

FUNDAMENTOS CONCEPTUALES E INSTRUMENTALES DE UN PLAN NACIONAL DE SALUD PARA LA REPUBLICA ARGENTINA

Fundamentos Conceptuales e Instrumentales de un Plan Nacional de Salud para la República Argentina

Julio 2014. 1^{ra} Edición.

Julio 2015. 2^{da} Edición

El Foro para el Desarrollo de las Ciencias es una entidad sin fines de lucro que colabora en la optimización de las Políticas Públicas fundamentales destinadas

a mejorar la calidad de vida de la población, en especial las que impactan en salud y educación. En consonancia con sus objetivos fundacionales, evaluó la posibilidad de consensuar las bases de un plan de salud, contando con la buena predisposición de las personas convocadas y a quienes agradece tanto su compromiso con el trabajo como el haber facilitado instalaciones propias o institucionales para las reuniones de las comisiones y los plenarios que dieron lugar a la redacción del documento que se pone a consideración de toda la comunidad del sector salud

Esta propuesta, ahora actualizada y profundizada, busca llevar al seno de las instituciones del sector, y luego a la comunidad, la discusión de lineamientos sanitarios para promover el imprescindible consenso sobre algunos fundamentos conceptuales e instrumentales, para que pueda ser tomado por la mayoría de los actores políticos y facilitar el desarrollo de una Política de Estado, en un futuro inmediato. La idea central del documento es articular un sistema sustentable en el tiempo y que haga posible una mejor salud para toda la población.

Quienes firman este documento fueron invitados a participar como individuos para "buscar un consenso para presentar, a la sociedad y a los distintos partidos políticos, los Fundamentos Conceptuales e Instrumentales de un Plan Nacional de Salud para la República Argentina que se consideren idóneos en un país democrático, republicano y federal. Su aspiración es que quienes tengan o no la responsabilidad de gobernar adopten una Política de Estado en Salud, promoviendo la concertación política y asegurando el futuro de una mejor salud para los argentinos".

Constituyen un grupo heterogéneo de personas, provenientes de distintos ámbitos de los principales subsectores que conforman el sistema sanitario argentino y fueron invitados por el Foro a participar en este proyecto por su trayectoria y experiencia. Algunos de ellos son conocidos por haber ejercido cargos a nivel municipal, provincial o nacional, otros se identifican con instituciones científicas, académicas, educativas o gremiales o por su trayectoria destacada en el sector, tanto en el ámbito profesional asistencial, jurídico o administrativo.

Todos manifestaron su interés de participar, pidiendo expresamente que se aclarara que no se reconocían como "autores intelectuales". Desean hacer conocer que redactaron este documento como un punto de partida para ser discutido y consensuado por y con todos los actores del sector y que sería un orgullo para ellos compartir el aval del documento final con todos los colegas e instituciones que suscriban estas ideas y que quieran ser protagonistas de una iniciativa sin paternidad y al solo fin de hacer un aporte a la sociedad a la cual pertenecen y que les ha dado el inmenso privilegio de haber podido crecer y desarrollarse.

La estrategia consiste primero en buscar el consenso del sector salud en su conjunto, respetando la viabilidad de los distintos subsectores que lo conforman (público, privado y seguridad social) y de todas las instituciones que los integran. En segundo lugar, propone la implementación de estrategias de aproximaciones sucesivas tendientes a lograr, en el mediano plazo, los objetivos totales de la propuesta.

Este documento no se hizo al servicio de partido político alguno, fracción partidaria, candidato, grupo de poder económico, subsector sanitario, organismos foráneos o sector ideológico. Más allá de la ética y antecedentes de las personas convocadas, el documento responde a dos razones estratégicas fundamentales. La primera es la de no repetir experiencias negativas del pasado con lo cual estaría destinado al fracaso y la segunda que sin el aval del sector salud en su conjunto no podrá ser aplicado en el futuro. Partimos de la premisa que cualquier reforma o modificación sanitaria en la Argentina, aunque sea para mejor o con la mejor intención, requiere del consenso previo de los actores del sector, (instituciones e individuos que lo integran) y su difusión a la comunidad.

Decidimos identificarnos como *Grupo Medeos* ya que dicho término aparece en Platón¹ y remite a poseer condiciones y aptitudes expresadas mediante actitudes humanitarias. Implica saber empatizar con los pacientes y su familia, entender sus sentimientos y no solo sus síntomas y enfatiza el buen uso de la palabra como trasmisora de información, pero también del alivio, del consuelo y de la esperanza cuando curar ya no es posible.

JULIO 2015.

¹ Platón. Leyes o de la Legislación. En: Obras completas. Aguilar, 1986.

Redactores del documento

Alvarado, Daniel

Arias, Laura

Ávila, Aníbal

Benaim, Fortunato

Bustos, José Pedro

Calcagno, Julio

Cochlar, Oscar

Devoto, Eduardo

Dillon, Horacio

Ferreira, Luis

Galmés, Miguel

Hackembruch, Cecilia

Hamui, Gabriel

Herreros, Jorge

Herszenbaum Gabriel

Hurtado Hoyo, Elías

Iapichino, Jorge

Leberzsteim, Gabriel

Lemus, Jorge

López, María Rosa

Lucioni, María del Carmen

Magonza, Hugo

Martinez, María del Carmen

Mascias, José María

Mazza, Alberto

Mazza, Cristian

Neira, Jorge

Rodriguez, Victor

Scervino, Luis

Secchi, Miguel Angel

Solmesky, Sergio

Torres, Rubén

Índice

1. Factores internacionales que intervienen en el Sistema de Salud Argentino	pág. 5
1.a) Derecho al nivel de salud más alto posible	
1.b) Transición demográfica	
1.c) Transición epidemiológica	
1.d) Transición de los modelos de atención	
1.e) Promoción y protección de la salud – Prevención de la enfermedad	
1.f) Cobertura universal de salud	
1.g) Incremento relativo de la inversión en salud –Costo y financiamiento de la atención de la salud	
1.h) Sostenibilidad y viabilidad – Eficiencia, eficacia y efectividad	
1.i) Incorporación de nuevas tecnologías (medicamentos- procedimientos- dispositivos-aparatoología sanitaria)	
1.j) Canasta prestacional	
1.k) Urbanización	
1.l) Modelos sanitarios, globalización y medicalización	
2. Fundamentos- objetivos	pág. 20
3. Fundamentos – instrumentales	pág. 23
4. Condiciones y obligaciones de los actores del sistema.	pág. 25
5. Niveles de atención	pág. 27
6. Calidad y evaluación de tecnologías en salud	pág. 31
6.a) Agencia de Evaluación de Tecnologías	
6.b) Habilitación categorizante	
6.c) Acreditación	
6.d) Calidad	
6.e) Garantía de Calidad	
6.f) Calidad total	
7. Recursos humanos en salud	pág. 41
7.a) Formación del Recurso Humano	
7.b) Los profesionales y la Atención Primaria de la Salud (APS)	
7.c) Políticas para el personal de Enfermería	
8. Instrumentos legales	pág. 50
9. Conflictividad en salud	pág. 50
10. Anexos I, II y III	pág. 52
11. Glosario	pág. 65

La consecución de la “salud para todos” (Alma Ata, 1978)² depende del compromiso de considerar la salud como un derecho fundamental de la persona. Dicho compromiso supone el fomento de la aplicación de la ética y la ciencia a las políticas sanitarias, así como a la provisión de servicios y al desarrollo de la investigación. Asimismo implica la aplicación de estrategias y políticas orientadas a la equidad y basadas en la evidencia científica, centradas en la solidaridad y que incorporen una perspectiva de género a dichos desarrollos.

Se acepta la iniciativa de “salud en todas las políticas” (OMS, 2008)³, que promueve la acción intersectorial y transversal sobre los determinantes de la salud en los diversos ámbitos. Desde esta perspectiva innovadora, la salud se concibe a través del conjunto de las políticas públicas, implicando activamente a todos los niveles de decisión, sectores económicos y agentes sociales, con el objetivo de promover su mejora. Esto comprende una serie de temas esenciales para maximizar los resultados en salud y prevenir los efectos directos e indirectos de las políticas sanitarias y extrasanitarias sobre la salud de la población, cuyos ejes más importantes se analizan a partir de los siguientes ítems sustantivos (Lemus, 2012)⁴, si bien este documento aborda fundamentalmente el sector de atención de la salud:

1. Factores Internacionales que intervienen en el Sistema de Salud

Argentino:

1.a) Derecho al nivel de salud más alto posible

² La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, realizada en Kazajistán, en septiembre de 1978, fue el evento de política de salud internacional más importante de la década de los años 70. Fue organizada por la OMS/OPS (Organización Panamericana de la Salud) y UNICEF (United Nations International Children’s Emergency Fund). La síntesis de sus intenciones se expresa en la Declaración de Alma-Ata, subrayando la importancia de la atención primaria de salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos. Su lema fue “*Salud para Todos en el año 2000*”.

³ OMS: Organización Mundial de la Salud, es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial.

⁴ Lemus, J.D. - Salud Pública en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires – I Congreso de Salud Pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires – Buenos Aires, 29 de Junio de 2012.

La Constitución de la OMS y los tratados internacionales sobre derechos humanos reconocen el derecho al “nivel de salud más alto posible”, asimilable al derecho a la vida, la libertad, etc. El derecho a la salud hace énfasis en la relación entre estado de salud y dignidad humana, en la no discriminación, en la justicia y en la participación ciudadana y comprende la libertad de controlar y de defender este derecho.

Este enfoque internacional en derechos supone obligaciones y rendición de cuentas por parte de los actos responsables que garanticen a los ciudadanos el ejercicio de sus demandas en salud. El derecho a la salud implica una conducta ética y una responsabilidad de parte de los proveedores, investigadores y tomadores de decisiones. Algunos tratados internacionales definen los derechos de los ciudadanos como el derecho a liberarse de condiciones que interfieran con el máximo nivel de salud posible; a defender su derecho a la atención en salud y a las condiciones saludables de vivienda y trabajo y a satisfacer sus expectativas en términos de estándares de conducta ética en provisión de servicios e investigación.

El Estado, por su parte, tiene entre sus obligaciones: respetar (evitar interferir con el disfrute de la buena salud), proteger (establecer medidas para prevenir que terceros interfieran con el derecho de los ciudadanos a alcanzar el nivel de salud más alto posible), y garantizar la salud (los Estados deben adoptar medidas necesarias, legislativas, administrativas, presupuestales, judiciales, promocionales y otras para satisfacer la realización plena del derecho a la salud) (Lemus, 2010)⁵.

Por otra parte, el Estado es el responsable de: la planificación, ejecución y control de la política sanitaria de un país, como así también es responsable, por obligaciones emanadas de la Constitución y refrendado

⁵ Lemus, J.D.; Lucioni, M.C. y Lemus, F.A. Salud Pública y Sistema Sanitario Argentino. Arch Arg Epidemiol. 2010; 13(2): 5-26.

en tratados internacionales, de garantizar con sus recursos, tanto estructurales como económicos, la prestación de los servicios.

1.b) Transición demográfica⁶

El grupo poblacional que “más ha crecido” se ubica en la tercera edad, lo que demuestra con precisión que los Estados deberán estudiar seriamente cómo enfrentar este crecimiento en los próximos cien años. Aunque parezca utópico, se deberá pensar cómo dar cobertura de salud para patologías cada vez más complejas y por ende de mayor costo.

El consumo de recursos sanitarios crece exponencialmente a partir de los 65 años, llegando a multiplicar por cuatro los niveles básicos al alcanzar los 80 años de vida. En ese sentido, la mejora de los sistemas de salud y de sus respuestas al envejecimiento de la población está justificada económicamente. Debido a la mayor razón de dependencia⁷, las personas mayores están aumentando, prácticamente, en todos los países del mundo, por lo que la contribución económica y la capacidad productiva de las personas mayores también cobrarán mayor importancia.

Para todos los sistemas de salud ayudar a la gente a mantenerse sana y asegurarle una buena calidad de vida para su últimos años de vida constituye uno de los mayores retos para el sector sanitario tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.

No podemos soslayar la necesidad de educar a la población en todo lo relacionado con el cuidado de la salud y comprometerla en este desafío bajo un modelo de “Participación Responsable”, lo que incluye el aporte solidario para el sostenimiento económico del sistema y el

⁶ Ver Glosario

⁷ Ver Glosario

cofinanciamiento directo de algunas de las prestaciones, en la medida que esto no limite el acceso de las poblaciones vulnerables.

1.c) Transición epidemiológica⁸

En relación al punto anterior, estamos atravesando un proceso de transición epidemiológica, en el cual pierden relativamente peso las enfermedades transmisibles y se incrementa la proporción de las no transmisibles, proceso que se relaciona con el envejecimiento de la población y en la mejora general de las condiciones de salud. Existe así una verdadera epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, obesidad y tumores malignos), así como el creciente impacto de la enfermedad trauma en la sociedad (Neira, 2011)⁹.

No obstante, para muchas regiones, la transición señala que coexisten enfermedades típicas de las economías subdesarrolladas y poblaciones jóvenes, con aquellas que se dan en los países y regiones de mayor desarrollo y población de mayor edad.

En los mismos países, entonces, pueden coexistir el perfil transicional y el pretransicional, especialmente por las brechas sociales y condiciones ambientales de las personas. Si se hace el perfil epidemiológico por segmento de población o por regiones, se reconoce que coexisten ambas circunstancias.

1.d) Transición en los modelos de atención

Los cambios que se operan en la sociedad hacen cada vez más necesario que un sistema de salud sea sensible a nuevos problemas

⁸ Ver Glosario

⁹ Neira, Jorge; Bosque Laura, La enfermedad trauma. Biomedicina (Universidad de Montevideo). 2011; VI:20-24.

relacionados con la accesibilidad, equidad y la reordenación de los recursos.

Los ciudadanos tienen un deseo de mayor información y capacidad de elección en todo lo relacionado con la salud, apareciendo demandas cada vez más selectivas, como consecuencia del nivel de desarrollo alcanzado y la existencia de mayores niveles de ingreso. Ello se traduce en una exigencia ciudadana mayor cada vez sobre el sistema sanitario.

La política de salud debe rescatar los conceptos de Alma-Ata (1978)¹⁰ y su reforma, “Salud para todos”, con una mínima adaptación de “Salud de igual calidad, oportunidad y accesibilidad para todos” aceptando que las mayores expectativas de la población relativas a la comodidad y al confort serán asumidas en forma individual.

Los sistemas de servicios de salud se enfrentan hoy a grandes retos comunes debido a que la población envejece y la atención de la salud obtiene mejores resultados, lo que paradójicamente no redundará en menores costos y los pacientes, verdaderos beneficiarios de la asistencia sanitaria, se tornan cada vez más exigentes. Se observa desde hace medio siglo que el aumento de la demanda de atención médica no es proporcional al incremento de la renta per cápita sino superior, ligada a la transición demográfica y epidemiológica, al avance de la ciencia, al nivel de vida y al nivel educacional.

El costo de la atención médica, independientemente del modelo que se compare, es sensiblemente superior al costo de vida.

Por ello todos los sistemas de salud, en la actualidad, no están técnicamente en proceso de reformas sino en una instancia de transición, dado que tienen dificultades serias para las transformaciones

¹⁰ Alma Ata. Atención Primaria de la Salud. <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>.

internas adaptativas a las amenazas del entorno y las oportunidades que ofrece la introducción de tecnologías. Las reformas se han dirigido a modelos que incluyen la “gestión clínica”, la “gestión por procesos”, la “alta resolución” y las “redes integradas de servicios de salud”.

Los sistemas de salud terminaron no estando suficientemente preparados para el cambio que impone la nueva configuración social, tanto en el envejecimiento de la población, la pobreza y la pluripatología, expresión clara de la transición demoepidemiológica.

También hay una transición tecnológica y de innovación terapéutica, así como nuevos modelos de atención, que encarecen la prestación y obliga a priorizar las intervenciones y los casos con criterio ético, teniendo en cuenta la finitud de los recursos económicos, basado en la evidencia científica.

1.e) Promoción y protección de la salud – Prevención de la enfermedad

Se hace imprescindible la introducción y sostenimiento de la promoción de la salud, a través de educación de conductas saludables y prevención activa, como proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y, de ese modo, mejorar su estado de salud. Constituye una estrategia que vincula la gente con sus entornos y que, con vistas a crear un futuro más saludable, combina la elección personal con la responsabilidad social.

Debería comprender el aprendizaje del autocuidado (decisiones y acciones que el individuo toma en beneficio de su propia salud), organizaciones de ayuda mutua (acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras, como está comprobado en grupos de enfermos que consiguen medicamentos e insumos a menor costo, así

como alimentos adecuados a su patología) y los entornos sanos (creación de las condiciones y entornos que favorecen la salud y promoción para que el hogar sea un ambiente saludable, integralmente).

La estrategia de promoción tiene tres componentes básicos; acción intersectorial, afirmación de la función activa de la población y la acción comunitaria por los ciudadanos a nivel local.

Del mismo modo, la prevención de la enfermedad y la protección de la salud, deben ser consideradas como fundamentos de una política de salud. Comprenden las estrategias para reducir los factores de riesgo de enfermedades específicas o bien reforzar factores personales que disminuyan la susceptibilidad a la enfermedad. Debería incluir también actividades o estrategias encaminadas a reducir las consecuencias de la enfermedad, una vez establecida, haciéndose en este caso la distinción entre prevención primaria, secundaria y terciaria. (Lemus, 2009)¹¹.

Una perspectiva integrada de carácter intersectorial y multidisciplinar en relación con el desarrollo sanitario, resultará más efectiva, eficiente y costo-efectiva, que las perspectivas independientes de carácter vertical. (Lemus, 2014)¹².

1.f) Cobertura Universal de Salud

En los presentes **Fundamentos para un Plan Nacional** y habiéndose consolidado el concepto de salud como derecho y la atención primaria como la estrategia para transformar a los sistemas sanitarios, es ahora el objetivo la **Cobertura Universal de Salud**. Esta es en esencia una declaración del compromiso ético permanente de los sistemas de salud con los derechos de las personas, representando una oportunidad para

¹¹ Lemus, J.D. et al, Salud Pública, Sistemas y Servicios de Salud, Ed. Corpus, 2009.

¹² Lemus, J.D.; Aragües y Oroz, V. y Lucioni, M.C. Salud Pública y Atención Primaria de Salud. Ed. Corpus, 2014.

reactivar y relanzar el conocimiento adquirido y las lecciones aprendidas de las experiencias de los países en expandir su acceso al cuidado de la salud.

A diferencia de la meta de Alma Ata de “salud para todos”, la **Cobertura Universal de Salud** es más un proceso que una meta, que trata de identificar caminos para mejorar la vida de las personas.

El análisis de esas experiencias y la identificación de los principios claves y las prácticas efectivas, ayudarán a avanzar hacia una cobertura universal sostenible, especialmente en un contexto de una población que envejece y suma más necesidades de cuidados en salud.

Se necesitarán para este objetivo más médicos formados en atención primaria, cambios en la educación médica, innovaciones en la organización de los servicios, en el manejo y en el financiamiento de los sistemas, incluyendo la incorporación de nuevas tecnologías en salud y modelos integrados de atención. (Becerra, OPS, 2014)¹³.

1.g) Incremento relativo de la inversión en salud – Costo y financiamiento de la Atención de la Salud

Los países tendrán que construir sistemas de financiación más desarrollados, más precisos, vinculados a la carga sanitaria, para garantizar la sostenibilidad futura del modelo de atención. Sistemas que según los expertos, tendrán que afrontar las demandas crecientes de una población cada vez más envejecida, que recibe tratamientos mejores y más caros, con los retos que ello va a deparar para el control del gasto sanitario (Díaz, 2009)¹⁴.

¹³ Becerra, de la Jara, Jordi Garcés, Romero Teruel, McGreevey. De la salud para todos a la Cobertura Universal de Salud. OPS. Doc. 3 de Marzo de 2014, OPS: Organización Panamericana de la Salud, es el organismo especializado de salud del sistema interamericano, encabezado por la Organización de los Estados Americanos (OEA), y también está afiliada a la Organización Mundial de la Salud. Está dedicada a controlar y coordinar políticas que promuevan la salud y el bienestar en los países americanos.

¹⁴ Díaz, 2009. En Lemus, J.D.; Lucioni, M.C. y Lemus, F.A. Salud Pública y Sistema Sanitario Argentino, Arch Arg Epidemiol. 2010; 13 (2): 5-26.

Argentina incrementó su gasto en salud por encima del incremento de su PBI (alrededor del 8%).

1.h) Sostenibilidad y viabilidad – Eficiencia, eficacia y efectividad

En su conjunto las razones para adoptar medidas de reforma se relacionan con los siguientes objetivos:

- ✓ garantizar una accesibilidad equitativa a la atención sanitaria
- ✓ una financiación apropiada de los servicios sanitarios, relacionándola con la efectividad y la eficiencia en sus resultados
- ✓ una mayor posibilidad de elección y compromiso de los ciudadanos
- ✓ el logro de una mayor satisfacción de los pacientes y de los profesionales como prestadores de servicios de salud

En salud, es necesario mejorar las condiciones de sostenibilidad, porque más gente vive más años, la atención es más costosa, y el conocimiento científico avanza hacia el esclarecimiento de un cúmulo de enfermedades, de etiologías hasta hace poco desconocidas, por ejemplo el caso de las vías metabólicas que llevan los tratamientos a la biología molecular y genómica, por lo tanto se tiene mayor obligación para conservar el acceso universal a la salud.

Hoy estamos a las puertas de la promesa de la medicina genómica, la medicina regenerativa y la medicina basada en la información.

1.i) Incorporación de nuevas tecnologías (medicamentos – procedimientos – dispositivos – aparatología sanitaria)

El desarrollo de la tecnología de tecnologías y tratamientos ha significado un aporte de valor para la salud de los pacientes, ya sea en la curación de enfermedades que antes no tenían tratamiento como en la

mejora de la calidad de vida. Estas innovaciones están generando un creciente incremento de los costos a partir del ingreso de diferentes innovaciones terapéuticas, por lo que los sistemas de salud deben contar con herramientas que les permitan priorizar la asignación de recursos, con el objetivo de lograr equidad universalidad en la atención de la salud.

La evaluación de las nuevas tecnologías debe tomar en cuenta no solo el impacto presupuestario, sino el valor que dichas tecnologías aportan a la mejor la calidad de vida de los pacientes y los sistemas de salud, en un marco de racionalidad.

El estado tiene la obligación de intervenir evaluando el uso de la tecnología apropiada y de una eficaz política de medicamentos, en particular de los esenciales, tanto en lo referente a su uso racional como a su accesibilidad.

1.j) Canasta prestacional

En esta etapa se debe definir, de manera amplia, como Canasta de Servicios Asistenciales al conjunto de prestaciones que los diferentes subsectores deben garantizar a la población.

Este concepto implica la necesidad de identificar los medicamentos, tratamientos e intervenciones mínimas para cubrir las necesidades de la población de acuerdo con su perfil epidemiológico y utilizar racionalmente los recursos disponibles para garantizar la accesibilidad de manera efectiva, eficiente y equitativa.

Esta es una herramienta cuya implementación hará más eficiente la atención médica en términos epidemiológicos, económicos, y de justicia distributiva.

El resto de los determinantes de la situación salud/enfermedad de una población: situación de pobreza, educación, acceso a servicios sanitarios, vivienda, trabajo etc., son extremadamente relevantes en el resultado de la calidad de vida de la población, pero no forman parte del análisis en esta etapa.

- ✓ **Implícitos:** son aquellos que quedan a discreción del que debe decidir su aplicación. Los ejemplos más comunes son el plazo de espera para acceder a determinadas prestaciones, la definición de una cobertura y se completa con el acceso oportuno a ella. Debe ser regulado muy cuidadosamente, de manera que la medida sea efectiva y de calidad

- ✓ **Explícitos:** expresan con claridad el conjunto de bienes y servicios que se van a cubrir, es la “canasta prestacional” propiamente dicha.

- ✓ **Capacidad de pago:** el acceso se condiciona mediante la capacidad de pago total (compra de un plan de medicina privada) o parcial (copagos y coseguros) de los usuarios.

La canasta prestacional vigente (PMO)¹⁵ tiene criterios explícitos de cobertura, pero los financiadores de los tres subsectores pueden utilizar, y de hecho lo hacen, criterios implícitos para limitar la accesibilidad.

Por otra parte, los coseguros, constituyen una herramienta que tiene un efecto moderador de la demanda, cumpliendo además, una función relevante en el mecanismo de financiación de las prestaciones de bajo costo y alta frecuencia. La estrategia de combinar, para las prestaciones asistenciales, el financiamiento solidario que aporta la sociedad en su conjunto para las prestaciones de alto costo y la cofinanciación mediante

¹⁵ PMO: El Programa Médico Obligatorio es el conjunto de servicios que están obligadas a cubrir las obras sociales y empresas de medicina prepaga de acuerdo a la Ley 24.754

el pago directo por parte del beneficiario de los montos menos significativos, conlleva una mayor eficiencia en la aplicación de los recursos.

Como cualquier herramienta, se puede usar en forma inadecuada y generar un efecto contrario al deseado. Tal sería el caso, que los montos fueran superiores a la capacidad de pago de las personas y estas desistieran del tratamiento. Todos aquellos que no puedan asumir los costos deberán tener reducciones en los importes y las poblaciones carenciadas estarán eximidas de su pago. Bajo ningún aspecto el copago deberá ser una limitante de la atención de los pacientes teniendo en cuenta la necesidad de la atención y la restricción que imponen sus recursos.

Se la designará “**Canasta de servicios o Conjunto prestacional asegurado**”, cuya cobertura estará garantizada para toda la población, debiendo sustentarse sobre los siguientes principios:

- ✓ **Diagnóstico Epidemiológico:** Resulta esencial contar con un diagnóstico epidemiológico "actualizado" que permita conocer la situación sanitaria de la población, la demanda de servicios y sobre todo las necesidades, así como su vinculación con edad y sexo, y otros elementos de riesgo de utilización. Este conocimiento permitirá establecer criterios de prioridad en la cobertura que deberán explicitarse en la canasta.

- ✓ **Contenido asegurado:** el contenido del conjunto prestacional, como así también la incorporación de tecnologías emergentes, deberá contar con la evidencia suficiente que lo respalde y además demostrar su “costo efectividad” y el beneficio medido desde el bien a la comunidad en su conjunto. Esta tarea será inherente a la

Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías. El listado de las prestaciones incluidas en la canasta será taxativo.

- ✓ **Calidad de la prestación:** La canasta de servicios explicita las prestaciones que deben cubrirse, pero es deseable que se avance sobre “como” y en qué condiciones el beneficiario deberá acceder a esas prestaciones. En tal sentido, la **Agencia Nacional de Evaluación de Calidad** juega un rol importante como complemento normativo, de fiscalización y realizando tareas tales como categorización y acreditación de instituciones, supervisión de certificación y revalidación profesional, desarrollo y difusión de guías de práctica clínica etc., desarrolladas por sociedades científicas y organismos gubernamentales y no gubernamentales, incluyendo procesos *ex post*, como la medición de la satisfacción de la atención de los pacientes.

- ✓ **Búsqueda de consensos:** En relación a los criterios de incorporación, la Agencia de Evaluación de Tecnologías tendrá en cuenta la opinión, de sociedades científicas, ONGs¹⁶, grupos de pacientes y población general.

El desafío es alcanzar el equilibrio en el conflicto entre los grupos que pugnan por sus legítimos intereses y el interés general. En este caso toma una importancia capital la tarea de la agencia de evaluación de tecnologías sanitarias, que con un criterio independiente del prestador, proveedor y financiador, regule no

¹⁶ ONG: organización no gubernamental, asociación de carácter civil entendida como "el derecho y la disposición de participar en una comunidad, a través de la acción autorregulada, inclusiva, pacífica y responsable, con el objetivo de optimizar el bienestar público o social", con diferentes fines integrantes, creada independientemente de los gobiernos ya sea locales, regionales y nacionales, así como también de organismos internacionales

solo desde la perspectiva de los oferentes de servicios, sino de las necesidades e intereses superiores del país.

1.k) Urbanización

La urbanización es una tendencia que no tiene visos de detenerse. En el 2007 se alcanzó por primera vez en la historia de la humanidad un nivel en el que más de la mitad de la población mundial vive en ciudades. Se prevé que para el 2030 ése será el caso de dos de cada tres personas.

La urbanización suele estar asociada a numerosos problemas sanitarios relacionados con el hacinamiento, falta de acceso al agua potable, contaminación del medio ambiente, trauma intencional (violencia) y no intencional, enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, diferentes tipos de neoplasias, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas), alimentación poco saludable acompañada de falta de actividad física, consumo nocivo de alcohol y drogas y riesgos inherentes a brotes epidémicos.

Aunque las amenazas que pesan sobre la salud urbana son ciertamente importantes, el panorama general dista mucho de ser sombrío, pero la apuesta por abrazar el lado positivo de la salud urbana trasciende las funciones y responsabilidades de los gobiernos y deberá comprender las contribuciones que puedan aportar la sociedad civil, los grupos comunitarios, los profesionales de diversas disciplinas (arquitectos, ingenieros, etc.) y las empresas responsables.

1.l) Modelos Sanitarios, Globalización y medicalización

El modelo sanitario está vinculado al de la sociedad. Esto es obvio cuando se acepta que aquél no es más que un submodelo de éste y que

por lo tanto los cambios sociales han de tener un reflejo en el contexto sanitario (Moreu, 2000)¹⁷

Los ejes básicos de salud en todo el mundo se podrían identificar como:

- Existencia de un organismo regulador
- Financiación específica, y regulada
- Cobertura universal
- Accesible
- Orientación de los servicios hacia los ciudadanos
- Creación de un sistema de competencia regulada con definición y
- Separación de las funciones de compra y provisión
- Autonomía de gestión a través de la personería jurídica a los centros sanitarios
- Motivación, incentivación y participación de los miembros del equipo de salud en la gestión.
- Mejora continua de calidad.

El dilema de salud en América Latina y el Caribe muestra que cuando se la compara con regiones con el mismo nivel de ingreso per cápita, se gastan más recursos. Algunos datos comparativos para mayor ilustración:

- Gasto en salud, alrededor de 8% del PBI (Producto Bruto Interno)
- Gastos privados, casi el 50% del gasto en salud
- Gasto en internación 70% del gasto en salud y resultados menos satisfactorios
- Expectativa de vida, 4% más baja
- Mortalidad Infantil, 17% mayor
- Cobertura de los servicios es 14% menor
- Años de vida saludables perdidos es 14% mayor

¹⁷ Moreau, 2000. En Lemus, J.D.; Lucioni, M.C. y Lemus, F.A. Salud Pública y Sistema Sanitario Argentino. Arch Arg Epidemiol. 2010; 13 (2): 5-26.

2. Fundamentos – objetivos

El objetivo de los presentes fundamentos pasa por el establecimiento de nuevos roles para la acción gubernamental sobre el Sector Público¹⁸; descentralización y nueva división de competencias entre los niveles central y local de gobierno; fortalecimiento del rol regulador; utilización de los fondos públicos para promover equidad y garantizar los servicios a los grupos sin capacidad de pago; fortalecimiento de los programas de salud pública, promoción, comunicación social y prevención del riesgo colectivo (vacunación, vigilancia epidemiológica y sanitaria, educación para la salud).

Los caminos que se deben emprender deben tener en cuenta que:

- Son procesos de largo plazo
- Los objetivos tienen que traducirse en incentivos adecuados para construir compromisos perdurables
- Transmitir confianza, voluntad política, transparencia y sentido de realidad, con miras a evitar crisis de expectativas
- Factores externos, como crisis económicas, sociales o políticas pueden interferir en los resultados de la reforma
- La confianza y el compromiso de los actores son factores clave para el éxito de las reformas.

Los planes a emprender en salud deben dar cuenta de los desafíos económicos (sostenibilidad), sociales (cobertura, acceso, equidad, calidad, contención), institucionales (eficiencia, ética y transparencia), políticos (armonía y equilibrio de fuerzas e intereses, interacción virtuosa entre los distintos

¹⁸ Debe entenderse como Público, el concepto actual, basado en las funciones esenciales de salud (OPS/OMS), como *la intervención colectiva, tanto del Estado como de la Sociedad Civil, orientada a proteger y mejorar la salud de las personas*. Es entendido como un compromiso de la sociedad con sus ideales de salud, haciendo referencia al conjunto de prácticas sociales -y los valores, creencias, actitudes y conocimientos formales y no formales subyacentes- que en una sociedad tienden a desarrollar, preservar o mejorar la salud de la población y del ambiente.

poderes de la República), sintonía con los procesos económicos y viabilidad política y gobernabilidad (Medici, 2001)¹⁹.

Asimismo, la inversión en salud deberá estar en equilibrio con la inversión en otros sectores que tienen importantes determinantes en salud, como educación, trabajo, vivienda, medio ambiente, etc.

En la propuesta de reforma y adecuación del sector salud, estará prevista “una propuesta de cambio estructural en el largo plazo”, con la implementación de las once funciones esenciales de la salud pública²⁰.

En el corto plazo se plantea como sucesivas adecuaciones y mejoras a los sistemas existentes. Sus principios serán:

- **Universalidad de la cobertura**
- **Solidaridad**
- **Calidad**
- **Accesibilidad**
- **Equidad**
- **Efectividad**
- **Integración de los subsistemas**
- **Implementación progresiva**
- **De alcance federal, aceptando y adaptándose a las realidades de cada región**
- **Financiado, preferentemente y salvo situaciones excepcionales desde la demanda**
- **Sustentable, política y económicamente en el tiempo.**

¹⁹ Medici, A.C. A economía Política das reformas em saúde. Ed. IAHCs, 2001.

²⁰ Funciones esenciales de la salud pública (FESP). La Organización Panamericana de la Salud por medio de la Iniciativa "La Salud Pública en las Américas", definió once (11) FESP y desarrolló un instrumento para medir su desempeño, lo que permite a los países realizar una auto-evaluación de sus capacidades para ejercer la salud pública. Ver detalle en Glosario.

3. Fundamentos instrumentales

Por otra parte, los fundamentos instrumentales serían:

- Pacto entre Nación y Provincias instrumentado con un conjunto de leyes nacionales y decretos aceptados por las jurisdicciones.
- **Reforzar el rol de la ANMAT²¹** como ente garante de la calidad de medicamentos, alimentos y tecnología.
- Crear la “**Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias**”, esta agencia entiende sobre la evaluación e incorporación de las innovaciones tanto diagnósticas como terapéuticas en la canasta prestacional, se trate de medicamentos o procedimientos. Es un área creada por Ley y debe garantizarse la idoneidad de sus miembros (como así también su independencia de intereses de prestadores, industrias o usuarios).
 - Será un órgano técnico, con autonomía en sus decisiones.
 - Tendrá un consejo consultivo, de consulta obligatoria (a definir conformación y alcance de su tarea), compuesto por representantes de las instituciones más prestigiosas en el ámbito de las ciencias de la salud (ANM) y representantes de las entidades que forman parte del sistema (industrias y otros).
 - Determinará las acciones a implementar para el financiamiento de las prestaciones de alto costo, episódicas y crónicas

²¹ ANMAT: Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

- Como sus decisiones van más allá de una evaluación de calidad, sino que se enmarcan dentro de la planificación de las políticas sanitarias, se debe tener en cuenta:
 - La sustentabilidad del sistema o eventualmente la creación de las partidas presupuestarias para su financiamiento.
 - “El beneficio social” o costo de oportunidad de la aplicación de los recursos aún cuando científicamente estén avalados. Principio de justicia distributiva, bioética social.

Como la incorporación de tecnología modifica la canasta prestacional, para darle predictibilidad al sector, las modificaciones a la misma, tendrán vigencia a partir del 1º de enero del año siguiente.

- Redefinición y puesta en marcha de la **Agencia Nacional de Garantía de la calidad**. A partir de la figura del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, implementado a partir de 1995, con las actualizaciones pertinentes.

4. Condiciones y obligaciones de los actores del sistema

- Para participar como miembros del sistema, las entidades deberán transformarse en “agentes”. Esto le permitirá recibir y administrar fondos del sistema y a su vez los obliga a cumplir con los lineamientos que fijan las normas.
- Las entidades podrán ofrecer otros planes complementarios de cobertura médica.

- La autoridad sanitaria competente, mediante el pacto federal, estará obligado a:
 - ✓ Empadronar a todos los habitantes sin cobertura por área programática o distrito de salud.
 - ✓ Otorgar un carné de identificación.
 - ✓ Brindar las prestaciones básicas aseguradas, al igual que los afiliados a las obras sociales y medicina privada.

- Las personas cubiertas por el sector público deberán recibir atención sanitaria en los centros de referencia o áreas programáticas asignadas, tanto en las prestaciones programadas como las de urgencia.

- Las prestaciones de urgencias serán cubiertas en cualquiera de los prestadores del sistema y será responsabilidad de su “cobertura” (Obras Sociales, Aseguradoras de Riesgo de Trabajo, Entidades de Medicina Privada, Seguros de Salud, Sector Público) abonar los gastos emergentes.

- Los Hospitales Públicos prestarán los cuidados de urgencia, hasta la resolución de la misma o posibilidad de derivación, a cualquier paciente que lo requiera. Trasladando los costos de la atención al responsable de su cobertura de salud ya sean ciudadanos argentinos bajo el sistema de salud o extranjeros, remitiendo la factura de sus gastos médicos (previo acuerdo) al país de origen.

- En el caso de la Superintendencia de Servicios de Salud se propone:
 - ✓ Dotar al organismo de independencia de los cambios políticos.
 - ✓ Concursar los cargos.

✓ Dependencia del Ministerio de Salud de la Nación.

• En el caso del Financiamiento, se propone en una primera etapa:

✓ Seguridad Social (SS): Aportes y contribuciones

✓ Entidades de Medicina Privada (EMP): Pago voluntario más los aportes derivados del sistema de la SS

✓ Sector Público (SP): Rentas generales

✓ Aseguradoras del Riesgo del Trabajo (ART): Aporte patronal

✓ Seguros de salud privados: Pago voluntario

Se propone asimismo,

- Readecuación de la Ley 26.682 y todas las leyes que refieran a coberturas de salud específicas.
- Creación de un sistema unificado Nacional de Registros Médicos.
- Historia médica digital informatizada, unificada.

5. Niveles de Atención

En este contexto, debe organizarse al Sector Salud como una estructura estratificada en tres niveles, con interconexión obligatoria entre ellos, dispuesta en redes y con un sistema fluido de referencia y contrarreferencia y basado fuertemente en la capacitación de recursos humanos de acuerdo con las necesidades y a la planificación del sistema.

Debe existir un marcado énfasis en la formación de Licenciadas en Enfermería para mejorar y estabilizar la relación médico/enfermera/paciente.

Es necesaria una formación de alta calidad para médicos especialistas en el primer nivel de atención para ir acercando el equilibrio deseado de 50% de

médicos especialistas y 50% de médicos generalistas que requiere el Sistema de Salud.

El primer nivel de atención está apoyado en la Atención Primaria, estrategia de salud pública, para aumentar la cobertura de salud de la población, basado en la equidad, en la organización en redes y en el trabajo integrado de los equipos de salud, interactuando con otras disciplinas. Se enfatiza el trabajo en equipo, integrado por médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, odontólogos y agentes sanitarios (multidisciplinario) y con un enfoque sistémico.

Este primer nivel de atención es ambulatorio, acciona fuera del hospital y la atención médica deberá ser brindada tanto por médicos especialistas en Medicina General/Familiar, como por especialistas en otras áreas que, de igual modo, atienden en forma ambulatoria.

La oferta de salud de este nivel incluye la educación comunitaria, la promoción de la salud, la prevención y detección de problemas desde los hogares y la atención en centros de salud que pueden incluir diferentes categorías de complejidad basadas en las definiciones aportadas por las sociedades científica correspondientes, como por ejemplo: consultorios, policlínicos, centros de salud barriales, centros de salud generales o centros de alta complejidad diagnóstica ambulatorios.

El primer nivel comparte con los otros niveles de atención la adecuada complejidad diagnóstica, como herramienta imprescindible para la atención general de salud y no privativa de un nivel de atención.

En este nivel se puede incluir la cirugía ambulatoria de baja complejidad que pueda realizarse en consultorios o en un centro de salud, como por ejemplo: muchas de las cirugías dermatológicas, oftalmológicas, traumatológicas, otorrinolaringológicas.

En el caso de cirugías que si bien pueden ser ambulatorias son categorizadas de mayor complejidad como es el caso de la cirugía de várices, hernias o colelaparoscopías deberían realizarse en un centro de cirugía ambulatoria, dependiente del nivel hospitalario y con interconexión fácil y rápida con el mismo.

También debe incluirse en este nivel la atención en el Hospital de Día, muy relacionado con la cirugía ambulatoria y que además permite “deshospitalizar” los tratamientos que requieren mayor apoyo y tiempo relativamente corto, como son, por ejemplo, las quimioterapias

La atención de la Salud Mental también comparte su atención en los Centros de Salud General, incluyendo la promoción, educación, prevención y también la intervención en los problemas de aparición prevalentes.

Deberá incluirse en este nivel la atención domiciliaria de pacientes para permitir la continuidad en la atención y seguimiento en los casos de altas hospitalarias precoces.

Toda la atención en este nivel incluye la atención programada (con turnos), la atención de la demanda espontánea y la atención de urgencias, que al trabajar en red e interconectado con los hospitales, permite una derivación rápida y eficiente.

Es imprescindible que este nivel, al igual que los otros, cuente con la informatización de sus registros, es decir con historia clínica digital y con la digitalización completa de la red, que le permita al sistema estar integrado en forma total y ser el sustento indispensable para realizar los controles de calidad con la eficiencia y rapidez necesarios.

Asimismo, este primer nivel de atención debe contar con evaluación de estructura, procesos y resultados con periodicidad para facilitar su acreditación por entidades externas en el nivel de complejidad correspondiente.

El Segundo Nivel de Atención corresponde a la atención de personas internadas. Este Nivel incluye los Hospitales Generales, los Especializados y la atención pre hospitalaria de urgencia, que comprende la atención de pacientes en Emergencia tanto en domicilio como en la vía pública.

Los Hospitales Generales deben estar organizados por Cuidados Progresivos, con alto número de camas para cuidados crítico, contar con internación de Salud Mental (de acuerdo con las normativas de categorización institucional, con el recurso físico y humano correspondiente a esa complejidad) y estar perfectamente integrados con el primer nivel de manera que les permitan realizar altas precoces en forma segura.

El Tercer Nivel de Atención corresponde al nivel de Rehabilitación, que si bien debe ser iniciada durante la internación hospitalaria (rehabilitación temprana) es continuada en este Nivel en el caso de pacientes crónicos de largo tratamiento y la atención de la dependencia.

También se deberá incluir en este Nivel de Atención los cuidados paliativos, bajo la forma de lo que conocemos como "*Hospice*"²² para pacientes con enfermedades terminales o con enfermedades crónicas sin posibilidad de rehabilitación. En estos programas pueden incluirse la atención de cuidados paliativos en domicilio, disminuyendo efectos no deseados, y mejorando costos.

Asimismo, se deberá incluir a las instituciones para atención de personas mayores (geriátricos), casas de medio camino e instituciones para tratamiento y rehabilitación de adicciones.

6. Calidad y evaluación de tecnologías en salud

²² Ver Glosario

La atención prioritaria para el Plan Nacional de Salud es la consideración de la Calidad y la Evaluación de Tecnologías en salud.

El concepto de gestión de calidad en las organizaciones ha sufrido una importante evolución a lo largo del tiempo. Desde el "Control de Calidad", en el cual los esfuerzos se dirigían a la verificación de la calidad del producto o servicio final, a la "garantía de calidad" en la que se pretendía asegurar que los productos o servicios tenían unas determinadas especificaciones. En esta evolución hasta alcanzar el concepto de "calidad total", en el que la gestión de la calidad abarca a todos los aspectos y procesos de la organización, el concepto posterior incluye siempre al anterior

Se la entiende como una estrategia de gestión de toda la organización, a través de la cual se satisfacen las necesidades y expectativas de los pacientes, de los empleados, de los socios y de la sociedad en general, por medio de la utilización eficiente de todos los recursos de que se dispone: personas, materiales, tecnologías, sistemas productivos, etc.

En 1985 la OMS fija ya el siguiente objetivo:

- ✓ Para 1990, todos los Estados Miembros han de tener mecanismos eficaces que aseguren la calidad del cuidado del paciente en sus sistemas sanitarios.

No hay calidad sin medición de la calidad, a través de los indicadores y trazadores convenientes, y respeto por los estándares mínimos de cuidado.

Todas las Instituciones y Organizaciones de Atención de la Salud deberán contar con un Programa de Calidad Total, respetando los estándares y normas del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica del Ministerio de Salud de la Nación con la adhesión de las Jurisdicciones. Este Programa deberá ser redefinido, actualizado periódicamente.

La calidad de la asistencia se convierte en un tema institucional, por encima de la relación médico-paciente, y fundamentalmente ético. Define los principios de la calidad, pidiendo garantía para ellos del Estado como último responsable;

según la OMS, los programas de control de calidad, deben garantizar que cada paciente reciba la cantidad de servicios de diagnóstico y terapéuticos que más probabilidades posea de producir el resultado óptimo sobre el paciente, y que sea coherente con los últimos avances de la ciencia médica y con factores biológicos (tales como la edad del paciente, enfermedad, diagnósticos secundarios concomitantes y cumplimiento del tratamiento).

Esto debe lograrse con el adecuado gasto de los recursos necesarios para conseguir dicho resultado, con el mínimo riesgo posible de lesión adicional o discapacidad como consecuencia del tratamiento, dentro de las expectativas razonables, la satisfacción del paciente, en el proceso del cuidado sanitario, su interacción con el sistema de salud y con los resultados obtenidos y con aplicación de la escala de valores de la comunidad.

En la Argentina, el Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica, todavía vigente, comprende:

- Primer Componente: habilitación y categorización de los establecimientos asistenciales
- Segundo Componente: ejercicio profesional de todos los integrantes del equipo de salud; matriculación, certificación y recertificación
- Tercer Componente: normatización de la atención médica en cuanto a su organización, funcionamiento, procedimientos, diagnóstico y tratamiento
- Cuarto Componente: función de fiscalización y control sanitario indelegable del Estado, asegurando el cumplimiento de las normas vigentes.
- Quinto Componente: evaluación de la calidad de la atención médica y de los servicios de salud sustentado en una normativa clara y definida de los cuatro componentes anteriores

- Sexto Componente: brindar asesoramiento y cooperación técnica, con la incorporación de los avances conceptuales y normativos en el tema, por ejemplo la introducción del concepto de Calidad Total. No se pretende tanto conseguir, con la calidad total, cumplir una serie de estándares prefijados, sino que se trabaja intentando mejorar los diversos aspectos mediante el planteamiento de nuevos retos que mejoren la calidad de la asistencia.

Una vez que se han cumplido los componentes anteriormente planteados, se obtendrán resultados excelentes respecto de los requerimientos de los beneficiarios; se aumentan la eficiencia y la mejora de forma continua en el tiempo. El concepto que debería introducirse en el marco conceptual del Plan Nacional sería el de "mejora continua de la calidad" que es la base de los esfuerzos nacionales para lograr este objetivo. Deben actualizarse, completarse y asegurarse el cumplimiento de éstos estándares mínimos de atención médica y sanitaria.

En este Programa debe asegurarse la participación de los entes de la Seguridad Social, Instituciones Privadas y las Sociedades Científicas y Académicas vinculadas con la salud.

En el caso de la Evaluación de Tecnologías en Salud (ETES) se abordan los siguientes conceptos liminares para un Plan Nacional de Salud:

La denominación Tecnologías en Salud (TS) se refirió inicialmente a "los medicamentos, a los equipos y dispositivos médicos, a los procedimientos médicos y quirúrgicos, y a los modelos organizativos y sistemas de apoyo" necesarios para su empleo en la atención de la población. Por su parte, la ETES es la "forma integral de investigar las consecuencias técnicas (casi siempre clínicas), económicas y sociales del empleo de las TS, tanto en el corto como en el largo plazo, así como sus efectos directos e indirectos, deseados y no deseados".

Evaluar una tecnología sanitaria permite disponer de información sobre las alternativas para el sujeto, a profesionales, pacientes y otros y, a menudo, proporciona elementos que orientan la toma de decisiones estratégicas relacionadas con la cobertura del aseguramiento sanitario o la asignación de recursos, incluida la adquisición de equipos.

Para las políticas sanitarias es un proceso de análisis dirigido a estimar el valor y la contribución relativa de cada tecnología sanitaria a la mejora de la salud individual y colectiva, teniendo en cuenta su impacto económico y social. Determina la obsolescencia, tanto de la tecnología como de los procedimientos

La ETES hace especial énfasis en la equidad y obligación ética en pos de la sustentabilidad de los sistemas sanitarios ante el crecimiento exponencial de la tecnología; aparatos, medicamentos y procedimientos. Un rasgo fundamental es que las evaluaciones de las tecnologías sanitarias se realizan para orientar la toma de decisiones.

La rapidez en la introducción de nuevas tecnologías, pues el ritmo de producción de nuevas posibilidades de diagnóstico y terapéutica es tan alto, y la presión de los intereses con presencia (industria, potenciales usuarios, etc.) tan fuerte que, a menudo, las novedades son introducidas para su uso generalizado mucho antes que sea posible evaluar rigurosamente su impacto clínico real, sus consecuencias éticas y su impacto económico y social.

Esta circunstancia ha ido llevando a la sociedad a preocuparse cada vez más por estos temas y a los poderes públicos a dotarse de instrumentos para conocer el grado de utilidad individual y colectiva de las tecnologías sanitarias disponibles, su costo, las condiciones en que deberían ser introducidas y aquellas en que su uso se considera apropiado.

Hace algunos años, esta situación fue definida como “la tercera revolución en la Medicina”, una situación caracterizada por la necesidad de dotarse de procedimientos y recursos para desarrollar una “evaluación crítica permanente” de las TS. Esto plantea estimulantes retos científicos y una gran responsabilidad profesional.

En relación a las nuevas TS, la ETES (Evaluación de Tecnologías en Salud) definen la aprobación para su inclusión entre las prestaciones financiadas con fondos públicos y privados. En los países desarrollados, los intentos para evaluar y regular la introducción, difusión y uso de las TS se realizan a nivel nacional e internacional.

En el nivel nacional, los procedimientos de evaluación y regulación varían de acuerdo a las características propias del sistema sanitario y, a veces, de las políticas científicas y comerciales del país en cuestión.

En países con sistemas sanitarios de financiación mayoritariamente pública (por ejemplo, Canadá, Suecia, Noruega, Reino Unido o España) a lo largo de la última década se han ido creando organismos públicos (o de financiación mayoritariamente pública) dedicados a ETES. En Canadá, en 1988 se creó el Consejo de Evaluación de Tecnologías en Salud de Quebec y en 1989 la Oficina Canadiense de Coordinación de la ETES (CCOHTA), la Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) creada en 1989 y que forma parte del servicio público de salud de EEUU. En Gran Bretaña es señalable la importancia del NICE²³, verdadero modelo de Agencias de Evaluación de Tecnologías en el mundo.

Actualmente, si bien hay intentos parciales nacionales y jurisdiccionales, no existe en Argentina una Agencia de Evaluación de Tecnologías en Salud, en lo que estén representados diferentes sectores; prestadores, financiadores, de recursos humanos, del sector industrial, de la investigación, de los consumidores y de las entidades representativas de la ciencia y de la tecnología a nivel académico. Un Plan Nacional de Salud debe incluir, como en todos los países desarrollados, una Agencia, ya que su ausencia compromete la sustentabilidad del sistema y promueve la judicialización.

²³ NICE: National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org/>.

Por lo expuesto es que se propone la constitución dentro del Plan Nacional de Salud de una Agencia, que mientras comience por aproximaciones sucesivas a regular la introducción, uso, equidad, sustentabilidad y necesidad de cambio de las ETES, puede considerar las opiniones basadas en la evidencia de otras agencias de renombre internacional. Dicha Agencia no deberá dejar de lado la evaluación de las tecnologías y procedimientos relativos a la prevención, promoción y rehabilitación de la salud.

6.a) Agencia de Evaluación de Tecnologías

El siguiente texto permite deslizar una serie de pautas a llevar a cabo para iniciar el proyecto de construcción de esta agencia / instituto / organismo.

1. Estructura definida: La agencia debe ser de carácter autárquico y dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.
2. Encuadre jurídico: Ley Nacional con el objetivo de crear una Agencia de Evaluación de Tecnologías y permitir la concreción de un Pacto Federal que implique incluir a todas las jurisdicciones de la República Argentina.
3. Financiamiento: Funciona en el ámbito del Ministerio de Salud, como ente autárquico.
4. Integrantes: incluirá miembros de las distintas Sociedades Científicas, entidades médico-gremiales y autoridades vinculadas al área de la salud.
5. Conformación: estado conformado con miembros permanentes y otros transitorios, elegidos en relación a la temática de que se trate. Renovación cada tres años de la tercera parte de sus integrantes.
6. Comité de decisión: integrado por no más de 9 miembros y la resolución final debe ser por decisión de la mayoría simple.

7. Comité Técnico: conformado por profesionales de distintas disciplinas o expertos en la materia a tratar. La información analizada debe ser sometida a evaluación con criterios de rigurosidad científica, fuerza estadística de la Medicina Basada en la evidencia y valoración por distintas escalas de calidad, por ejemplo: Escala de GRADE²⁴. Se evalúa cada nueva tecnología sanitaria, considerando si es de utilidad y puede ser solventada por toda la sociedad, teniendo en cuenta la sustentabilidad.

8. Procesos: los procesos de decisión de la Agencia, así como los criterios de evaluación y toma de información deberán ser claros, rigurosos, y públicos.

Este proceso de evaluación dentro del ámbito de la ETES prevé la participación de todos los interesados, vinculados con las distintas tecnologías, con el objeto de contar con su aporte para ampliar la información de modo que contribuya a evaluar su incorporación y por otra parte, tener en cuenta su opinión fundamentada sobre la misma. Cada nueva tecnología, solo podrá ser evaluada por la ETES una vez obtenida la aprobación de la ANMAT.

6.b) Habilitación categorizante

Es el acto mediante la cual las Instituciones Oficiales, de la Seguridad Social o Privadas de salud, con la rectoría del Ministerio de Salud de la Nación, autorizan a una Institución/Servicio de salud basado en normas consensuadas y emanadas por las Sociedades Científicas correspondientes a ofrecer servicios vinculados al cuidado de la salud, en la categoría que dicha institución desee incorporarse. Dicha categorización exigirá contar con elementos, estructura y normas de procedimientos mediante la informatización de todas las actividades de salud realizadas por la Institución/Servicio.

²⁴ GRADE: Clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)

En consecuencia, se entiende por categorización de establecimientos asistenciales al mecanismo que procura ordenar la oferta de efectores de salud en niveles de complejidad, según el criterio de estratificación establecido por los pares, y por lo tanto, permite definir niveles, concentrar actividades, clasificar las prestaciones de acuerdo con la viabilidad de su realización y conformar redes de servicios.

También se categorizan las instancias de formación de posgrado establecidas según criterios pautados con anterioridad. Por ejemplo, las carreras de especialistas, maestrías y doctorados pueden ser categorizados en A, B o C.

6.c) Acreditación

Es el proceso de evaluación mediante el cual una institución externa, autárquica y dependiente del Ministerio de Salud garantiza el reconocimiento formal a los programas o instituciones de tipo educativo o asistencial que cumplen los criterios propuestos de calidad.

Los programas o instituciones de carácter educativo o asistencial deben cumplir ciertos estándares que se determinan mediante la revisión de la información escrita, los estudios efectuados por las propias instituciones, los procesos y sus resultados, las visitas realizadas a los lugares en donde se imparten los programas educativos y asistenciales y la consideración detallada de todos los datos por parte de un comité de evaluación.

La acreditación institucional y de programas -espacios de formación- deberá ser externa a las instituciones donde se desarrollen las actividades. En los procesos de acreditación participan grupos de pares evaluadores.

La acreditación es periódica (con la duración máxima de 5 años, con acreditaciones parciales hasta lograr la acreditación general) y tiende a garantizar la calidad de atención a través del cumplimiento de los estándares previamente aceptados por entidades nacionales y/o internacionales. Los

estándares pueden ser mínimos (definiendo el umbral o base) o más elaborados y exigentes (definiendo distintos niveles de exigencia). Asimismo los programas de acreditación deberán contemplar la progresividad de su implementación desde los criterios mínimos indispensables que serán definidos inicialmente hasta lograr el 100% de la exigencia, basado en un programa de implementaciones progresivas.

Puede decirse que un establecimiento asistencial “acredita” o está “acreditado” cuando el ordenamiento y organización de sus recursos humanos y tecnológicos, actividades vinculadas a la categorización designada y resultados obtenidos permiten asegurar una atención médica equitativa de adecuada calidad.

Para ello será imprescindible generar un Instituto de Acreditación autárquico y dependiente del Ministerio de Salud de la Nación con la participación de todos los organismos correspondientes vinculados a la categorización institucional y de servicios y que tenga el poder de policía para asegurar su cumplimiento en todo el país.

6.d) Calidad

Grado por el cual los servicios de salud incrementan la probabilidad de resultados de salud deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual. Para ello es necesario desarrollar:

1. Evaluación y control de la calidad: incluyen la observación sistemática, la comparación con estándares o parámetros, el monitoreo de procesos y resultados y un *feedback* asociado que previene o minimiza el error y optimiza la gestión. Su aplicación tiene el propósito de la mejora de la calidad.
2. Mejora de calidad: es la optimización de los recursos para mejorar la atención médica a través del monitoreo y evaluación de los elementos de diagnóstico, tratamiento y resultados. La mejora de la calidad está

vinculada a procesos de optimización de la performance de los efectores individuales y de los sistemas en los cuales ellos trabajan. Son ejemplos de mejora de la calidad: los ateneos de morbilidad y mortalidad, panel de revisión de muertes previsible, el seguimiento con filtros auditoria de complicaciones, errores, eventos adversos y eventos centinelas, la mortalidad ajustada por riesgos, las estrategias correctivas a través de caminos críticos y protocolos como herramientas utilizadas para estandarización de procesos de atención (guías clínicas), la educación dirigida. Para ello, es indispensable contar con registros médicos fidedignos e informatizados de todas las instancias a evaluar.

6.e) Garantía de Calidad

Es el conjunto global de procedimientos, comprobaciones, auditorias y medidas correctivas específicas utilizadas para asegurar la mayor calidad posible en las pruebas de investigación, estudios diagnósticos, pruebas de control, estudios de muestreo, análisis y otras actividades técnicas y de información. Incluye el control de procesos y el control de resultados. La garantía de calidad facilita el buen nivel asistencial y permite mejores resultados y redundancia en mayor seguridad del paciente.

6.f) Calidad Total

Es el conjunto de principios, de métodos organizados y de estrategia global que intentan movilizar a toda la organización con el fin de obtener una mejor satisfacción del paciente o usuario al menos costo.

Las características de la calidad total consisten en la participación de la totalidad de la fuerza de trabajo de las Instituciones con el objeto de establecer los objetivos de mejora de calidad, diseñar las estrategias para lograrla y los indicadores para medir dicha mejora y la continuidad de las acciones renovando los objetivos una vez alcanzados.

7. Recursos Humanos en Salud

Entre los elementos esenciales de un Plan Nacional de salud, están los recursos humanos, quienes deben poseer las competencias y habilidades adecuadas, además de observar las normas éticas y legales y tratar a las personas con dignidad y respeto.

La formación de recursos humanos debe estar adecuada a las necesidades de la población y planificada tomando como base las características del Plan Nacional de Salud.

La calidad de los procesos educativos en materia de salud será determinada por el Ministerio de Educación de la Nación, mientras que las incumbencias, competencias y los contenidos curriculares serán reguladas por el Ministerio de Salud de la Nación en consenso con las autoridades académicas correspondientes.

Esta renovación requiere generar condiciones para el desarrollo de los recursos humanos, que ponga énfasis en la calidad y el mejoramiento continuo, el desarrollo de competencias apropiadas para la APS, la promoción de la investigación y el desarrollo de equipos multidisciplinares, entre otros.

Los complejos problemas que se observan en cuanto al equipo de salud deben ser abordados a través de políticas de largo plazo, sostenibles e integrales. Deben estar orientadas no solamente a la superación de los tradicionales desajustes entre los requerimientos de servicios y la formación y capacitación para cumplir con estos, sino también a resolver los problemas de la migración, el pluriempleo/desempleo y fundamentalmente la retribución digna al personal de salud.

Se deberá contar con un Registro Único en el que consten todos los profesionales y técnicos del equipo de salud y los respectivos planes de carrera.

Los recursos humanos son un componente esencial de los sistemas de salud, deberán estar adecuadamente preparados para trabajar en los distintos niveles de atención.

Por otra parte, entendiéndose que los fondos de la sociedad, administrados por el Estado, son finitos, este debe abocarse a formar recursos humanos en virtud de las necesidades presentes y futuras, poniendo especial cuidado en elegir para este proceso a quienes den muestra de las aptitudes y capacidades adecuadas.

En este campo trascendental, el Plan Nacional de Salud debe tener particularmente en cuenta:

- ✓ La certificación y recertificación o revalidación de especialidades en forma periódica para todos los profesionales y técnicos, adecuando las normas para tal objetivo. Esto será requisito indispensable para ejercer la especialidad en cualquier ámbito de trabajo.
- ✓ Los profesionales y técnicos con título extranjero deberán cumplimentar para el ejercicio de la profesión, en todo el territorio nacional, la reválida de su título de grado en Universidades Públicas o Privadas, siguiendo las normas que dicte el Estado Nacional, conforme a una reglamentación que, entre otras cosas, contemple para qué, dónde y porqué lo harán. Sus matrículas serán habilitadas por el Ministerio de Salud, aun denunciando, si fuere necesario, los convenios existentes.
- ✓ Deberá propiciarse una Ley de Carrera Profesional del Equipo de Salud en el Sector Público que contemple plan de carrera, remuneración digna, escalafón para el progreso profesional mediante concursos abiertos a la organización.
- ✓ Respecto a la remuneración de los cargos jerárquicos de mayor responsabilidad se deberá fomentar la dedicación exclusiva.

- ✓ Es necesario definir con precisión los límites de las distintas formas de contratación profesional, ya sea en relación de dependencia o como profesión liberal e independiente, bajo la modalidad de contrato de locación de servicios. El sistema deberá garantizar el cumplimiento de las exigencias de capacitación obligatoria dentro de una estrategia de Desarrollo Profesional Continuo (DPC) en servicio, en, por y para la Institución, tanto estatal como privada o mixta.

En Enfermería, al igual que el resto de los componentes del equipo de salud, se deberá exigir título habilitante expedido por autoridad competente. La capacitación también se llevará a cabo mediante la estrategia de desarrollo profesional continuo (DPC) en servicio. Se debe propiciar la Licenciatura en Enfermería desde las instituciones a los fines de mejorar la calidad, mediante un conjunto de incentivos al respecto. Ver ampliación en Anexos I y II.

7.a) Formación del Recurso Humano

Se deberá homologar la formación curricular entre todas las entidades que expiden título o certificación de especialidades (universidades, sociedades científicas, colegios médicos de ley, máximas autoridades nacionales y jurisdiccionales) mediante convenios de reciprocidad, con el Ministerio de Educación y la rectoría del Ministerio de Salud de la Nación. El Ministerio de Salud de la Nación deberá tener responsabilidad primaria sobre las incumbencias y las competencias de los contenidos de la enseñanza de los profesionales y técnicos en el grado y en el posgrado.

Cuando exista más de una sociedad científica o espacio de formación se deberán generar consorcios (asociación de entidades con un fin común) que aseguren la calidad de la formación profesional y los criterios de certificación y de revalidación profesional.

Será indispensable que todos los egresados de las escuelas de medicina que aspiren a llevar a cabo una función asistencial deban completar una

residencia en forma obligatoria, con incorporación laboral formal y remuneración adecuada, con la participación de asociaciones profesionales representativas. Para ello será conveniente contar con la modificación curricular de la carrera de grado en concordancia con la rectoría del Ministerio de Salud de la Nación, la participación de las Universidades, las Sociedades Científicas y las Asociaciones Profesionales, para que la curricula incluya y amplíe aspectos formativos, como por ejemplo la Atención Primaria en virtud de las necesidades sanitarias del país.

Esta participación permitiría, no sólo replantear los contenidos necesarios a implementar en el grado, sino también efectuar modificaciones en la extensión de la carrera de medicina, habida cuenta que al ser obligatoria la residencia para ejercer la función asistencial no sería necesario, por ejemplo, el internado rotatorio u otros programas similares.

Se deberá planear un nuevo diseño, en forma progresiva, de manera tal que resulte que las vacantes para las residencias en atención médica primaria (medicina general/familiar) constituyan aproximadamente entre el 40 y el 50% del total de las vacantes. De esta manera se aseguraría la cantidad de profesionales necesarios para el cambio de modelo.

En el caso de que la residencia no se encuentre todavía acreditada se propondrá un plazo de optimización a fin de lograr los estándares necesarios para la misma. Es importante que las Carreras de Especialista Universitario, que otorgan título y son acreditadas por CONEAU, se efectúen como complemento de las residencias y que acuerden con las Sociedades Científicas correspondientes para acceder al mismo tiempo al certificado de la especialidad.

Asimismo es importante que los servicios en los cuales se desarrollan las actividades de formación se encuentren incluidos en un programa de categorización institucional por parte de las sociedades científicas correspondientes para que con posterioridad puedan incorporarse a un programa de acreditación institucional de servicios por parte de las

instituciones oficiales de salud de la jurisdicción en donde se desarrolla la actividad.

Una vez completada la residencia, la obtención de la certificación correspondiente a su especialidad la obtendrán mediante la tramitación en la sociedad científica correspondiente. La misma que deberá convenir con el Consejo de Certificación de Profesionales Médicos (CCPM) de la Academia Nacional de Medicina (ANM) y con el Consejo de Revalidación de la Asociación Médica Argentina (CRAMA) para obtener la homologación de la metodología de certificación y mantenimiento de la misma así como la revalidación periódica que deberá ser cada 5 años.

Los programas de mantenimiento de la certificación llevados a cabo por las Sociedades Científicas correspondientes con la homologación del CCPM/ANM-CRAMA promoverán que los médicos especialistas certificados tengan actividad asistencial continua y en servicio, mediante la asistencia a congresos y cursos de actualización (ya sea presenciales o a distancia), la participación activa mediante interacción con las publicaciones de la sociedad, la presentación y publicación de trabajos científicos y la demostración de la utilización de los conceptos aprendidos en la actividad profesional mediante portfolios. Todo ello, debe agregarse a la imprescindible asistencia con no menos de 30 horas semanales a un servicio categorizado y acreditado por las instituciones oficiales jurisdiccionales.

Asimismo es importante asegurar a los profesionales la posibilidad de actualizaciones periódicas, de fomentar el mantenimiento de la certificación para la acreditación mediante actividades generadas por las sociedades científicas y, en particular, la capacitación continua y en servicio en todo territorio nacional, con la participación de las asociaciones profesionales representativas.

7.b) Los profesionales y la Atención Primaria de la Salud (APS)

1. La ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA es una parte de la APS que corresponde a los médicos en el primer nivel de atención. La atención médica en este nivel perdió relevancia debido a que los profesionales que la realizaban no estaban formados en esta especialidad, no tenían capacitación específica, no se enseñaba en las escuelas de medicina y no existieron modelos de práctica. Además quedó fuera de las estructuras y escalafones de los sistemas. Se priorizaron otras especialidades y se confundió lo raro, poco frecuente y grave, con lo importante. Se perdieron los conceptos de población y los cuidados personales, la educación, la prevención y la continuidad en la atención quedó fuera de los objetivos sanitarios. Se priorizó la enfermedad y las situaciones de compromiso de vida. Las especialidades se repartieron por órganos, edades, enfermedades o tecnología.
2. Es importante destacar, con respecto a las modificaciones necesarias para la implementación de esta Propuesta, la integración pública-privada, indispensable para repensar un nuevo sistema que responda a los requerimientos de la sociedad con la rectoría del Ministerio de Salud de la Nación.
3. La Atención Primaria de la Salud (APS) es amplia e involucra todo lo relacionado con la salud de las personas (represas, agua potable, espacios verdes, etc.) por lo que está estrechamente relacionada con políticas sociales en educación, vivienda, trabajo y medio ambiente. Por ello es necesario enfatizar el trabajo conjunto (multidisciplina) para dar soluciones y respuestas a las necesidades de los habitantes
4. Es necesario definir el nombre que denominará a las actividades de este profesional de la medicina (especialista) y que englobe a la medicina general, la medicina de familia y la medicina del primer nivel de atención que corresponde a MEDICINA FAMILIAR y GENERAL.
5. Los especialistas en medicina familiar y general deberán haber cursado su capacitación en una residencia completa y con examen final acreditada por la/las sociedades científicas correspondientes (ej.: la Federación Argentina de Medicina Familiar y General - FAMFyG; la

Asociación Argentina de Medicina Familiar– AAMF; la Sociedad Cuyana de Medicina Familiar y General- SOCUMEFA, incluida en FAMFYG, entre otros) en conjunto con la ACAP perteneciente a la Academia Nacional de Medicina mediante la instrumentación de un convenio específico de reconocimiento.

6. De esta manera se lograría jerarquizar a los profesionales de la medicina general/familiar no solo en su formación profesional sino también en su ámbito de trabajo en forma similar a otras especialidades consideradas tradicionalmente como “superiores”.
7. Otras formas de jerarquizar la especialidad sería declararla “especialidad crítica” asegurando a este tipo de profesionales un plus salarial, así como también declarar aquellos lugares del país donde estos médicos son más necesario como “ámbito crítico” con el mismo criterio.
8. Deberán ser categorizados los ámbitos de desarrollo de la especialidad en niveles de complejidad de acuerdo a las estructuras, dotaciones y equipamientos (consultorios externos, centros de atención primaria, centros barriales, centros de alta complejidad diagnóstica, entre otros) por parte de las sociedades científicas correspondientes participando en instituciones jurisdiccionales de acreditación institucional y de programas, para asegurar los mínimos de calidad de atención a la comunidad, igual que para todas las especialidades
9. Se debe concebir a la atención primaria como un “Sistema de primer nivel de atención” que involucre en forma de red no solo al profesional médico (especialistas en medicina general, pediatras tocoginecólogos, especialistas en salud mental, etc.) sino también a la enfermería, a los agentes sanitarios, a los integrantes del sector de desarrollo social de una manera transdisciplinar para ofrecerle a la comunidad un sistema integrado de respuesta.
10. Un especialista en atención médica primaria debe ser:
 - a. Experto en patologías prevalentes
 - b. Orientado a la prevención

- c. Capacitado en epidemiología clínica
- d. Involucrado con los contextos sociales y personales
- e. Entrenado para el gerenciamiento médico

11. Su idoneidad en estas áreas y estas herramientas lo califican para convertirse en médico de cabecera, responsable, ordenador y acompañante tanto del ingreso como de la circulación de sus pacientes en el sistema de salud.

Nuestra propuesta actual se aleja del modelo hospitalocéntrico y basado solamente en la atención médica para basar el sistema en un modelo de atención primaria de la salud, sustentado en equipos de salud, con fácil y permanente relación e integrado con los otros niveles de complejidad (especialistas - hospital) y orientado a las personas y a la comunidad.

La Atención Primaria mejora la satisfacción de la gente, disminuye las inequidades y también los costos y mejora los indicadores como la mortalidad infantil, mortalidad materna, embarazos no deseados, suicidios adolescentes. También aumenta indicadores de prevención.

La atención de las emergencias se complementa con la participación de los sistemas prehospitalarios de emergencia y de los departamentos de emergencia de los hospitales generales de agudos.

Deberá generarse un sistema informatizado que vincule al primer nivel de atención con el segundo nivel para la derivación de las emergencias, urgencias y casos programados.

7.c) Políticas para el personal de Enfermería

Es muy importante que los encargados de formular las políticas de salud consideren el papel de la enfermería en los sistemas sanitarios eficaces y rentables, como prioridad fundamental para lograr una mejor atención.

Es necesario que el personal de enfermería, al igual que el resto del equipo de salud, comprenda adecuadamente la financiación, los presupuestos, la

asignación de recursos y la planificación estratégica de la atención de salud, puesto que estas competencias facilitarán su participación en la formulación de políticas y la asignación de recursos.

Es sabido que en numerosos países en desarrollo, los gobiernos han recortado el gasto en atención de salud con lo cual el progreso hacia la cobertura sanitaria universal se ve dificultado por la escasez de fuerza laboral sanitaria en términos de cantidad adecuada de personal, ubicación correcta y habilidades apropiadas para prestar servicios de calidad a toda la población (OMS 2006)²⁵.

La evidencia derivada de la investigación muestra que aquellos hospitales con mayor ratio enfermeras/pacientes tienen tasas de mortalidad inferiores (Aiken, 2014)²⁶. Según datos del Consejo Internacional de Enfermeras, si en las salas de internación de pacientes post quirúrgicos se asignan de 4 a 6 pacientes por enfermera el riesgo de muerte aumenta un 14% y cuando se eleva a 8 pacientes el riesgo es de 31%, así como también se aumenta el riesgo de las caídas y errores en la medicación (Duffield, 2011)²⁷. Ver ampliación en Anexo II.

9. Instrumentos Legales

Se debe recordar la realidad jurídica de nuestro país en materia de salud. En este sentido, la regla constitucional federal mantiene para las jurisdicciones las competencias no delegadas en el Gobierno Nacional, y la salud es una de ellas. En consecuencia, cada jurisdicción conserva para sí, como competencia no delegada, la potestad de establecer su propio sistema de salud. (Constitución Nacional, Art. 121)²⁸ .

²⁵ OMS. Informe sobre la salud en el mundo. <http://www.who.int/whr/2006/es/>.

²⁶ Aiken, LH.; Sloane, DM.; Bruyneel, L; Van den Heede, K; Griffiths, P et al. RN4CAST Consortium. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet* 2014; 383:1824–30.

²⁷ Duffield C, D Diers, O'Brien-Pallas L, Aisbett C, Roche H, Rey M, Aisbett K. Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *App Nurs Res*. 2011; 24: 244-55.

²⁸ Art. 121: “Las Provincias conservan todo el poder no delegado por esta Constitución al Gobierno Federal y el que expresamente se hayan reservado por pactos especiales al tiempo de su incorporación.”

Asimismo la coexistencia de los tres subsectores: público, privado y de la seguridad social, suma desafíos y dilemas legales a resolver en un proyecto nacional de salud para que sea eficiente y eficaz.

Como antecedentes y referencias de intentos para unificar y aunar criterios y posiciones en este aspecto cabe mencionar: el Plan Federal de Salud 2004-2007 suscripto por el Presidente de la Nación y todos los Gobernadores de las 23 provincias y el Jefe de Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, numerosos proyectos de ley para fijar las pautas de un régimen federal de salud, el Consejo Federal de Salud, el Pacto Federal Legislativo que crea el Consejo Federal Legislativo de Salud, así como también las Actas emanadas de ambos Consejos.

Es entonces fundamental la necesidad de analizar las posibles formas jurídicas de implementación de un Plan Nacional que contemple los principios mencionadas en este documento, a saber: la universalización de la cobertura, la solidaridad, la calidad, la accesibilidad, la equidad, la efectividad, la integración de subsistemas, la implementación progresiva, el alcance federal, el financiamiento y la sustentabilidad, en el marco normativo que hoy rige en la Argentina.

Si bien desde un punto de vista estrictamente constitucional, la posición más acorde para zanjar las diferencias normativas vigentes debiera ser la reforma de la Constitución Nacional. Esta posición es extrema y puede no ayudar a la implementación del Plan propuesto. Por ello, entendemos que en este momento puede ser sustituida por otras estrategias, vinculadas a los pactos entre las distintas jurisdicciones y a la intervención de las Legislaturas Nacional y Jurisdiccionales. Ver ampliación en Anexo III.

9.- De la conflictividad en Salud

Se deben adoptar todas las medidas legales y recursos administrativos para disminuir la conflictividad, como por ejemplo la pérdida de profesionales

calificados que dejen la profesión o migren a especialidades de menor riesgo. Se propondrá modificar normativas y modalidades vinculadas a reclamos por responsabilidad civil profesional entre ellos: 1) la evaluación socioeconómica minuciosa de aquellos que solicitan el “beneficio de litigar sin gastos”, 2) La obligación de que los peritos oficiales tengan la misma formación que los profesionales demandados, estén ejerciendo la profesión y que hayan cumplimentado todos los requisitos de certificación profesional acorde a su especialidad, 3) la aplicación de normas estrictas para la evaluación de daño moral y otros daños subjetivos, 4) que en aquellos casos en que detecten maniobras espurias para generar un enriquecimiento indebido, se aplique las sanciones que prevé la legislación (temeridad y malicia) y se haga partícipe en forma solidaria al estudio jurídico del actor. Todo esto conduce a evitar la “litigiosidad indebida” en el campo de la salud

Principios

1. Muy especial énfasis en la optimización de los procesos de prevención de riesgos y acciones legales.
2. Coordinación puntual y entendible con los procesos de calidad prestacional, acreditación y categorización de instituciones, área y procesos así como especial énfasis en las incumbencias y actualización de los integrantes del equipo de salud.
3. Concientización, difusión y explicación de las complejidades del acto médico, reafirmando que el compromiso asumido se convierte en una obligación de medios y nunca de resultado.
4. Especial énfasis en los beneficios de una buena relación médico-paciente, familiar, enfermería-paciente, etc.
5. Análisis y propuestas de mejora de todos los aspectos que hagan al asesoramiento profesional a los jueces y funcionarios, especialmente

poniendo foco en la calidad de los peritos, tanto de parte (consultor técnico) y, muy puntualmente, al perito de oficio. Resaltar el importante rol de las sociedades científicas, cátedras universitarias, amicus curiae, etc.

6. Especial mención de los beneficios de gestionar en forma completa y prolija la documentación médica, especialmente la historia clínica.
7. Trabajar y proponer todo lo relacionado con la optimización, tanto los existentes como los a crear, del funcionamiento de los medios alternativos de solución de conflictos. Utilizar el derecho comparado.
8. Análisis, concientización, propuestas y directivas, respecto a temas procesales medulares como por ejemplo el beneficio de litigar sin gastos. Por cierto, este beneficio se basa en elementales derechos constitucionales a litigar, pero equilibrando las peticiones en cuanto a reclamos serios y fundados, tanto respecto a los hechos como a los montos exigidos.
9. Concientizar sobre los beneficios del sistema asegurador, pero poniendo especial hincapié en las limitaciones del mismo, sus costos, y que, sin perjuicio de que en algunas oportunidades la aseguradora asuma la defensa penal, la misma es optativa y, lógicamente, no hay cobertura relacionada con la suspensión de matrícula, prisión, etc.
10. Monitoreo y actualización de reformas legales propuestas.
11. Con relación a los reclamos por coberturas que tramiten por la vía sumarísima o de amparos con las habituales medidas cautelares, se propone:

1. Explicar el funcionamiento de los sistemas de salud.

2. Detallar los efectos del PMO así como los beneficios y perjuicios de su no actualización.
3. Detallar las consecuencias disvaliosas de convertir de hecho y derecho al Poder Legislativo en una agencia de evaluación de procedencia de coberturas, sin aval científico suficiente y deficiencias o lagunas en cuanto al financiamiento.
4. Explicación de la propuesta, necesidad y beneficios de la agencia de evaluación de tecnologías, cuyas funciones ya han sido descritas en este documento.

10. Anexos

Anexo I – Aspectos laborales de los Recursos Humanos en Salud

En sentido amplio, puede entenderse que “condiciones de trabajo, incluye cualquier aspecto circunstancial en el que se produce la actividad laboral, tanto factores del entorno físico en el que se realiza, como las circunstancias temporales en que se da. Son condiciones de trabajo, todos aquellos elementos que se sitúan en torno al trabajo, sin ser el trabajo mismo, el conjunto de factores que lo envuelven”.

El análisis de las condiciones de trabajo incluye la descripción de las siguientes categorías:

- Condiciones de empleo: se refiere a las condiciones bajo las cuales los trabajadores prestan sus servicios laborales en una organización. Constituyen el contexto regulador en el que se produce el trabajo.
- Condiciones ambientales: es el entorno físico del trabajo. Comprenden tres tipos: el ambiente físico, las variables espacio-geográficas y el diseño espacial arquitectónico.
- Condiciones de seguridad: incluyen la prevención de riesgos laborales, la posibilidad de lesiones y aparición de enfermedades o patologías profesionales y la violencia con ocasión del trabajo.
- Características de la tarea: bajo esta definición se incluyen variables tales como el conflicto de rol, la sobrecarga, el grado de autonomía del trabajo. Estas variables tienen que ver con el diseño del puesto de trabajo y afectan directamente al contenido de la actividad laboral.
- Procesos de trabajo: se refiere a la organización del trabajo, las demandas del puesto concreto, desempeño, duración de la jornada

laboral, variaciones en el flujo del trabajo y nivel de exigencias del proceso, entre otras.

- Condiciones sociales y/u organizativas: hace referencia a las relacionadas con la interacción entre las personas. Hoy debería destacarse en el marco de un comportamiento social generalizado, en particular, el grado de violencia a que los miembros de equipo de salud están expuestos.
- Condiciones legales: relacionadas con aquellos condicionamientos legales que enmarcan el quehacer y la responsabilidad del trabajador.

Anexo II – Políticas Argentinas de Enfermería

a) Se recomienda la lectura de las conclusiones de la Primera Conferencia de Políticas de Enfermería realizada en noviembre de 1998, en la Ciudad de Córdoba que fuera convocada por la FAE (Federación Argentina de Enfermería) y la AEUERA (Asociación de Escuelas Universitarias de Enfermería de la República Argentina), cuyos lineamientos adelantamos:

1. Promover la evaluación permanente de la calidad de la atención, con énfasis en el impacto del servicio brindado y la productividad en la administración de los cuidados de enfermería y la organización del trabajo.
2. Promover la creación de servicios privados integrales de enfermería garantizando la accesibilidad y la calidad.
3. Propiciar el desarrollo y la legitimación de nuevos roles autónomos de enfermería en el sistema social, facilitando la ampliación del escenario de acción en el sector salud: auditorías, asesoramientos y en otros sectores sociales –industria, deportes, escuela, medio ambiente, comunicaciones y transporte.
4. Promover el desarrollo del ejercicio profesional autónomo e institucionalizado en áreas críticas de la salud: maternidad sin riesgo, planificación familiar, salud infantil, salud rural, salud urbana y desarrollo sustentable, salud mental, violencia, tercera edad, accidentes, salud del adolescente, discapacidad.
5. Asegurar la evaluación y control de la oferta de servicios profesionales en el marco de la economía y los principios de mercado, buscando alternativas de atención al más bajo costo y la más alta calidad.

6. Promover la adopción crítica de la Clasificación Internacional de la Práctica de Enfermería como base para el establecimiento de nomencladores y categorías de financiamiento.
7. Promover la coordinación de los recursos profesionales interinstitucionales con su área de influencia para la atención integral de grupos vulnerables – madre y niño, adolescentes, ancianos, trabajadores desocupados, mujeres, discapacitados, poblaciones indígenas - integrando redes de servicios entre los subsistemas públicos, seguridad social, privados y organizaciones no gubernamentales.
8. Promover la interacción de los profesionales de enfermería con profesionales de otras disciplinas de salud y de otros sectores, en forma integrada y permanente para la búsqueda conjunta de soluciones a los complejos problemas de salud de la población.

b) Declaración de posición sobre la escasez y formación del Recurso Humano de Enfermería de la Asociación de Enfermería de Capital Federal

Principios:

1. La Constitución Nacional sostiene que “Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales...” (Art. 75, Inc. 22), “(...) a un ambiente sano, equilibrado, apto para el desarrollo humano” (...), a la “protección de su salud y seguridad, a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno” (Art. 41)
2. La persona, familia y comunidad tienen derecho a recibir cuidados de enfermeros calificados, en un ambiente que mejor satisfaga sus necesidades.
3. Los enfermeros deben poseer los conocimientos, habilidades, actitudes, para responder efectivamente a las necesidades de los pacientes, a las

demandas de la sociedad y a los desafíos del avance tecnológico. (WFCCN 2008b)²⁹

4. Debe existir congruencia entre las necesidades del paciente y las aptitudes, conocimientos y atributos del enfermero que lo cuida. (WFCCN 2008a)³⁰.
5. La falta de enfermeros genera una preocupación por la fuerza de trabajo, por la calidad de atención y la seguridad de los pacientes.
6. La calidad y seguridad para los pacientes no solo requiere una mayor cantidad de enfermeros sino que debe ir acompañada de una mayor formación, en muchos casos de especialista. (Arias, 2007)³¹.
7. La falta de enfermeros origina un aumento de las estancias hospitalarias, de eventos adversos, de la morbilidad y mortalidad de los pacientes generando costos que pueden evitarse. Un contingente adecuado de enfermeros con formación es esencial para obtener buenos resultados en salud. (Aiken, 2008)³².
8. "Cada paciente que se le agregue a una enfermera que ya atiende a cuatro pacientes en el postoperatorio de cirugía general, ortopédica y vascular, aumenta la probabilidad de muerte en un 7% dentro de los 30

²⁹ WFSICCM: World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. Federación Mundial de Sociedades de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. Declaración de Buenos Aires. Posición Sobre la Provisión de Educación en Enfermería en Cuidados Críticos. CONNECT The World of Critical Care Nursing. 2008b. 6(1):17-19.

³⁰ WFSICCM: World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. Federación Mundial de Sociedades de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. Declaración de Madrid. Declaración de Posición Sobre la Provisión de Fuerza de Trabajo de Enfermería en Cuidados Críticos. CONNECT The World of Critical Care Nursing. 2008a. 6(1):19-21.

³¹ Arias, M; Giraldo C. Investigación y Educación en Enfermería. Del capital humano al capital social: pertinencia de la formación doctoral para el desarrollo de la profesión de enfermería. Invest. Educ. Enferm. 2007; vol.25 no.2 Medellín July/Dec.

³² Aiken, L.H. and Cooper, R. 2008. Training, education, and manpower. Pp. 57-60 in WHO World Alliance for Patient Safety, Patient Safety Implications for Research: A Global Perspective. World Health Organization: Geneva.

días siguientes a la admisión y también un 7% la probabilidad de fracaso terapéutico.” (Aiken, 2002)³³.

9. Una mayor proporción de horas de enfermería se asocia con una menor estadía hospitalaria, menor tasa de: infección urinaria, sangrado gastrointestinal, neumonía, shock o paro cardiorrespiratorio y falla en el rescate en los pacientes clínicos; y una menor tasa de infección urinaria y menor falla en el rescate en pacientes quirúrgicos. (Needleman, 2002)³⁴.
10. Todo enfermero tiene derecho a desarrollarse profesionalmente y la institución que lo contrata tiene la obligación de planificar acciones concretas para ese desarrollo (Ley 24004, Cap. 3, Art. 9, Inc. D; Ley 298 Capítulo 3, Art. 13, Inc. D). Estas acciones, de formación en servicio, incluyen el acompañamiento y orientación al ingresar a la institución, proceso en el cual se debe poner especial énfasis cuando la persona que ingresa tiene poca experiencia o se graduó recientemente. (Hardiman, 2002³⁵, Ihlenfeld 2005³⁶, Santucci 2004)³⁷.

c) Recomendaciones

La Asociación de Enfermería de la Capital Federal (AECAF) sostiene que los cuidados de enfermería administrados a la comunidad y a los pacientes deben ser realizados por enfermeros con los conocimientos, aptitudes y habilidades requeridos en cada nivel de atención. Las presentes recomendaciones, basadas en principios fundamentales, se proponen a fin de servir de guía a los niveles de decisión, a los hacedores de políticas públicas y privadas, a las

³³ Aiken, LH; Clarke, SP; Sloane, DM; Sochalski, J; Silber, JH. “Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout and Job Dissatisfaction.” *Journal of the American Medical Association*. JAMA. 2002; 288:1987-1993.

³⁴ Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M & Zelevinsky K. Nurse Staffing Levels and Quality of Care in Hospitals. *New England Journal of Medicine*. 2002; 346(22):1715- 1722.

³⁵ Hardiman R & Hickey G. What do newly qualified nurses expect from preceptorship? Exploring the perspective of the preceptee. *Nurse Education Today*. 2002; 21:58-64.

³⁶ Ihlenfeld JT. Hiring and mentoring graduate nurses in the intensive care unit. *Dimensions in Critical Care Nursing*. 2005; 24(4):175-178.

³⁷ Santucci J. Facilitating the transition into nursing practice: Concepts and strategies of mentoring new graduates. *Journal for Nurses in Staff Development*. 2004; 20(6):274–284.

autoridades sanitarias de los tres subsistemas del sector salud, a la comunidad, a las asociaciones de enfermería, a los proveedores de cuidados de la salud, a la comunidad académica y otros interesados en el desarrollo y la provisión de los cuidados enfermeros brindados a la población.

Macroeconomía y política

1. La problemática de la enfermería es compleja, las soluciones deben diseñarse con el aporte de planificadores de los Ministerios de Salud, de Educación, de Desarrollo Económico, la Sociedad en general a través de sus Instituciones, las Organizaciones de Enfermería y otras Asociaciones Profesionales, Empresariales, Educativas y Gremiales. (ACAMI 2008)³⁸.
2. “Es indispensable la participación de los enfermeros en la toma de decisiones en el campo de la macroeconomía y sus relaciones con la salud. Para lo cual es necesaria la participación activa en las organizaciones de enfermería, en la creación de alianzas estratégicas con diferentes organizaciones.” (ACAMI 2008).
3. Los enfermeros a través de sus organizaciones, deben apoyar y motivar toda iniciativa para fortalecer la imagen pública, realizar acciones para concientizar a la comunidad en general de la importancia del rol del enfermero. (ACAMI 2008).
4. El estado, las empresas de salud, la industria, las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), las fundaciones y otras instituciones de la sociedad civil deben contribuir al financiamiento de la formación del recurso humano en enfermería, de campañas para

³⁸ ACAMI (2008) Recursos Humanos en Enfermería. Una Mirada Global. Prioridades de Intervención. XI CONGRESO ARGENTINO DE SALUD. ASOCIACIÓN CIVIL DE ACTIVIDADES MÉDICAS INTEGRADAS. Septiembre de 2008. Salta, Argentina.

promocionar la carrera, la educación continua y la investigación.
(ACAMI 2008.)

Políticas y planificación de la fuerza de trabajo

5. Se hace indispensable crear espacios de discusión centrados en las políticas de desarrollo del recurso Humano en Salud, con el fin de permitir la interacción entre los referentes jurisdiccionales, los de formación, los representantes de las asociaciones profesionales, los representantes gremiales, los responsables de la gestión de los servicios de salud, público, de obra social y privados.
6. Es necesaria la participación de los enfermeros en los ámbitos de decisión en los que se planifica la fuerza de trabajo. A fin de planificar de acuerdo a las necesidades de cada sector, “se hace indispensable conocer con certeza, por medio de estudios cuali-cuantitativos, la cantidad de personal de enfermería en funciones, su formación y distribución en los distintos subsectores.” (ACAMI 2008)
7. Es preciso mejorar los entornos de la práctica de la enfermería. Los enfermeros, muchas veces, ejercen su profesión en entornos de gran precariedad, con altos niveles de stress y violencia laboral. Este es uno de los factores negativos observados a nivel global como más influyente al momento de atraer jóvenes al estudio de esta carrera y de retener a los miembros actuales. (ACAMI 2008)
8. Basado en los posicionamientos internacionales, la evidencia consultada y la opinión de expertos, la Asociación de Enfermería de la Capital Federal recomienda los siguientes estándares de provisión de fuerza de trabajo según el nivel de complejidad: a. Pacientes en estado crítico con requerimiento de asistencia

respiratoria mecánica, 22 hs de enfermería/paciente/día, b. Pacientes en estado crítico sin requerimiento de asistencia respiratoria mecánica, 12 hs de enfermería/paciente/día. c. Pacientes de cuidados intermedios y de internación general (quirúrgicos y de alta dependencia), 6 hs de enfermería/paciente/día. d. Pacientes de internación general, 4 hs de enfermería/paciente/día.

9. Cuando se calcula la proporción enfermero-paciente y se programan las guardias, se debe tener especial consideración a que los conocimientos y habilidades de los enfermeros sean congruentes con los requerimientos de cuidado de los pacientes. (WFCCN 2005b)³⁹
10. Se deben asignar puestos en el plantel de enfermería para asistir en la educación y la formación en servicio, en la gestión de la calidad, en programas de investigación y en actividades de administración y liderazgo. (WFCCN 2005b)
11. La enfermería deberá centrar su trabajo en roles y tareas que requieren capacitación, conocimiento y destreza de mejor práctica en el cuidado del paciente. Por lo tanto, deberá emplearse un adecuado número de personal de apoyo al plantel para preservar los talentos de los enfermeros en el cuidado del paciente, y en responsabilidades profesionales. (WFCCN 2005b)

Reclutamiento y retención

12. Desarrollar estrategias de reclutamiento, contratación y retención de los enfermeros en las organizaciones es de crucial importancia

³⁹ WFCCN. Opus cit,

para mantener los niveles de personal adecuados y conseguir cuidados de enfermería seguros y eficaces.

13. Una adecuada remuneración es un factor de gran influencia para reclutar y retener personal calificado. Un enfermero ingresa con un determinado salario y sus posibilidades de incremento salarial son escasas, incluso al acceder a los niveles de conducción. Una carrera horizontal, con reconocimientos salariales por completar la licenciatura, especializarse, completar una maestría o investigar y publicar son aspectos que hacen atractiva la profesión. (ACAMI 2008)
14. Las oportunidades de avanzar profesionalmente, de adquirir autonomía, de participar en la toma de decisiones y recibir una retribución justa, con estilos de dirección participativa, estrategias de formación continua y de desarrollo profesional son condiciones favorables para la retención de enfermeros en las organizaciones. (Kramer, 2008)⁴⁰
15. Los directivos deberán emplear estrategias flexibles en la planificación de la fuerza de trabajo, generar incentivos para contratar y retener enfermería experta en la atención de los pacientes. (WFCCN 2005b)

Liderazgo

16. Para abordar los problemas actuales de enfermería se requieren:
 - a. Enfermeros ejecutivos con habilidades para intervenir políticamente, con capacidades de dirección y gestión en todos los

⁴⁰ Kramer M, Schmalenberg C. Confirmation of a healthy work environment. Crit Care Nurse. 2008;28(2):56-64

niveles (nacional, local y organizativo). (Martínez 2008)⁴¹ b. Líderes que puedan analizar los escenarios, inventar futuros y esbozar caminos para concretarlos, enfocados en las grandes líneas estratégicas, en la visión inspiradora y en la coordinación de la energía de la gente. (Kofman 2003)⁴² c. Gestores capaces de acompañar los procesos de cambio en salud, de organizar los recursos para alcanzar los resultados; enfocados en atender las necesidades del personal, en identificar talentos; en ayudar a desarrollar su máximo potencial, en mantener un ambiente de práctica positivo, y en favorecer amplia participación e innovar.

Formación

17. Para mantener la competencia es esencial la formación de enfermeros con un adecuado plan que desarrolle el conocimiento, las habilidades y las actitudes que se requieren para ejercer esta profesión.
18. Los programas de reconversión y profesionalización de empíricos y auxiliares deben replantearse, los tiempos establecidos por la ley se han cumplido, hubo sucesivas prórrogas para la profesionalización y se ha convertido en una modalidad para los auxiliares que se reciben en la actualidad.
19. Es necesario una mayor fiscalización, legitimación, aplicación y control de normas de calidad en la apertura y funcionamiento de Escuelas de Enfermería. Garantizar la calidad académica requiere la acreditación de carreras por organismos oficiales, con representatividad de la disciplina, para exigir el cumplimiento en la formación y en el ejercicio profesional.

⁴¹ Martínez MC. XI Congreso Argentino de Salud. Recursos Humanos en Enfermería. Propuestas de Intervención. 2008

⁴² Kofman F. (2003) Del control unilateral al aprendizaje mutuo. En Kofman F (Eds), Metamanagement, Tomo 1, Buenos Aires, Granica.

Anexo III – Proyectos de Salud

A) Proyectos de ley tramitados en la Honorable Cámara de Diputados de la Nación actualmente sin estado parlamentario

1. Expediente 4817-D-07 MACALUSE, RIOS, Y GORBACZ.- Derecho a la salud. Régimen. Reproducido 2899-D-09.
2. Expediente 5102-D-07 JEREZ (E.A.).- Programa Federal Salud y Educación para la República. Creación.
3. Expediente 5363-D-07 ROSSO, ARRIAGA, GALANTINI GUTIERREZ (G.B) CANEVAROLO, WEST, CANELA y CANTERO GUTIERREZ.- Salud. Régimen Nacional.
4. Expediente 5410-D-08 FEIN, AUGSBURGER, ZANCADA, MARTÍN, CORTINA, BARRIOS, CUCCOVILLO, VIALE y SESMA: Sistema Único de Salud – SUS- Régimen.
5. Expediente 3256-D-09 GUTIERREZ Y GONZALEZ (NS): Salud. Régimen Nacional.
6. Expediente [915-D-10](#) - FEIN, CORTINA, BARRIOS, CUCCOVILLO, VIALE, CICALIANI y BENAS: Establecimientos públicos regionales de salud. Áreas de cobertura y financiamiento.
7. Expediente [919-D-10](#) - FEIN, BARRIOS, CORTINA, CUCCOVILLO, VIALE, CICALIANI y BENAS: Sistema Único de Salud –SUS-. Régimen.
8. Expediente 4112-D-13 - ITURRASPE; LOZANO; RIESTRA; ALONSO; LINARES; PIEMONTE y CARDELLI.- Salud. Régimen.

B) Proyectos de Ley con estado parlamentario en trámite en la Honorable Cámara de Diputados de la Nación

1. Expediente 6099-D-14 - BERGMAN, SCHMIDT LIERMANN, BULLRICH y BALDASSI: Establecimientos Públicos Regionales de Salud. Régimen.
2. Expediente 7028-D-14 - BINNER, VALINOTO, CUCCOVILLO, CORTINA ROY, RASINO, ZABALZA, CICALIANI, DUCLOS, TROIANO y PERALTA (Gen): Sistema Unico de Salud –SUS-. Régimen.

3. Expediente 8975-D-14 - DE GENNARO; TROIANO; LINARES; SANTIN; LOZANO; VALINOTTO; PERALTA; NEGRI; STOLBIZER; DUCLOS; DONDA PEREZ; Riestra; PAINI y ARGUMEDO - Fortalecimiento financiero de la red pública estatal de servicios de salud. Régimen.

C) Proyecto de Ley en trámite con estado parlamentario en el Senado de la Nación

1. S 4305/14 – GIMENEZ, Sandra - Ley Federal de Salud de la República Argentina.

D) Ley 27.054 - Creación del CO.FE.LE.SA.

En <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/240000-244999/240651/norma.htm>.

E) Ley 22.373 - Creación del CO.FE.SA

En <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/195911/norma.htm>.

F) Ley 23.660 – Obras Sociales

En <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/195911/norma.htm>

G) Ley 23.661 – Sistema Nacional del Seguro de Salud

En <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/63/norma.htm>

H) Ley 26.682 – Marco regulatorio de la medicina prepaga

En <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/180000-184999/182180/texact.htm>

10. Glosario

Transición demográfica:

Este concepto se emplea para designar a los cambios demográficos generados por la modificación en las tasas de nacimientos y mortalidad. La transición demográfica es una teoría demográfica que explicaría el paso de un régimen demográfico preindustrial, presidido por altas tasas de mortalidad y natalidad a otro industrial con un fuerte incremento de la población y posteriormente postindustrial, con tasas muy bajas de mortalidad y natalidad. Inicialmente la transición demográfica pretendía explicar la relación entre los cambios demográficos y los cambios socioeconómicos que se produjeron en el siglo XVIII en los países desarrollados de Europa y por tanto establecer una relación de causalidad entre población, desarrollo y crecimiento demográfico

Razón de dependencia:

Es el índice demográfico que expresa, en forma de tasa y en porcentaje, la relación existente entre la población dependiente y la población productiva, de la que aquella depende. Suelen utilizarse los segmentos de edad limitados por los 15 y los 65 años.

Transición epidemiológica

Se refiere a los complejos cambios e interrelaciones en la salud y el perfil de enfermedades que afectan a las poblaciones humanas. Esta teoría enfoca el cambio en los patrones de salud-enfermedad y sus consecuencias en las sociedades, así como sus determinantes demográficos, socioeconómicos y biológicos. La transición epidemiológica tiene dos etapas; la primera constituye la alta mortalidad que ocasionan patologías infecciosas y la desnutrición; la segunda se caracteriza por enfermedades crónico-degenerativas. Como resultado de los cambios anteriores, transición epidemiológica conlleva una transformación profunda en el significado social de la enfermedad. De ser un proceso agudo y transitorio, que se resuelve ya sea con la curación o con la muerte, la enfermedad pasa a constituirse en un estatus crónico, en el que la carga psicológica, social y económica se acrecienta.

Hospice:

El Hospice es un servicio paliativo integral que se ofrece a las personas que han sido diagnosticadas con una enfermedad o lesión incurable y en estado terminal. Los cuidados paliativos tienen como propósito asistir a los pacientes en el proceso de vivir la vida a su plenitud hasta el último momento. Para lograr este objetivo un equipo de profesionales de la salud une esfuerzos a fin de controlar los síntomas de disconfort y manejar los dolores físicos, psicológicos, sociológicos y espirituales que el paciente pueda experimentar.

Funciones esenciales de la salud pública (FESP)

La Organización Panamericana de la Salud por medio de la Iniciativa "La Salud Pública en las Américas", definió once (11) FESP y desarrolló un instrumento para medir su desempeño, lo que permite a los países realizar una auto-evaluación de sus capacidades para ejercer la salud pública:

1. El monitoreo, la evaluación y el análisis del estado de salud de la población
2. La vigilancia, la investigación y el control de los riesgos y las amenazas para la salud pública
3. La promoción de la salud
4. El aseguramiento de la participación social en la salud
5. La formulación de las políticas y la capacidad institucional de reglamentación y cumplimiento en la salud pública
6. El fortalecimiento de la capacidad institucional de planificación y el manejo en la salud pública
7. La evaluación y la promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios
8. La capacitación y desarrollo de los recursos humanos
9. La seguridad de la calidad en los servicios de salud
10. La investigación en la salud pública
11. La reducción de la repercusión de las emergencias y los desastres en la salud pública

|