en inviable la vida de muchos de nuestros viejos. La institución geriátrica no escapa a estos vicios. Aquí analizamos la situación y se formulan diversas propuestas preventivas.

Estamos ante un maltrato cuando éste causa un daño emocional, psicológico, físico, sexual y/o material al adulto mayor.

Puede decirse también que la violencia es una conducta destructiva, que por su intensidad y/o frecuencia suficiente, ocasiona sufrimientos, dolor y violación a los derechos humanos con merma en la calidad de vida de los ancianos involucrados.

12.- El maltrato en el adulto mayor se da en diversos ámbitos

Según los ámbitos en los que se produce el maltrato puede ser:

Doméstico: Se refiere al producido en el domicilio del anciano o en el de su cuidador y corresponde al causado por alguien que mantiene una relación especial con el maltratado (vg. cónyuge, hermano, hijo, cuidador).

Institucional: Aquí el maltrato se genera en el ámbito de lo institucional (vg. geriátricos, centros de día, hospitales, clínicas). Los responsables de este tipo de violencia son, por lo general, los miembros del equipo de salud a cuyo cargo están los ancianos. Los mismos poseen la obligación contractual y/o legal de proporcionar cuidados y protección de acuerdo a sus incumbencias. Aquí pueden verse comprometidos familiares y/o amigos por actitudes de abandono y/u omisión.

Automaltrato: esta figura alude a la conducta de los adultos mayores que amenaza su propia salud o seguridad, la cual, a menudo, es consecuencia de sus alteraciones psíquicas y físicas (vg. no alimentarse, omitir atención médica).

El maltrato institucional en los ancianos tiene diversas formas (Tatara, 1995):

Maltrato físico: uso no accidental de fuerza física la cual causa lesiones corporales, dolor o disfunción.

Maltrato sexual: contacto sexual de cualquier índole no voluntario con un adulto mayor institucionalizado.

Maltrato psicológico o emocional: infligir voluntariamente angustia mental o emocional por medio de amenazas, humillación, intimidación o conducta abusiva no verbal.

Abandono: cese intencionado o no en el cumplimiento de las obligaciones y tareas por parte de los miembros del equipo de salud gerontológico. Entre ellas brindar alimentación adecuada, compañía, ayuda en las actividades de la vida diaria (AVD), medicación, rehabilitación, recreación, y otros.

Explotación material o financiera: manipulación intencionada del anciano institucionalizado con el objetivo de obtener fondos, propiedades u otros recursos materiales o uso no autorizado de los mismos.

Hay, asimismo, situaciones de violencia encubiertas relacionadas con la salud y enfermedad en el adulto mayor, tales como:

- salud mental e internaciones psiquiátricas;
- iatrogenia terapéutica;
- desnutrición;
- deshidratación;
- traumatismos recurrentes.

13.- El maltrato puede prevenirse en el adulto mayor

Las propuestas principales de prevención pueden resumirse en las siguientes:

- 1.- Creación de organismos que vigilen y recepcionen denuncias de violencia, maltrato o abuso sobre los adultos mayores.
- 2.- Tratamiento y difusión de la problemática en foros nacionales e internacionales, a fin de lograr una toma de conciencia sobre esta cuestión.
- 3.- Promover desde las entidades dedicadas al bienestar de la población añosa (vg. Sociedades profesionales, ONGs, Universidades, Legislaturas), normativas tendientes a proteger las posibles víctimas y castigar a los abusadores.
- 4.- Capacitar a los miembros del equipo de salud gerontológico, a las familias y a la sociedad toda, a fin de detectar y prevenir las causales de la violencia y el maltrato en los ancianos.

Un hombre de cierta edad vino a la clínica donde trabajo para hacerse curar una herida en la mano. Tenía bastante prisa, y mientras se curaba le pregunté qué tenía que hacer. Me dijo que tenía que ir a una residencia de ancianos para desayunar con su mujer que vivía allí. Me contó que llevaba algún tiempo en ese lugar y que tenía un Alzheimer muy avanzado. Mientras acababa de vendar la herida, le pregunté si ella se alarmaría en caso de que el llegara tarde esa mañana. No, me dijo. Ella ya no sabe quién soy, hace ya casi cinco años que no me conoce. Entonces le pregunté extrañado. Y si no sabe quién es usted, ¿por qué esa necesidad de estar con ella todas las mañanas? Me sonrió y dándome una palmadita en la mano me dijo: “ella no sabe quién soy yo, pero yo todavía sé muy bien quién es ella”. Tuve que contenerme las lágrimas mientras salí y pensé: “Esa es la clase de amor que quiero para mi vida. El verdadero amor no se reduce a lo físico ni a lo romántico. El verdadero Amor es la aceptación de todo lo que el otro es, de lo que ha sido, de lo que será y de lo que ya no es...”

(citado por J. Kentenich¹)

Recuadro 1

Citas bibliográficas

- Banco Mundial. *En el umbral del siglo XXI*. Informe sobre el desarrollo mundial, 1999-2000. Mundiprensa, Madrid, 2000.
- Beauvoir, S. de, *La vejez*. Buenos Aires, Sudamericana, 1970.
- Beers, M. H. y Berrow, R., *El manual Merck de Diagnóstico y Tratamiento*. Madrid, Harcourt, décima edición, 1999.
- Bennett, J. C. y Plum, F., *Tratado de Medicina Interna de Cecil*. México, Mac Graw Hill, 1997, 20° edición.
- Brakleburst, J. C., *Tratado de Clínica Geriátrica y Gerontología*. Bs. As. Panamericana, 1975.
- Braunwald, E. y otros, *Principios de Medicina Interna de Harrison*. México, Mc Graw Hill, 15 edición, 2001. Cfr. 14 edición.
- Guardini, R., *La aceptación de uno mismo*. Madrid, Cristiandad, 1970.
- Jáuregui, R. y Estremero, J., *Epidemiología del envejecimiento poblacional*. En Rubinstein, A. y otros, *Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria*. Buenos Aires, Panamericana, 2001.
- Rozman, C., *Medicina Interna de Farreras* (fund. por Von Domarus). Barcelona, Dogma, 11° edición, 1988.
- Rubinstein, A. y otros, *Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria*. Buenos Aires, Panamericana, 2001.
- Salgado, Alba A. y col., *Tratado de Geriátrica y Asistencia Geriátrica*. Barcelona, Salvat, 1986.
- Tataru, T., *Maltrato de los Ancianos*. Washington DC, OPS, 1995.

¹ Sacerdote alemán fundador del movimiento apostólico del Shöenstatt.

CAPÍTULO 36

LAS VACUNAS

*Silvia Elena González Ayala**

-Contribución especial-

1.- Marco conceptual

Las vacunas son uno de los más importantes adelantos de la medicina en el siglo XX. Su uso permitió salvar millones de vidas y ha sido determinante de la disminución de la mortalidad infantil en el mundo.

En la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de Alma Ata (1975) se estableció la estrategia de atención primaria de la salud y se inició el desarrollo del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Éste comenzó en 1977 en Argentina y en 1978 entró en vigencia el primer Calendario Nacional de Vacunación que incluía las seis vacunas para la prevención de las enfermedades prevalentes: difteria, tos convulsa, tétanos, poliomielitis, sarampión y formas graves de tuberculosis (meningitis, diseminación miliar). Actualmente está vigente el Calendario Nacional 2003 con la modificación de 2005.

A comienzos de la década del '90 la Cumbre Mundial de la Infancia, estableció que debían fijarse políticas para desarrollar vacunas que: se administraran en 1-2 dosis a edades tempranas, pudieran combinarse, tuvieran mayor termoestabilidad, alta eficacia ($\geq 90\%$) y accesibilidad económica.

La vacunación es un derecho y debe ser una realidad alcanzable a través de la responsabilidad y el compromiso político, de los subsectores salud y educación así como también social. La inversión en vacunas es una de las mejores inversiones sociales que el gobierno realiza en función del costo per capita.

La estrategia de vacunación universal (acceso gratuito a las vacunas para la población blanco) permite en sucesivas etapas el control, la eliminación y la erradicación de algunas enfermedades.

El éxito del PAI depende del subsector salud en lo referente a la accesibilidad (ubicación geográfica del Centro de Vacunación, horario de atención), la participación, capacitación y responsabilidad del equipo, la provisión permanente de los insumos, las facilidades de administración (deben evitarse los horarios limitados de atención/días diferentes según vacuna, minimizar/evitar el tiempo de espera, personal capacitado que brinde atención de calidad) y de la comunidad (información/educación, conciencia social, sensibilidad comunitaria).

2.- Indicaciones de las vacunas

Las **recomendaciones de uso** de las vacunas se basan en los criterios:

- inmunológico (respuesta óptima)
- epidemiológico (protección del grupo más vulnerable/expuesto)
- operativo (factibilidad)

* Profesora Titular de Infectología (FCM-UNLP). Jefe de Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital de Niños «Sup. Sor María Ludovica» (La Plata).

La **indicación** de la vacunación tiene por finalidad:

- la protección individual contra la enfermedad
- es un componente de la inmunidad de grupo o comunitaria que, ya desde cuando alcanza valores medianos ($\geq 80\%$) constituye una barrera eficiente para evitar la difusión de una enfermedad transmisible inmunoprevenible en la comunidad
- es un medio eficaz para inmunizar contra agentes causales cuya fase extrahumana no es accesible a los métodos de saneamiento (por ejemplo, tétanos, fiebre amarilla selvática).

La administración de una vacuna implica **beneficio** que se expresa por protección total o parcial contra la enfermedad y un **riesgo** bajo de reacción adversa o colateral.

La indicación de la vacuna con estrategia universal/individual está determinada por el **balance costo** (directo [precio unitario de la vacuna + cadena de frío y transporte + administración + atención efecto adverso + capacitación + difusión])/ **beneficio** (dinero ahorrado directo [honorarios consulta médica + costo de internación + costo de medicamentos + muerte], dinero ahorrado indirecto [lucro cesante de un familiar + transporte], costos intangibles [dolor, sufrimiento del paciente y familiar(es), eficacia de la vacuna/ **riesgo** (enfermedad endémica, epidémica).

3.- Calendario nacional de vacunación

El Calendario Nacional de Vacunaciones fue modificado en 1984, 1997 (inclusión de las vacunas: conjugada de *Haemophilus influenzae b*, rubéola y parotiditis), 2000 (incorporación de la vacuna hepatitis B [HB] para los recién nacidos), 2003 (inclusión de las estrategias para la vacunación de los adolescentes –11 años– y puérperas/postaborto) y 2005 (vacuna hepatitis A) [Cuadro 3.a].

Calendario Nacional de Vacunaciones vigente								
EDAD	BCG	CUADR BACT (DTP-Hib)	TRIP BACT (DPT)	SABIN (OPV)	TRIP VIR (SRP)	HEP A	DOBLE BACT (dT _a)	HEP B (HVB)
Recién nacido	1° (antes del egr de la Mat)							1° * (dentro prim 12 hs de vida)
2 mes		1°		1°				2°
4 mes		2°		2°				
6 mes		3°		3°				3°
12 mes					1°	1° +		
18 mes		4°		4°				
5-6 años	2°		1°	5°	2°			
11 años					Refuerzo ++			3 dosis **
16 años							1°	
Cada 10 años (toda la vida)							Refuerzo	

Bact: Bacteriana; Hep: Hepatitis; Trip: Triple; Vir. Viral; Egr: Egreso; Mat: Maternidad; Prim: Primeras.
 * HVB: el recién nacido prematuro con peso menor de 2000 g debe recibir la dosis neonatal (dentro de las 12 horas de vida) y 3 dosis más: a los 2, 4 y 6 meses.
 ** HVB: La vacuna se incluyó en el Calendario Nacional a partir del 1 noviembre 2000 para todos los recién nacidos; por ello se vacuna al inicio de la adolescencia con el esquema clásico (0, 30 y 180 días)
 + HAV: La vacuna fue incluida a partir mayo 2005 para todos los niños que cumplan 1 año desde el 01 enero 2005
 ++ SRP: Debido a que esta vacuna se comenzó a aplicar el 1 octubre 1997, los niños vacunados al ingreso escolar reciben la segunda dosis al comenzar la adolescencia

Cuadro 3.a

Embarazadas: aplicar vacuna dTa a partir del 2º trimestre de embarazo; 1º, 2º dosis o refuerzo según corresponda y luego cada 10 años. En caso de no contar con vacuna dTa, aplicar la antitetánica.

Puérperas y postaborto: administrar vacuna doble viral (sarampión-rubéola) antes del egreso del establecimiento asistencial.

Personal de salud: debe tener el Calendario de Vacunación completo de rutina (dT, HB, antisarampionosa o preferentemente triple viral y vacuna antigripal anual).

Según:

- susceptibilidad individual (Ig G específica negativa) deberá ser vacunado con vacuna varicela, hepatitis A
- condición o enfermedad de base si no había sido vacunado previamente con vacuna neumocócica polisacárida 23 valente, vacuna meningocócica bivalente AC, vacuna conjugada de *H. influenzae b*
- riesgo de exposición (personal de los Centros Antirrábicos, laboratorios en los que se trabaja con virus de la rabia, trabajo en campo por control de foco, vacuna antirrábica; trabajo en campo en área endemoepidémica –fiebre amarilla, enfermedad meningocócica– etcétera)

4.- Calendario de vacunación interrumpido

Cuando se interrumpe el cronograma de administración de cualquier vacuna, se continuará con las dosis faltantes sin considerar el tiempo transcurrido desde la última dosis. No es necesario reiniciar el esquema en circunstancia alguna.

Se destaca la importancia de no demorar el cumplimiento pues al cabo de 10-14 días de la serie primaria se logra la inmunidad en $\geq 90\%$.

Contrariamente, la administración de una dosis de una vacuna en un intervalo menor del recomendado podría disminuir la calidad de la respuesta inmunitaria y, por lo tanto, no debería ser considerada como válida [Cuadro 4.a].

Edad mínima para iniciar la vacunación y los intervalos mínimos entre dosis de una misma vacuna				
Vacuna	Edad mínima para la primera dosis	Intervalo mínimo entre		
		1º y 2º dosis	2º y 3º dosis	3º y 4º dosis
DTP, dT, T, DTPa	6 semanas	1 mes	1 mes	6 meses
Hib, IPV	6 semanas	1 mes	1 mes	6 meses
DTP-Hib	6 semanas	1 mes	1 mes	6 meses*
DTPa-Hib	6 semanas	1 mes	1 mes	6 meses
DTP-Hib-IPV	6 semanas	1 mes	1 mes	6 meses
DTPa-Hib-IPV	6 semanas	1 mes	1 mes	6 meses
OPV	6 semanas	6 semanas	6 semanas	6 meses
Triple viral	12 meses**	1 mes	--	--
Hepatitis B	nacimiento	1 mes	2 meses***	--

* La dosis de refuerzo de vacuna anti-Haemophilus influenzae b que sigue a la serie primaria debe ser administrada no antes de los 12 meses de edad y, por lo menos, 2 meses después de la dosis previa.

** La vacuna antisarampionosa puede administrarse a partir de los 6 meses de vida intraepidemia según recomendación de la autoridad sanitaria.

*** El intervalo mínimo entre la 1º y 3º dosis es de 4 meses. La 3º dosis no debe aplicarse antes de los 6 meses de vida, para que tenga efecto de refuerzo.

Cuadro 4.a

5.- Otras vacunas

1. **Vacuna antigripal o influenza** se aconseja en los niños de 6 meses a 23 meses. Debe estar constituida por las cepas correspondientes al hemisferio y la temporada (noviembre-febrero en el Hemisferio Norte y abril-setiembre en el Sur) según lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Los niños de 6 meses-8 años no vacunados previamente deben recibir dos dosis con un intervalo de 4-6 semanas entre cada una. Confiere inmunidad a partir de la segunda semana. En el cuadro 5.a se presentan las dosis según grupo de edad.

Vacunación antigripal, dosis y número según grupo de edad

Edad	Dosis (mL)	Nº dosis
6-35 meses	0,25	1 ó 2
3-8 años	0,50	1 ó 2
> 9 años	0,50	1

Cuadro 5.a

2. **Vacunas quíntuple (DTP-Hib-HB, DTP-Hib-IPV), séxtuple (DTP-Hib-HB-IPV):**
Tienen como ventaja la administración de varios antígenos en una sola inyección lo cual simplifica la administración y disminuye el sufrimiento. La desventaja es el acceso limitado por los costos. Se utilizan en forma personalizada a partir de los 2 meses de edad. El Calendario de administración es similar al de la vacuna cuádruple (DTP-Hib) para la serie primaria.
La vacuna quíntuple (DTP-Hib-HB) está incluida en el Calendario Nacional de vacunación de numerosos países, incluidos algunos latinoamericanos.
3. **Vacuna neumocócica conjugada heptavalente:**
Preparada con los serotipos 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F, 23F conjugados a proteína diftérica CRM₁₉₇) contiene los serotipos prevalentes en el hemisferio norte (88% de los casos de bacteriemia y 82% de los casos de meningitis). Se administra por vía intramuscular en dosis de 0,5 mL. En Argentina la cobertura por serotipos es de alrededor del 70%.
Se utiliza a partir de las 6 semanas de vida. La administración se realiza en una serie primaria de tres dosis con 60 días de intervalo entre cada una (2, 4 y 6 meses) con un refuerzo entre los 12-15 meses. Si se iniciara la vacunación a partir de los 12 meses de edad, se aplicará una serie de dos dosis con 60 días de intervalo entre cada una. A partir de los 24 meses en el niño inmunocompetente se administra una sola dosis y en el inmunocomprometido dos dosis.
Ha sido incluida en el Calendario de Vacunación de los Estados Unidos, Luxemburgo, Austria, Bélgica, Holanda, Grecia e Italia.
Está disponible en el subsector privado desde noviembre 2000 en nuestro país, se aplica con indicación individual. Se recomienda en los < 2 años con los factores de riesgo para la enfermedad invasiva neumocócica (disfunción esplénica, cardiopatías congénitas, insuficiencia renal crónica, síndrome nefrótico, leucemia y linfoma, enfermedad pulmonar crónica, cirrosis hepática, diabetes y SIDA).
4. **Vacuna meningocócica C conjugada:**
Se utiliza a partir de las 6 semanas de vida. La administración está indicada en una serie primaria de tres dosis con 60 días de intervalo entre cada una (2, 4 y 6 meses) con un refuerzo entre los 12-15 meses. Si se iniciara la vacunación a partir de los 12 meses de edad, se aplicará una dosis.
Ha sido incluida en el Calendario de Vacunación del Reino Unido, España y Australia.

Está disponible en el subsector privado desde 2002 en nuestro país y se aplica con indicación individual.

5. **Vacuna varicela:**

Se administra en una dosis a partir de los 12 meses de edad hasta los 13 años. En los ≥ 13 años debe aplicarse en dos dosis con 60 días de intervalo entre una y otra.

Fue incorporada en el Calendario Nacional de Vacunación de Japón, Estados Unidos, Uruguay.

Está disponible en el subsector privado desde 1997; en nuestro país, se aplica con indicación individual.

6. **Vacuna hepatitis A B:**

Se administra a partir de los 12 meses de edad. El cronograma de administración incluye tres dosis con intervalo de 1 mes entre la primera y segunda y de 5 meses para la tercera dosis. Está disponible en dos presentaciones, pediátrica y adultos.

7. **Vacuna rotavirus:**

Tiene indicación de uso a partir de las seis semanas de edad y hasta los 6 meses. Hay dos formulaciones disponibles: cepa de origen humano viva atenuada y recombinante.

La primera se administra en dos dosis, a los 2 y 4 meses; el intervalo mínimo es de cuatro semanas entre una y otra dosis. Ha sido incluida a partir del 2006 en los Calendarios Nacionales de Vacunación de Brasil, Panamá y Venezuela.

La vacuna recombinante bovina pentavalente requiere un esquema de tres dosis (intervalo 4-10 semanas).

La eficacia es $\geq 90\%$ para la prevención de la diarrea grave producida por rotavirus.

8. **Vacuna dTpa**

Tiene indicación de uso en adolescentes y adultos. Ha sido incluida en los Calendarios Nacionales de Alemania, Francia y Canadá aunque con diferencias en la edad de administración de la primera dosis en la adolescencia.

Están disponibles otras vacunas que se administran en situaciones especiales (viajeros, epidemia –vacuna meningocócicas polisacárida AC, ACW135Y, meningocócica C conjugada–, profilaxis pre/post exposición –antirrábica–).

6.- Vacunación del huésped inmunocomprometido

Cada paciente debe ser evaluado en forma individual por el médico tratante quien realizará la indicación personalizada de las vacunas. Se tendrán en cuenta: la enfermedad de base, el tratamiento inmunodepresor recibido/tiempo transcurrido desde su suspensión, etcétera.

Los pacientes con déficit inmunológico congénito o adquirido (tumor sólido/líquido, tratamiento inmunosupresor –corticoides, quimio/radioterapia–, HIV/SIDA, etcétera.) requieren indicaciones especiales. En general, no deben recibir vacunas bacterianas o virales vivas.

Las vacunas inactivadas son seguras para usar en estos pacientes. Sin embargo se debe tener en cuenta que la respuesta a la vacuna puede ser escasa.

Las vacunas para los huéspedes especiales también son provistas gratuitamente por el Programa Nacional de Vacunación (ejemplo: vacuna poliomiéltica inactivada [Salk], vacuna conjugada de *H. influenzae b*, vacuna neumocócica 23 valente).

Bibliografía consultada

- Andre, F., Van Damme, F., Safari, A., Banatvala, J., *Inactivated hepatitis A vaccine: immunogenicity, efficacy, safety and review of oficial recommendations for use*. Expert Rev Vaccines 2002; tomo 1, volumen 1, p. 9-23.
- Bilukha, O., Rosenstein, N., *Prevention and control of meningococcal disease. Recommendations of the Advisory Committee on Immunizations Practices (ACIP)*. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2005; 54 (RR-7): 1-21.
- Campins-Martí, M., Cheng, H. K., Forsyth, K., Guisp, N., Halperin, S., Huang, L. M., Mertsola, J., Oselka, G., Ward, J., Wirsing von Konig, C. H., Zepp, F., *Recommendations are needed for adolescent and adult pertussis immunization: rationale and strategies for consideration*. Vaccine 2001; 20 (5-6):641-646.
- Centers for Disease Control and prevention. Preventing pneumococcal disease among infant and young children: recommendation of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2000; 49 (RR-9):1-35.
- Committee on Infectious Diseases. Active and passive immunization. En *Red Book, Report of the Committee on Infectious Diseases, Section 1, 26th edition*, Elk Grove, 2003:1-98.
- Fletcher, M. A., Fabre, P., Debois, H., Saliou, P., *Vaccines administered simultaneously: directions for new combination vaccines based on historical review of the literature*. Int J Infect Dis 2004; tomo 8, volumen 6, p. 328-338.
- Gentile, A. S., Urrusuno, J. L., Bonvehi, P., y otros, *Normas Nacionales de Vacunación 2003/2004*. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación, Representación OPS/OMS Argentina, 2004, p. 11-246.
- González Ayala, S. E., Cecchini, E., "Inmunizaciones", en Morano, J., Spizzirri, F., Rentería, M., *Tratado de Pediatría*. Capítulo 58, tercera edición, Buenos Aires, Atlante, 2004, p. 599-606.
- Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. Resolución 653/2005.
- Salleras Sanmartí, L., *Concepto, clasificación y características generales de las vacunas*. En Vacunaciones preventivas, principios y aplicaciones de Salleras Sanmartí L, Masson, Barcelona, 1998:3-14.
- Santos, J. I., *Prospects for a new rotavirus vaccine*. Pediatr Infect Dis J 2004; 23 (10, Suppl):S147-S182.
- Takahashi, M. Effectiveness of varicella vaccine. Expert Opin Biol Ther 2004; 4 (2):199-216.
- Tregnaghi, M., Ceballos, A., de Aristegui, J., y otros, *Manual de Vacunas en Pediatría*. Tercera edición Latinoamericana, 2005, p. 1-620.
- Vega, M. E., *Vacunas, niños, adolescentes y adultos*. segunda edición, Buenos Aires, edición del autor, 1997, p. 11-256.
- Verzeri, L. N., González Ayala, S. E., Florián, A., *Taller sobre planificación, administración y evaluación, Programa Control Enfermedades Inmunoprevenibles*. Dirección Provincial Medicina Preventiva, Ministerio Salud, Provincia Buenos Aires, 1996.
- Watson, J. C., Peter, G., "General immunization practices", en *Vaccines de Plotkin SA, Orenstein WA*, tercera edición, WB Saunders Co, Philadelphia, 1998, p. 47-73.

CAPÍTULO 37

PROFILAXIS EN VIAJEROS

*Silvia Elena González Ayala**

-Contribución especial-

1.- Introducción

Los viajeros internacionales son varios millones por año y los niños han sido estimados en alrededor de dos millones. Tienen necesidades especiales y susceptibilidad/vulnerabilidad que deben ser consideradas de manera individual según sus antecedentes y lugar de destino.

La globalización implica el riesgo de la reintroducción por un viajero/inmigrante de enfermedades eliminadas en un área (por ejemplo: sarampión, poliomielitis).

La consulta oportuna previa al viaje debe realizarse a 4-8 semanas de la fecha de partida.

Se deberá: 1- indicar el cumplimiento del Calendario Nacional de Vacunaciones, vacunas especiales según situación de la persona/destino; 2- quimioprofilaxis (según destino –paludismo, leptospirosis–); 3- recomendar las medidas de prevención para evitar la ocurrencia de las enfermedades transmitidas por agua y alimentos; 4- indicar las medidas de protección ante la exposición a vectores (mosquitos –dengue, encefalitis equina, encefalitis de San Luis, encefalitis del oeste del Nilo, etcétera–, moscas –leishmaniasis–, pulgas –peste–, roedores –hantavirus, virus Junín, etcetera–).

2.- Vacunación

El cumplimiento del Calendario Nacional de Vacunación para el niño/adolescente/adulto sano o con situaciones especiales es requisito indispensable previo a la consideración y recomendación de otras vacunas según el lugar de destino.

Las vacunas recomendadas varían según: factores propios (estado de salud, vacunas recibidas, contraindicaciones, tiempo disponible para completar esquemas, tipo de viaje y destino) y relacionados con el medio ambiente (vacunaciones requeridas, riesgo de adquirir otras enfermedades inmunoprevenibles área urbana/rural, duración de la estadía, riesgo de exposición por ejemplo, época del año, actividades al aire libre –ciclismo, equitación, etc.–, exposición nocturna a insectos y otros animales, contacto con población nativa).

2.1.- Vacunas del Calendario Nacional 2003/5

En el cuadro 2.1 se presenta el Calendario Nacional de Vacunación vigente desde mayo 2005.

La vacuna hepatitis A fue incorporada a partir de mayo 2005 para todos los nacidos desde el 1 enero 2004, con una dosis única a los 12 meses. Sin embargo, debe administrarse en dos dosis, separadas por 6-12 meses.

* Ibidem, capítulo 36.

Calendario Nacional de Vacunaciones 2005

Edad	BCG	HB	DTP-Hib	OPV	SRP	HA	DTP	dT
<12 horas		1° dosis						
<2 días y >2000 g	1° dosis							
2 meses			1° dosis	1° dosis				
4 meses		2° dosis	2° dosis	2° dosis				
6 meses		3° dosis	3° dosis	3° dosis				
12 meses					1° dosis	Única Dosis		
18 meses			4° dosis	4° dosis				
5-6 años	2° dosis			5° dosis	2° dosis		1° dosis	
11 años		3° dosis (0,30 y 180 días)			Única dosis			
16 años								1° dosis

BCG: vacuna Bacilo Calmette Guérin (70% eficacia prevención formas graves de tuberculosis);
HB: hepatitis B. En el prematuro, el calendario de vacunación es de cuatro dosis, la primera dentro de las 12 horas de vida y a los 2, 4 y 6 meses; **DTP-Hib:** vacuna cuádruple bacteriana, toxoides diftérico y tetánico, pertussis de células enteras, vacuna conjugada de H. influenzae b; **OPV:** vacuna oral viva atenuada trivalente poliomiéltica; **SRP:** vacuna triple viral viva atenuada (sarampión, rubéola, parotiditis).
HA: vacuna inactivada hepatitis A; **DTP:** vacuna triple bacteriana, toxoides diftérico y tetánico, pertussis de células enteras; **dT:** vacuna doble bacteriana, toxoides diftérico y tetánico.

Cuadro 2.1

2.2.- Vacunas recomendadas para sanos susceptibles/edad

1. **Mayores de 6 semanas:** vacuna conjugada neumocócica heptavalente; vacuna rotavirus.
2. **Mayores de 6 meses:** vacuna antigripal. debe estar constituida por las cepas correspondientes al hemisferio y la temporada (noviembre-febrero en el hemisferio norte y abril-setiembre en el sur) según lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS).
3. **Mayores de 12 meses:** vacuna dt, triple viral, varicela, hepatitis A, hepatitis B.

2.3.- Vacunas recomendadas para viajes internacionales

Las vacunas recomendadas para los viajes internacionales son para la prevención de la hepatitis A, hepatitis B, fiebre tifoidea, rabia, fiebre amarilla, enfermedad invasiva meningocócica, encefalitis japonesa. La utilización de cada una de ellas tiene indicaciones precisas fundamentadas en la situación epidemiológica en la zona a visitar y la edad del turista.

En cuadro 2.3 se presentan las vacunas recomendadas a los viajeros según región.

Vacunas recomendadas según región de destino

Región	Vacunas recomendadas
México y América central	Hepatitis A- Hepatitis B- Fiebre amarilla*- Fiebre tifoidea- Rabia
América tropical y subtropical	Hepatitis A- Hepatitis B- Fiebre amarilla- Fiebre tifoidea- Rabia
América del Sur templada	Hepatitis A- Hepatitis B- Fiebre amarilla**- Fiebre tifoidea- Rabia
Norte y sur de África	Hepatitis A- Hepatitis B- Fiebre tifoidea- Rabia
África central, este y oeste	Hepatitis A- Hepatitis B- Fiebre amarilla***- Meningocócica- Fiebre tifoidea- Rabia
Europa occidental, meridional y del este	Hepatitis A- Hepatitis B
Europa centro y este (zonas boscosas)	Hepatitis A- Hepatitis B- Encefalitis centroeuropea
Medio Oriente	Hepatitis A- Hepatitis B- Fiebre tifoidea- Rabia
Norte de Asia	Hepatitis A- Hepatitis B- Fiebre tifoidea- Rabia
Este, sur y sureste de Asia	Hepatitis A- Hepatitis B- Encefalitis japonesa- Fiebre tifoidea- Rabia
Pacífico Sur y Oceanía (excluye Australia y Nueva Zelanda)	Hepatitis A- Hepatitis B- Encefalitis japonesa

* Panamá; ** Norte de Argentina; *** Algunos países del este y oeste de África

Cuadro 2.3

2.3.1.- Hepatitis A

La vacuna está indicada en susceptibles (IgG anti HAV negativo) que viajan a áreas endemoepidémicas (América Central y del Sur, África, Medio Oriente, Asia, Europa, Oceanía) en las que la incidencia de Hepatitis A > 10/100.000.

También se cuenta con una vacuna combinada hepatitis A-B en las formas de presentación pediátrica y de adultos. Se administra a partir de los 12 meses en tres dosis, 0, 30 y 180 días.

La vacuna puede ser aplicada con gammaglobulina estándar. Si bien la respuesta de los anticuerpos puede estar levemente reducida, este efecto es dependiente de la dosis de gammaglobulina. Ante la necesidad de una protección rápida (antes de las dos semanas) se aplicará la vacuna + la gammaglobulina polivalente a la dosis mínima de 0,02 mL/kg. La concentración máxima de anticuerpos séricos se logra 48-72 horas después de la administración de gammaglobulina. En cuadro 2.3.1 se presentan las recomendaciones de uso como profilaxis preexposición en los viajeros.

Profilaxis pasiva preexposición de la infección por HAV para los viajeros

Edad	Exposición probable	Profilaxis recomendada
< 1 año	< 3 meses	Ig 0,02 mL/kg
	3-5 meses	Ig 0,06 mL/kg
	Prolongada	Ig 0,06 mL/kg a la partida y cada 5 meses
≥ 1 año		Vacuna HAV + Ig 0,02 mL/kg

Cuadro 2.3.1

2.3.2.- Fiebre tifoidea

a.- Vacuna oral viva atenuada

Está indicada en los > 6 años de edad para los viajeros a regiones donde la fiebre tifoidea es endémica: América del Sur, África, Medio Oriente, Europa del Este, norte y sur de Asia.

Se administra una cápsula oral con cubierta entérica, en cuatro dosis, días 0, 2, 4, 6. Debe completarse el esquema de vacunación como mínimo una semana previa al ingreso al área endemoepidémica.

La duración de la inmunidad se estima en 3-4 años y la eficacia del 50-80%. Está contraindicada en los niños/adolescentes inmunocomprometidos. Debe evitarse la administración de antibióticos, quimioterápicos, cloroquina o mefloquina pues inhiben la cepa vacunal. Se suspenderán por lo menos 24 horas antes y después de su aplicación.

b.- Vacuna parenteral de polisacárido Vi

Está preparada con el polisacárido capsular Vi, purificado de Salmonella Typhi. Se administra por vía intramuscular en dosis de 0,5 ml que contiene 25 ug de polisacárido capsular Vi (MRTyphim Vi, Sanofi Pasteur). Está indicada en los mayores de 2 años de edad para los viajeros a zonas endémicas y como mínimo dos semanas antes de la exposición.

La duración mínima de la inmunidad es de 2 años y la eficacia clínica de 55-74%.

2.3.3.- Fiebre amarilla

Es una suspensión liofilizada de virus vivos atenuados (cepa 17D). Es la única vacuna de Reglamentación Internacional (certificado de la Organización Mundial de la Salud [OMS]) que se indica a partir de 9 meses de edad a los viajeros que ingresan a zonas endémicas o epidémicas: áreas tropicales y subtropicales de América del Sur, África Central (Sudán, Chad, Camerún, Guinea Ecuatorial, Gabon, República Democrática del Congo, República Centro Africana, Angola, Zambia), algunos países de África Occidental y del Este.

Los lactantes de 6-8 meses podrían ser vacunados si deben viajar a un área con una epidemia en curso y no se puede asegurar un alto nivel de protección contra la picadura de mosquito. Se aplica en dosis de 0,5 mL por vía subcutánea o intramuscular.

La eficacia es mayor al 95% y la inmunidad es duradera. Sin embargo, el Reglamento Sanitario Internacional, exige la revacunación cada 10 años en caso de viaje a zona endémica o epidémica.

Está contraindicada en los niños menores de 6 meses de vida (se debe firmemente desaconsejar el viaje), antecedente de reacción anafiláctica al consumo de huevos y derivados, inmunocomprometidos y gestantes antes del sexto mes.

Puede administrarse simultáneamente con cualquier vacuna (incluso con otras vacunas virales vivas atenuadas) si son aplicadas en sitios diferentes. La única excepción es la vacuna inactivada contra el cólera, que no se debe administrar simultáneamente con la vacuna antiamarilica sino con un intervalo mínimo de 3 semanas.

Si la vacuna antiamarilica no se aplica simultáneamente con las vacunas inyectables de virus vivos atenuados se aplicarán con un intervalo mínimo de 4 semanas.

2.3.4.- Rabia

La profilaxis pre-exposición está indicada a niños/adolescentes con alto riesgo de exposición para contraer la enfermedad. En el caso de los viajeros, la práctica del turismo aventura, turismo ecológico, permanencia en áreas rurales/selváticas, contacto con animales silvestres (murciélagos, zorros, mapaches, llamas, etc.), domésticos no vacunados (gatos, perros u otras especies con riesgo de tener rabia), animales abandonados (perros cimarrones, jaurías urbanas/suburbanas). Es importante, en especial si pudieran ocurrir situaciones de exposición inaparente (visita/exploración de cavernas, por ejemplo) o en aquéllas en las que hubiera dificultades en la accesibilidad a la profilaxis postexposición.

Las áreas endemo-epidémicas de rabia son: América del Sur (excepto Chile y Uruguay), África, Medio Oriente, Este y Sur de Asia.

Las vacunas antirrábicas de uso humano emplean como agente inmunizante el virus rábico inactivado. Se requieren títulos de anticuerpos específicos **mayores a 0,5 UI/mL** para la prevención de la enfermedad.

Esta vacuna puede administrarse simultáneamente con cualquiera de las vacunas actualmente en uso, pero deben ser aplicadas en sitios diferentes.

a.- Vacuna preparada en tejido nervioso o Fuenzalida -Palacios

Se administra por vía subcutánea, preferentemente en la región deltoidea o la interescapular. Se debe rotar el sitio de inoculación.

El esquema de profilaxis de pre-exposición es de cuatro dosis aplicadas los días 0, 7, 28 y 90 días. Un esquema abreviado aplica las dosis los días 0, 2, 4 y un refuerzo el día 10 después de la última dosis.

b.- Vacuna en células Vero

Se administra por vía intramuscular, en la región deltoidea. El esquema para la profilaxis pre-exposición es de tres dosis los días 0, 7 y 21 o 28. A los 7 días hay anticuerpos detectables y a los 14 días del inicio de la serie se obtiene el 100 % de seroconversión.

c.- Vacuna preparada en embrión de pato

Se administra por vía intramuscular en la región deltoidea. Para la profilaxis pre-exposición se administran tres dosis los días 0, 7 y 21 o 28. Se obtiene el 100 % de seroconversión luego de 14 días de iniciado el tratamiento.

En toda nueva exposición que se produzca luego de un año se debería realizar serología para determinar el nivel de anticuerpos mientras se coloca simultáneamente 1 dosis; según el título de anticuerpos obtenido se aplicarán las dosis necesarias hasta alcanzar un nivel de 0,5 UI/mL que previene la enfermedad.

2.3.5.- Enfermedad invasiva meningocócica

a.- Vacunas polisacáridas AC y ACW135Y

Estas vacunas son eficaces a partir de los 2 años de edad. La vacuna A lo es desde los 3 meses y los componentes W135 e Y desde los 6 meses. Se administran en una dosis única por vía intramuscular (región deltoidea). El pico de anticuerpos se alcanza a las 2-4 semanas. La seroconversión es mayor al 90% para la vacuna AC.

Las áreas hiperendémicas o epidémicas son África Central (cinturón de la meningitis en el subSahara) y potencialmente otros de Europa y América Latina según la situación epidemiológica. Las epidemias cíclicas en África ocurren en la estación seca (diciembre-junio). Arabia Saudita exige la vacunación para el ingreso al país.

La efectividad de la vacuna se asocia con la edad, 83% para los adolescentes de 15-20 años, 75%. En el grupo de 10 -14 años y 41% en el de 2-9 años. Se dispone de la vacuna meningocócica AC para viajeros en nuestro país.

b.- Vacuna bivalente BC

No está reconocida por la OMS ni los Centros para Prevención y Control de Enfermedades (CDC). El esquema de administración es de dos dosis separadas por un intervalo 6 -8 semanas y no mayor a 12 semanas, por vía intramuscular (región deltoidea).

La eficacia comunicada para el componente B es 83% a partir de la adolescencia, > 70% en los mayores de 4 años y del 47% en el grupo de edad 2-4 años.

c.- Vacuna conjugada meningocócica C

Tiene alta inmunogenicidad en lactantes/niños pequeños y reducen la portación nasofaríngea de N. meningitidis.

El calendario de vacunación incluye una serie primaria a los 2, 4 y 6 ó 2, 3 y 4 meses de edad con un refuerzo a los 12 -15 meses de edad. Cuando se aplica a los > 12 meses la dosis es única. Se inyecta por vía intramuscular (región deltoidea).

d.- Vacuna conjugada ACW135Y

Tiene licencia de uso entre los 11 y 55 años de edad.

Es la vacuna recomendada para viajeros y ha reemplazado a la tetravalente meningocócica polisacárida en las indicaciones.

2.3.6.- Encefalitis japonesa

Tiene indicación de uso en los viajeros a áreas rurales, especialmente, del Este, Sur y Sureste de Asia, Papúa Nueva Guinea e Islas Torres o en regiones donde haya una epidemia aún para una estadía breve. Los meses de mayor ocurrencia de casos son junio -setiembre.

Se administra a partir de los 12 meses de edad.

El esquema de vacunación es de tres dosis aplicadas por vía subcutánea a los 0, 7 y 30 días con una dosis de refuerzo por lo menos 24 meses más tarde. La dosis es de 0,5 mL en los niños de 1-2 años de edad y mayor a 1,0 mL en los mayores de 3 años. Debe completarse por lo menos 10 días antes de la partida.

En caso de necesidad, se puede utilizar un esquema acelerado administrando las dosis a los 0, 7 y 14 días. Dos dosis con una semana de intervalo inducen inmunidad en aproximadamente el 80% de los vacunados. La inmunidad conferida por tres dosis alcanza el 99%.

a.- Otras vacunas

Otras enfermedades son inmunoprevenibles pero, en la actualidad según las recomendaciones vigentes, no se considera la profilaxis activa en los viajeros.

2.3.7.- Cólera

Según las recomendaciones de la OMS la vacuna no debe ser requerida por la autoridad de ningún país para el ingreso a su territorio. Sin embargo, algunos países, lo exigen.

a.- Vacuna parenteral

En el cuadro 2.3.7 se presentan las dosis de la vacuna parenteral según grupo de edad y vías de administración de la vacuna.

Dosis según grupo de edad y vías de administración de la vacuna del cólera parenteral

Dosis	6 meses-4 años (IM)	5-10 años (IM)	> 10 años (IM)	≥ 5 años (ID)	Comentario
Serie primaria	0,2 mL	0,3 mL	0,5 mL	0,2 mL	7-30 días intervalo
Refuerzo	0,2 mL	0,3 mL	0,5 mL	0,2 mL	1 dosis cada 6 meses

IM: intramuscular; ID: intradérmica.

Cuadro 2.3.7

b.- Vacuna oral

Se presenta en dos sobres, uno con la vacuna liofilizada y el otro con las sales de carbonato y ácido ascórbico (una dosis). Se coloca el contenido de ambos sobres en 100 mL de agua fría y se ingiere inmediatamente, por lo menos una hora antes de la comida.

Se administra > 2 años de edad en dosis única. Confiere inmunidad desde el 8o día y la eficacia protectora es del 50% para las cepas homólogas. Si persiste o se reitera el riesgo de exposición puede administrarse otra dosis a partir de los 6 meses.

La presentación de diarrea leve (2%), náuseas o cólicos abdominales son las reacciones adversas. Está contraindicada en los huéspedes inmunocomprometidos.

La mefloquina y la cloroquina se deben administrar con un intervalo mínimo de tres días. Si el niño/adolescente ha presentado enfermedad febril/gastrointestinal o recibido antibiótico, el intervalo para la administración de la vacuna será por lo menos de una semana.

Se puede administrar con la vacuna antitífica oral atenuada (cepa Ty-21a) o separadas al menos por 1 mes.

2.3.8.- Encefalitis centroeuropea

Las regiones boscosas del centro y este de Europa y algunas de Asia son el área endemoepidémica durante el verano.

Está recomendada para niños/adolescentes que desarrollen actividades al aire libre/ campamento/ caza en la zona endémica.

Es una vacuna viral inactivada (MRFSME-INMU [Baxter], MREncepur-K [Chiron Behring]). La vacuna de Laboratorios Baxter se administra en tres dosis con un intervalo de dos semanas-3 meses entre las primeras y de 9-12 meses entre la segunda y la tercera. Confiere protección por tres años. La vacuna de Chiron Behring se administra en tres dosis 0, 1-3 meses y 9-12 meses. También puede utilizarse un esquema acelerado en aquéllos con riesgo inmediato, 0, 7, 21 días y una cuarta dosis a los 12-18 meses.

La seroconversión es del 90-100% después de la tercera dosis.

3.- Quimioprofilaxis

3.1.- Paludismo

Se considera si el lugar de destino es en un área con Plasmodium falciparum sensible o resistente a la cloroquina. Está indicada de rutina desde una semana antes, durante toda la estadía y hasta 4-6 semanas después de haber salido del área palúdica.

- a.- **Área con plasmodios sensibles a cloroquina:** Se utiliza cloroquina a partir de los 6 meses de edad. En los niños la dosis de cloroquina base o hidroxiclороquina base (hasta 50 kg) es de 5 mg/kg peso/monodosis semanal, en los de 12-14 años, 225 mg y en los \geq 15 años 300 mg.
- b.- **Área con plasmodios resistentes a cloroquina:** Está indicada la asociación cloroquina + proguanil (3 mg/kg peso/día); debe usarse en los tres primeros meses de gestación. La mefloquina se administra en dosis de 5 mg/kg peso/semana; puede indicarse a partir del cuarto mes de embarazo. Si se utiliza en mujeres en edad fértil, no deben embarazarse por tres meses después de suspendida su administración. Pueden utilizarse como otras opciones: doxiciclina 100 mg/día en los mayores de 8 años y no embarazadas desde 1-2 días antes de ingresar a la zona palúdica, durante la permanencia y hasta cuatro semanas después; primaquina base a razón de 0,5 mg/kg peso/día (recomendada para personas con exposición prolongada –misioneros, personal de los Cuerpos de Paz–) o de la asociación sulfadoxina 500 mg + pirimetamina 25 mg/semana.

3.2.- Leptospirosis

En las personas con alto riesgo de exposición está recomendada la administración de doxiciclina 200 mg/semana.

3.3- Peste

Está indicada sólo en caso de epidemia o en contacto con un enfermo. Se utiliza tetraciclina en dosis de 15-30 mg/kg peso/día o cloramfenicol en dosis de 30 mg/ kg peso/día en cuatro tomas durante 7 días después de cesar la exposición.

3.4.- Diarrea del viajero

- Subsalicilato de bismuto: efectividad 62-65% en la protección.
- Probióticos (*Lactobacillus* GG): 11,8-42%, según el área.
- Quimioantibióticos: deben ser considerados sólo en algunos viajeros (ciprofloxacina, rifaximina).

4.- Prevención de enfermedades transmitidas por alimentos

Las medidas comprenden:

- consumo de agua segura;
- lavado de manos con agua segura y jabón antes de tocar alimentos;
- evitar el consumo de alimentos crudos;
- lavado con agua segura de frutas y vegetales. En el caso de las frutas, luego deben ser peladas;
- consumir alimentos cocidos y calientes;
- limpieza con agua segura y jabón de la superficie/recipiente donde se preparan los alimentos;
- no mezclar alimentos crudos con otros cocidos;
- no utilizar los mismos utensilios con alimentos crudos y cocidos;
- conservar los alimentos a temperatura de heladera (+ 2° C a + 8° C);
- no se deben consumir ni probar los alimentos envasados que tengan alterado el envase (abombado) o el aspecto (cambio de coloración/consistencia) o el olor (rancio).

5.- Prevención de enfermedades transmitidas por vectores

5.1.- Mosquitos

Pican especialmente desde el atardecer al amanecer.

Se recomienda:

- habitar en edificios construidos adecuadamente y con mantenimiento satisfactorio en la zona más urbanizada;
- utilización de mosquiteros en las aberturas de la vivienda o mosquitero que proteja la cama con los bordes debajo del colchón;
- rociar por la noche las habitaciones con insecticida en aerosol o utilizar piretroides en espirales u otras presentaciones;

- usar ropas que protejan la mayor parte del cuerpo (manga y pantalón largos) y protección de cara/cuello con tela tipo tul;
- no usar ropas de colores oscuros (atraen a los mosquitos);
- utilizar repelentes en las zonas expuestas;
- colocar repelente para ropa.

Es controvertida la eficacia de la administración de complejo vitamínico B para repeler a los mosquitos.

5.2.- Moscas

- Vector biológico (*Lutzomya* spp, *Glossina* spp): Se debe evitar la exposición mediante el uso de vestimenta adecuada que proteja la mayor parte del cuerpo (manga y pantalón largos) y cara/cuello con tela tipo tul.
- Vector mecánico: Es fundamental evitar el contacto con alimentos listos para ser consumidos y lesiones de piel.

5.3.- Pulgas

Debe utilizarse un insecticida eficaz contra las pulgas e inocuo para las personas (Cfr. capítulo específico en II tomo).

5.4.- Roedores

Se deberá:

- evitar el acceso de los roedores a la vivienda;
- eliminar los roedores en la vivienda y el peridomicilio;
- mantener las condiciones higiénicas en la vivienda y el peridomicilio;
- conservar los alimentos fuera del alcance de los roedores;
- evitar el contacto con roedores y sus deyecciones;
- realizar limpieza húmeda con solución de hipoclorito para evitar la formación de aerosoles en los locales contaminados por roedores.

Bibliografía consultada

- Amornkul, P. N., Takahashi, H., Bogard, A. K. Y otros. *Low risk of measles transmission after exposure on an international airline flight*. J Infect Dis 2004; 189 Suppl 1:S81-5.
- Andre F, Van Damme P, Safary A, Banatvala J. Inactivated hepatitis A vaccine: immunogenicity, efficacy, safety and review of official recommendations for use. Expert Rev Vaccines 2002;1(1):9-23.
- Anónimo. Vacunación en situaciones especiales. Vacunaciones del niño viajero. Capítulo 11 en Manual de Vacunas en Pediatría, 3ª edición Latinoamericana Tregnaghi M, Ceballos A et al, 2005:384-389.
- Bilukha O, Rosenstein N. Prevention and control of meningococcal disease. Recommendations of the Advisory Committee on Immunizations Practices (ACIP). MMWR Morb Mortal Wkly Rep Recomm Rep 2005; 54 (RR-7):1-21.
- Burgess MA. Meningococcal vaccines. Australian Prescriber 2003; 26: 56-58.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). International travel with infants and young children. Chapter 8, Traveler's Health Yellow Book. Health Information for International Travel 2005-2006 available www.cdc.gov/travel/yb/utills/ybGet.asp?section=children&obj=child-vax.htm&cssNav=browseoyb

- Centro Nacional de Vacunación antimeningocócica (CNVA). MINSAP, República de Cuba Registro N 1133: Vamengoc-BC Vacuna contra meningococos de los grupos B y C. Doc. N CNVA 0001089-TEC.
- Cetron, M. S., Marfin, A. A., Julian, K. G. y otros, *Yellow fever vaccine. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)*, 2002, MMWR Morb Mortal Wkly Rep Recomm Rep 2002; 51(RR-17):1-11.
- Committee on Infectious Diseases American Academy of Pediatrics. International travel. Red Book Report of the Committee on Infectious Diseases, 26th edition, Elk Grove, 2003:93-98.
- de Benoist, A. C., White, J. M., Efstratiou, A. Y otros, *Imported cutaneous diphtheria, United Kingdom*. Emerg Infect Dis 2004; 10(3):511-513.
- de Gentile, A. S., Urrusuno, J. L., Bonvehi, P., Califano, G., Casanueva, E., Ceballos, A. y otros, *Calendario Nacional de Vacunación de la República Argentina 2003. Hepatitis A. Rabia. Fiebre tifoidea. Cólera*. En Normas Nacionales de Vacunación 2003/2004, OPS/OMS Argentina, 2004:11; 93-102; 128-136; 90-92; 85-86.
- De Moraes J, Perkins B, Camargo M, et al. Efficacy of serogroup B meningococcal vaccine in Sao Paulo. Lancet 1992; 340:1074-8.
- De Wals, P., De Seres, G., Niyonsenga, T., *Effectiveness of a mass vaccination campaign against serogroup C meningococcal disease in Quebec*. JAMA 2001; 385: 177-181.
- Khromava, A. Y., Eidex, R. B., Weld, L. H. y otros, *Yellow fever vaccine: an updated assessment of advanced age as a risk factor for serious adverse events*. Vaccine 2005; 23(25):3256-3263.
- Maloney, S. A., Weinberg, M., *Prevention of infectious diseases among international pediatric travelers: considerations for clinicians*. Semin Pediatr Infect Dis 2004;15(3):137-149.
- Ministerio de Salud de la Nación. Resolución 623/2005. Buenos Aires, 2005.
- Monath, T., *Yellow fever. Chapter 34 in Plotkin SA, Orenstein WA Vaccines*, tercera edición, Philadelphia, WB Saunders Co, 1999, p. 815-879.
- Plotkin, S. A., Rupprecht, C. E., Koprowski, H., Rabies vaccine. Chapter 31 in Plotkin SA, Orenstein WA Vaccines, 3rd edition, WB Saunders Co, Philadelphia, 1999:743-766.
- Ramsay ME, Andrews N, Kaczmaarski EB, et al. Efficacy of meningococcal serogroup C conjugate vaccine in teenagers and toddlers in England. Lancet 2001; 357: 195-6.
- Rooney, J. A., Milton, D. J., Hackler, R. L., Harris, J. H., Reynolds, D., Tanner, M., Taylor, E., *The largest outbreak of measles in the United States during 1999: imported measles and pockets of susceptibility*. J Infect Dis 2004;189 Suppl 1:S78-80.
- Sierra, G.V., Campa HC, Varcacel NM, et al. Vaccine against group B *Neisseria meningitidis*: protection trial and mass vaccination results in Cuba. NIPH Ann 1991; 14:195-207.
- Steffen, R., DuPont, H. L., Part 2. *Infectious health risks and their prevention. Yellow fever*. In Steffen R, DuPont HL *Manual of Travel Medicine and Health*. BC Decker Inc., Hamilton, 1999, p. 379-385.
- Steinberg, E. B., Bishop, R., Haber, P. y otros, *Typhoid fever in travelers: who should be targeted for prevention?* Clin Infect Dis 2004; 39(2):186-191.
- Suh, K. N., Mileno, M. D., *Challenging scenarios in a travel clinic: advising the complex traveler*. Infect Dis Clin North Am 2005; 19(1):15-47.
- Thompson, R. F., *Hepatitis B. Typhoid fever. Yellow fever. Japanese encephalitis. Cholera*. In Thompson RF *Travel & Routine Immunizations. A practical Guide for the Medical Office*, Shoreland Inc. Milwaukee, 2000:43-55; 133-139; 147-152; 69-73; 10-14.
- Tsai, T. F., Chang GJ, Yu YX. Japanese encephalitis vaccines. Chapter 27 in Vaccines Plotkin SA, Orenstein WA, 3rd edition, WB Saunders Co, Philadelphia, 1999:672-710.
- Wilde, H., Briggs, D. J., Meslin, F. X., y otros. *Rabies update for travel medicine advisors*. Clin Infect Dis 2003;37(1):96-100.
- Barrett, PN, Corner F, Plotkin SA. Tick-borne encephalitis vaccine. Chapter 32 in Plotkin SA, Orenstein WA Vaccines, 3rd edition, WB Saunders Co, Philadelphia, 1999:767-780.
- Chin, J. Paludismo. Leptospirosis. Peste. Tripanosomiasis. En El control de las enfermedades transmisibles, 17^a edición, Publicación Científica y Técnica N° 581, Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 2001: 477-494; 409-412; 506-514.
- Shlim, D. R. Traveler's diarrhea: a 50- year perspective. Proceedings of a Conference organized by the International Society of Travel Medicine (ISTM), 12-14 June 2004, Jackson Hole, Wyoming. Clin Infect Dis 2005; 41 (Suppl 8):S521-S586.