

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

29 de abril de 2014

Índice

1. Factores internacionales que intervienen en el Sistema de Salud Argentino	pág. 3
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. 18
3. Acciones del Estado	pág. 20
4. Fundamentos – instrumentales	pág. 22
5. Condiciones y obligaciones de los actores del sistema	pág. 24
6. Niveles de atención	pág. 26
7. Calidad y evaluación de tecnologías en salud	pág. 31
8. Recursos humanos en salud	pág. 36
9. Instrumentos legales	pág. 41
10. Glosario	pág. 43
11. Entidades que contribuyeron y avalan el presente documento	pág. 45
12. Participantes y colaboradores en la elaboración y contenidos del presente documento	pág. 46
13. Entidades y personas que comparten y apoyan los conceptos vertidos en el presente documento	pág. 47

La consecución de la “salud para todos” (Alma Ata, 1978)¹ 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.

Si se acepta la iniciativa de la “salud en todas las políticas” (OMS², 2008) que promueve la acción intersectorial y transversal sobre los determinantes de la salud en los diversos ámbitos, y desde esta perspectiva innovadora, la salud se concibe y actúa 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 la mejora de la salud. 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 et alli, 2012), 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

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

¹ 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 y UNICEF. 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*”.

² 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.

énfasis en la relación entre estado de salud y dignidad humana, la no discriminación, la justicia y 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, entre sus obligaciones tiene la de 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 et alli, 2012).

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 el responsable, por obligaciones emanadas de la Constitución y refrendado en tratados internacionales, de garantizar con sus recursos, tanto estructurales como económicos, la prestación de los servicios.

1.b) Transición demográfica³

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 hasta a multiplicar por cuatro los niveles básicos al alcanzar los 80 años de vida (Granja Romero, 2002). 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 dependencia⁴, 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 de los 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 cofinanciamiento directo de algunas de las prestaciones, en la medida que esto no limite el acceso de las poblaciones vulnerables.

³ Ver Glosario

⁴ Ver Glosario

1.c) Transición epidemiológica⁵

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 (Mazza, 2005). Existe así una verdadera epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles, diabetes, obesidad y tumores malignos, así como el creciente impacto de la enfermedad del trauma en la sociedad.

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 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

⁵ Ver Glosario

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) y su reforma; “Salud para todos”, con una mínima adaptación “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 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 (Díaz, 2009).

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 y 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).

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).

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 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, de la Jara, Jordi Garcés, Romero Teruel, McGreevey – OPS⁶, 2014).

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).

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

⁶ 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.

- 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 (Klisberg, 2008, apud Díaz).

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 espectacular de tecnologías y tratamientos, cuyas aplicaciones prácticas están siendo cada vez más difíciles de soportar económicamente (transplantes, nuevos fármacos diseñados y producidos por técnicas de ingeniería genética, etc.), determinará que los sistemas de salud no puedan hacer frente al gasto generado sin sufrir una importante reconversión de sus planteamientos, con el objetivo de lograr equidad y universalidad en la atención de la salud.

Algunos factores propulsores del gasto sanitario (industria farmacéutica y electromédica) inducen el crecimiento de la intensidad diagnóstica y terapéutica, por magros que sean los resultados o incluso por crecientes que sean los peligros iatrogénicos. (Díaz, 2009)

El estado tiene la obligación de intervenir evaluando el uso de la tecnología apropiada y de una eficaz política de medicamentos, en particular 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 MPP) o parcial (copagos y co-seguros) de los usuarios.

La canasta prestacional vigente (PMO⁷) 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 co-seguros, 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 co-financiación mediante 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 un 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:

⁷ 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

- **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 nos 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, ONGs⁸, 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 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 trauma no intencional, las enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, diferentes tipos de neoplasias, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas), una alimentación poco saludable acompañada de falta de actividad física, el consumo nocivo de alcohol y drogas y los riesgos inherentes a los brotes epidémicos.

Aunque las amenazas que pesan sobre la salud urbana son ciertamente importantes, el panorama general dista mucho de ser sombrío, pero la

⁸ 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

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.I) 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)

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
- Mejoras continuas 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 capita, se gastan más recursos. Algunos datos comparativos para mayor ilustración:

- Gasto en salud, alrededor de 8% del PBI

- 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

2. Fundamentos – objetivos

El objetivo de los presentes fundamentos pasa por el establecimiento de nuevos roles para el Sector Público; 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 poderes de la República), sintonía con los procesos económicos y viabilidad política y gobernabilidad. (Medici, 2001).

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 salud pública⁹.

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.**

⁹ 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. Acciones de Estado

Es imprescindible incluir en el Plan Nacional de Salud un conjunto de componentes, que se organizan en el marco de una acción integradora, participativa y cooperativa, basada fundamentalmente en la administración estratégica y éstos deben ser “garantizados” y “regulados” por el Estado;

- 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 anteriormente planeados, se obtendrán resultados excelentes respecto de los requerimientos de los beneficiarios, aumentar 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”

4. 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 ANMAT¹⁰** 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).
 - Este 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 mas prestigiosas en el ámbito de las ciencias de la salud (ANM) y representantes de las entidades que forman parte del sistema (industrias y otros).
 - 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.

¹⁰ ANMAT: Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

- “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.

- Determinará las acciones a implementar para el financiamiento de las prestaciones de alto costo, episódicas y crónicas

- 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

5. 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 SNS 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.
 - Otorga un carné de identificación.
 - Brinda 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.
- La prestaciones de urgencias serán cubiertas en cualquiera de los prestadores del sistema y será responsabilidad de su “cobertura” (OS, ART, EMP, SEGURO DE SALUD, SP) 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 SNS 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
 - Empresas de Medicina Prepaga (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.

6. Niveles de Atención

En este contexto, debe organizarse al Sector Salud como una estructura estratificada en tres niveles, con interconexión obligatoria entre ellos, dispuesto en redes y con un sistema fluido de referencia y contra referencia 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 y una alta calidad en la formación de médicos especialistas en el primer nivel de atención para ir acercando el equilibrio deseado de 50% de especialistas y 50% de médicos generalistas que requiere el Sistema de Salud.

El primer nivel de atención está apoyado en la Estrategia de la Atención Primaria de la Salud, basado en la equidad, en la organización en redes y en el trabajo integrado de los equipos de salud, interactuando con otras disciplinas.

Este primer nivel de atención es ambulatorio, acciona fuera del hospital y la atención médica deberá ser brindada tanto por médicos generalistas o de familia, certificados como especialistas en este nivel, así como por especialistas en otras áreas que también atienden ambulatoriamente.

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, como por ejemplo: consultorios, policonsultorios, centros de salud barriales, centros de salud generales o centros de alta complejidad diagnóstica.

El primer nivel comparte con los otros niveles de atención la alta 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 mínima complejidad que pueda realizarse en consultorios o en un centro de salud, como por ejemplo: muchas de las cirugías dermatológicas, oftalmológicas, traumatológicas, otorrinolaringológicas y procedimientos diagnósticos mínimamente invasivos.

Este Plan sostiene, amplía y desarrolla el concepto de atención primaria de salud, en tanto que, el 90% de las acciones de salud se llevan a cabo en forma ambulatoria, fuera del hospital y lo más frecuente en las personas es estar sano.

La atención de los problemas comunes (prevalentes) y frecuentes y el mantenimiento de la salud han quedado relegados. La abrumadora llegada de conocimientos llevó a la profundización de esta situación y el desarrollo tecnológico colaboró para alejar a los médicos y al sistema de las personas y de su cotidianeidad. Se priorizó y se jerarquizó la atención de enfermedades, sobre todo las graves, poco frecuentes y de alto costo.

Se valoró más la atención fragmentada, específica y con conocimientos profundos de un área pequeña y limitada, que la atención de los cuidados del paciente en forma integral.

Con el avance de las especialidades disminuyeron los médicos generales de los claustros universitarios y por lo tanto se diluyó el “modelo” de la Atención Primaria.

Se empezó a considerar que lo importante para la salud de la gente se realizaba en el hospital y era brindada por especialistas. Esta percepción errónea se trasladó a las remuneraciones y la medicina general quedó postergada económicamente.

El primer nivel de atención quedó en manos de especialistas formados en otro nivel y con modelos de pensamiento epidemiológicos adecuados a otras prevalencias. Esto determinó que la atención fuera costosa, ineficiente y con niveles de insatisfacción creciente.

El prestigio del Hospital como institución y su concentración de especialistas se instaló como eje central de la atención de salud y como base de la educación médica.

Si bien ya en 1964 Kerr White presentó en *The New England Journal of Medicine*¹¹ su trascendente estudio mostrando que sólo el 1 por mil de la población se internaba en un hospital universitario, continuamos graduando profesionales formados en hospitales y bajo el limitado modelo del 1 por mil.

Hay numerosos estudios y experiencias que sostienen que un sistema de salud alcanza el equilibrio en su modelo de atención cuando tiene un 50% de especialistas y otro tanto de médicos generales.

La atención de la Salud Mental también deberá estar integrada al primer nivel de atención en los Centros de Salud General, incluyendo la promoción, educación, prevención y también la intervención en los problemas de aparición prevalentes.

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

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 oportunas.

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 informatización 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. La instrumentación de esta herramienta, debería formar parte del conjunto de políticas de estado en relación al sistema de salud y de esta forma, todos los habitantes puedan acceder a sus registros

¹¹ The New England Journal of Medicine (NEJM) es una revista médica publicada por la Sociedad Médica de Massachussets, es una de las más prestigiosas del mundo.

médicos, independientemente de la zona del país en que se encuentren y su cobertura de salud.

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, permitirá una derivación rápida y eficiente.

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 integrado con el primer nivel de manera que le permita 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*"¹² para enfermos 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.

¹² Ver Glosario

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.

7. Calidad y evaluación de tecnologías en salud

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 la 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 dirigen 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. 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. En esta evolución, el concepto posterior incluye o subsume 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 y 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; esto debe incluir por lo menos cuatro dimensiones. Todos los programas de control de calidad, según la OMS, 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 mínimo 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 y con la satisfacción del paciente con el proceso del cuidado sanitario, con 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, es la base de los esfuerzos nacionales para lograr este objetivo. Deben actualizarse, completarse y asegurar 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, Privados y las Sociedades Médicas, así como la Academia Nacional de Medicina.

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 "presentar información sobre las alternativas para el pacientes, a clínicos, 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 (de los clínicos, los pacientes, los financiadores y aseguradores, los planificadores, los administradores de servicios, los decisores políticos, etc.).

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 en 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 coste, 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 pretende orientar a los tomadores de decisiones para que adopten decisiones racionales respecto a tres cuestiones principales; 1) aprobación para el acceso al mercado 2) aprobación para su inclusión entre las prestaciones financiadas con fondos públicos y privados, y si es el caso, 3) diseminación adecuada dentro del sistema sanitario. 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 (AHCPH) creada en 1989 y que forma parte del servicio público de salud de EEUU. En Gran Bretaña es señalable la importancia del NICE¹³, verdadero modelo de Agencias de Evaluación de Tecnologías en el mundo.

¹³ NICE: National Institute for Health and Care Excellence

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, en tanto la ANMAT no tiene previsto esta actividad entre sus misiones y funciones, y su ausencia compromete la sustentabilidad del sistema y promueve los amparos judiciales.

Por lo expuesto es que se propone la constitución dentro del Plan Nacional de Salud de una Agencia, similar al NICE por ejemplo, que mientras comience por aproximaciones sucesivas a regular la introducción, uso, equidad, sostenibilidad y necesidad de cambio de las ETES, puede -como en el caso de la ANMAT- 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.

8. Recursos Humanos en Salud

Otro aspecto fundamental para el Plan Nacional son los Recursos Humanos en Salud.

Entre los elementos esenciales de un sistema de salud basado en la APS están los recursos humanos, quienes deben poseer los conocimientos y habilidades adecuados, además de observar las normas éticas y tratar a las personas con dignidad y respeto.

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 multidisciplinarios, entre otros.

Los complejos problemas que se observan en cuanto al personal de salud deben ser abordados a través de políticas de largo plazo, sostenibles e integrales, orientadas no solamente a la superación de los tradicionales desajustes entre educación y servicios, sino también a resolver problemas de la migración, el pluriempleo/desempleo sino también al tema que hace a la retribución digna al personal de 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” (Peiró y Prieto, 1996).

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: incluye la prevención de riesgos laborales, la posibilidad de lesiones y aparición de enfermedades o patologías profesionales.
- 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, 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 destacar 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.
- Sin perjuicio de las legislaciones locales correspondientes, todos los profesionales del equipo de salud contarán con un registro nacional único.

El tema de Recursos Humanos en Salud “es un complejo campo intersectorial de estudio y transformación y, al mismo tiempo, una perspectiva de análisis específico sobre la amplia problemática de los servicios de salud” (Rovere, 1993).

Los recursos humanos son el componente esencial de los sistemas de salud, pero están inadecuadamente preparados para trabajar en contextos basados en la APS.

Las políticas de formación de los Recursos Humanos en Salud, en general siguiendo los lineamientos tanto de la OPS como de la OMS, deben estar enfocadas a la búsqueda de una nueva concepción orientada hacia estrategias de atención primaria haciendo una revisión crítica de los programas de estudio para propiciar una interacción más estrecha de la relación médico-paciente, en consonancia con la estructura política y social de cada país.

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 debe ser obligatoria en forma periódica para todos los médicos especialistas, adecuando las leyes para tal objetivo. Esto será requisito indispensable para ejercer la especialidad en cualquier ámbito de trabajo.
- Los médicos 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. Luego conforme

a una reglamentación, que entre otras cosas contemple para qué, dónde y porqué lo harán, serán habilitados por el Ministerio de Salud.

- Deberá propiciarse y, si correspondiera, generalizarse, la existencia de 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. Las retribuciones salariales deberán ser remunerativas. Respecto a la remuneración de los cargos jerárquicos de mayor responsabilidad deberá garantizar la posibilidad cierta de optar por la dedicación exclusiva. Asimismo, es necesario definir con precisión los límites de las distintas formas de contratación profesional, ya sea bajo la forma de relación laboral en relación de dependencia o como la 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 en Servicio, en, por y para la Institución.
- En Enfermería, al igual que el resto de los componentes del equipo de salud, se deberá exigir título habilitante expedido por autoridad debidamente autorizada. La capacitación también será dentro de la estrategia de 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.
- Para evitar la pérdida de profesionales calificados dejen la profesión o migren a especialidades de menor riesgo, se propondrá modificar normativas y modalidades vinculadas al 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 reducción de los periodos de prescripción a dos años, 4) la aplicación de normas estrictas para la evaluación de daño moral y otros daños subjetivos, 5) que 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 participe en forma solidaria al estudio jurídico del Actor. Todo esto conduce a evitar la “litigiosidad indebida” en el campo de la salud

- Sin alterar procedimientos judiciales, se propone una instancia administrativa obligatoria no vinculante, con el objeto de reducir la carga del sistema judicial y facilitar los procesos, tanto para la parte actora como para la demandante.
- Se debería también estudiar un sistema de remuneración a especialidades básicas por cargos de alta dedicación, de manera de asegurar un primer nivel de atención dotado para la población beneficiaria.
- La autoridad sanitaria nacional tendrá la facultad de definir la incumbencia y los programas de formación, como así también el número de aspirantes a la formación.

9. Instrumentos Legales

Se deben determinar los instrumentos legales para dar certeza a las propuestas del Plan Nacional de Salud, especialmente en lo atinente a la Universalidad de la Cobertura y a la Integración de los Subsistemas.

Se debe recordar la realidad jurídica de nuestro país en materia de sistema de salud. En este sentido, la regla constitucional federal mantiene para las Provincias las competencias no delegadas en el Gobierno Nacional. Y la salud no es competencia delegada.

En consecuencia, cada Provincia conserva para sí la potestad de establecer su propio sistema de salud y entonces se reproducen 24 subsistemas de Salud Pública, Privada y de la Seguridad Social en el país. (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.)

Como antecedentes y referencias deben necesariamente citarse 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, El Proyecto de Ley Nacional de Salud (Expte. 4112-D-2013 – Trámite Parlamentario 054 (22/05/2013), el Proyecto de Ley de Fortalecimiento financiero de la red pública estatal de servicios de salud (Expte. 7349-D-2012 – Trámite Parlamentario 145 (16/10/2012), el Pacto Federal Legislativo que crea el Congreso Federal Legislativo de Salud (no se encuentra actualmente vigente, ya que requiere la aprobación por parte de cada una de las legislaturas provinciales), la Guía de discusión para una Ley Federal de Salud y las Actas del Consejo Federal de Salud.

Es entonces fundamental la necesidad de analizar las posibles formas jurídicas de implementación de un Plan Nacional que contemple la universalización de la cobertura y la integración de subsistemas, en el marco normativo que hoy rige en la Argentina. Desde un punto de vista estrictamente constitucional, la posición

más acorde a la normativa vigente debiera ser la reforma de la Constitución Nacional.

Esta posición extrema que puede no ayudar a la implementación del Plan propuesto, puede ser sustituida por otras estrategias, vinculadas a los pactos entre Nación y Provincias y a la intervención de las Legislaturas Nacional y Provinciales.

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 disconformidad 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