

Han pasado 10 años de aquel verano de 1996 cuando la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata sintió la necesidad de promover la evaluación en su conjunto de los profesionales que forma, y junto a otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales que tienen íntima relación con la Atención Médica, decidieron trabajar en conjunto para ofrecer a la comunidad un ámbito exento de interés parcial que contribuya a la calidad de la Atención Médica.

En aquel momento, junto a la Facultad, estuvieron el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, el Colegio de Médicos del Distrito I, el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA), la Agrupación Médica Platense, el Distrito I de la Federación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales y Otros Establecimientos de Salud de la Prov. de Buenos Aires, la Federación Bioquímica de la Provincia de Buenos Aires y otras instituciones privadas asistenciales de la Provincia de Buenos Aires.

Todas concluyeron en que la Calidad de la Atención Médica es un valor en el que confluyen otros muchos. La entendieron como la capacidad óptima lograda por un profesional, institución asistencial o docente, para contribuir a las mejores condiciones de salud de las personas y comunidades, con el más favorable balance entre beneficios, riesgos y costos de recursos, involucrando la accesibilidad a los servicios, la satisfacción de las personas y comunidades y el estímulo al mejoramiento permanente de las instituciones y prestadores. También coincidieron en que la evaluación de la Calidad de la Atención y Educación Médica debería ser una tarea de conjunto en un ámbito autónomo en el que se debían marginar los intereses lícitos de las distintas partes y que esta tarea multidisciplinaria sería abierta a otras profesiones e instituciones de salud que quisieran incorporarse en el futuro, bajo las mismas condiciones.

A partir de ese momento empezaron a elaborar un proyecto con el propósito de promover la evaluación de la calidad de las instituciones asistenciales públicas y privadas, docentes, de obras sociales u otros sistemas de cobertura que voluntariamente lo requirieran.

Estos fueron los antecedentes de lo que hoy es la Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica (CIDCAM) y el Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud (CENAS). La primera de ellas, con la participación de representantes de la mayoría de las instituciones de la salud privadas y públicas, médicos, bioquímicos, odontólogos y otros trabajadores de la salud se consolidó en 1999, contando en forma permanente con la asesoría y apoyo del Centro INUS de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata.

La CIDCAM, con la metodología de la "Autoevaluación Participativa", desarrollada a partir de indicadores que reflejan la estructura, los procesos y resultados, ha contribuido durante todo este tiempo a construir un cuadro de situación sobre cuál es la calidad y eficiencia de la atención médica que se brinda poniendo de manifiesto los problemas e induciendo a la búsqueda de soluciones a corto plazo. Mientras tanto el CENAS a través del "Programa Argentino de Acreditación en Salud" (PAACS), diseñado con las más modernas técnicas de acreditación a nivel internacional en base a 99 estándares y 311 criterios de comprobación, viene ofreciendo a todos los establecimientos de salud la posibilidad de su acreditación.

No cabe ninguna duda de que en estos 10 años la CIDCAM y el CENAS han fortalecido valores éticos y humanísticos, con el objetivo de lograr la mejor salud para la población con respuestas que han jerarquizado la calidad, eficiencia y efectividad de las instituciones tanto públicas como privadas que voluntariamente la solicitaron.

COMITÉ DE REDACCION



HACIA LA
CALIDAD
en Salud

Director Ejecutivo
Dr. Héctor S. Vazzano
Director Científico
Dr. Héctor Ralli

Tirada de esta edición:
5000 ejemplares
Distribución gratuita
Prohibida su venta
Prohibida su reproducción
total o parcial.
Registro Nacional de la
Propiedad Intelectual
N° 455453.

Las notas son de exclusiva
responsabilidad de los
autores.

Editada por CIDCAM
Calle 60 y 120
(1900) La Plata.
Tel/Fax 0221-4235755/
4277399
email:cidcam@cidcam.org.ar

Diseño
DCV CarolTri
Impresión
Emanuel San Juan

Foto de tapa
Dr. José María Paganini

HACIA LA
CALIDAD
en Salud

I. Editorial



3. Hacia la definición de un nuevo paradigma para la equidad y calidad en salud. Jose María Paganini



15. Primera campaña de prevención del Cáncer Bucal de la Provincia de Buenos Aires



17. Homenaje: Avedis Donabedian. Pionero en la Calidad de la Atención Médica

19. Noticias de CIDCAM

19. Noticias ISQua

20. Noticias Ministerio de Salud Gobierno de la Provincia de Buenos Aires



22. Noticias CENAS: Más instituciones de salud acreditadas



23. Agenda

Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad en la Atención Médica (CIDCAM)

Presidente

Dr. Héctor Vazzano. FECLIBA

Vicepresidente

Dr. Juan Carlos Pussetto. FEMEBA.

Secretario

Dr. Héctor Ralli. FEMECON.

Tesorero

Dr. Julio Domínguez. ACLIFE.

Vocal 1°

Dr. Enrique Mules. AMP

Vocal 2°

Dr. Horacio Rumbo. ACLIBA I

Vocal 3°

Dr. Gustavo Mammoni. FECLIBA D. I

Vocal 4°

Dr. Jorge Lloves. FECLIBA D. II

Vocales suplentes

Vocal 1°

Dr. Carlos Peruzzetto. FABA

Vocal 2°

Dr. José Lago. FEMECON.

Vocal 3°

Dr. Roberto Dávila. FEMEBA

Vocal 4°

Dra. Silvia Lescano. FOPBA.

Comisión revisora de cuentas

Dr. Enrique Triaca. FECLIBA

Dra. Blanca Ferraresi. FECLIBA.

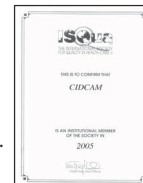
Dr. Norberto Cabutti. FABA

Suplentes

Dr. José Barán.
AMP

Dr. Jorge Ochoa.
FEMEBA.

Dr. Horacio Sovanni.
FEMECON



Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud (CENAS)

Presidente

Dr. José María Paganini

Vicepresidentes

1° Dr. Gustavo Mammoni

2° Dr. Norberto Cabutti

3° Dr. Juan Larzabal

4° Dr. Jorge Ochoa

5° Dr. Jorge Jañez

Director Ejecutivo

Dr. Héctor Vazzano

Directores

Planeamiento: Dr. Ignacio Szapira

Actividades Programáticas

Dr. Carlos Peruzzetto

Hacienda

Lic. Roberto Ortiz

Científico

Dr. Julio Domínguez

Técnico

Dr. Juan Carlos Linares

Prensa

Dr. Juan Carlos Pusseto

Jurídico

Dr. Ernesto Badi

Enfermería

Lic. Albertina González

Hacia la definición de un nuevo paradigma para la equidad y calidad en salud

JOSE MARÍA PAGANINI*

R
E
S
U
M
E
N



La salud colectiva está en crisis en la mayoría de los países. La meta de equidad en salud no se ha cumplido a pesar de los reiterados enunciados de los organismos internacionales y los gobiernos nacionales. Una de las causas de este evidente fracaso se atribuye, en parte, a las limitaciones del paradigma sanitario utilizado en las últimas décadas, definido sin considerar las corrientes de avanzada en desarrollo social y que ha provocado confusión y antinomias. Por lo tanto, se considera necesario definir un nuevo paradigma en el sector salud que se incorpore a las corrientes actuales de pensamiento que sustentan los valores de equidad, calidad y justicia, que otorgan una responsabilidad activa al sector para enfrentar los desafíos de la salud para todos en el nuevo milenio.

Palabras claves: política de salud, equidad, ética de la salud, atención primaria, paradigma sanitario, crisis del sector, desarrollo social y salud, estrategias de organización, metas del milenio.

El presente informe se basa en un documento de trabajo en desarrollo en el Centro INUS de la UNLP.

El objetivo final del mismo es la búsqueda de un nuevo paradigma para la salud colectiva. 2-3

La hipótesis que orienta este enfoque parte de la realidad observada donde se compara las propuestas de políticas y estrategias de los últimos 50 años con los resultados obtenidos en donde es evidente que las mismas no fueron capaces de resolver el grave problema de inequidad en la salud de la población.

I. La situación de inequidad

Un breve análisis de la situación de salud colectiva en la mayoría de los países del mundo, en especial en los países de las Américas, nos lleva a la conclusión de que las situaciones de inequidad no han mejorado significativamente. Y en muchos casos se han agravado.4-5

Para los países de América Latina y el Caribe y tomando solo la tasa de mortalidad materna como un indicador sensible a las diferencias socio-económicas, ya en 1972 se declaraba una diferencia de 7 veces entre países menos desarrollados con los valores de países desarrollados, rango que aun persiste en la actualidad.6

Esta situación de inequidad no ha cambiado en el presente.

En lo que hace a los indicadores de mortalidad materna o infantil, los últimos datos declarados por los países muestran que, a pesar de presentar tendencias globales de descenso, el análisis de esos indicadores por áreas geográficas o condición económica muestra diferencias superiores a los observados en la década de los años 70.7

* Director. Centro Interdisciplinario Universitario para la Salud. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata.

En el caso de la situación de accesibilidad a los servicios de salud, también se indicaba en 1972 otro nivel de inequidad denunciando que el 37% de los habitantes de Latinoamérica no recibía atención adecuada.⁶

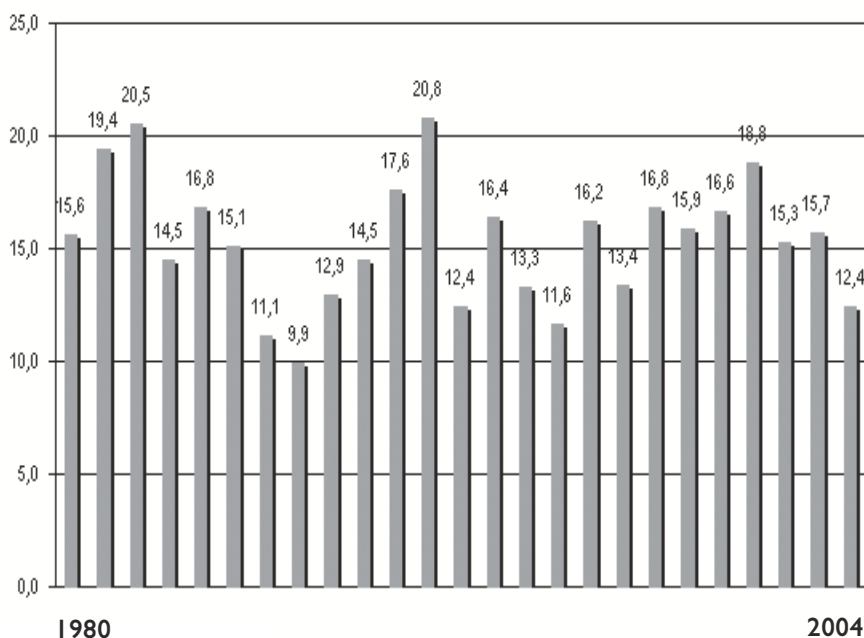
Conclusiones similares se encuentran en recientes documentos internacionales en donde se afirma que la expectativa de que la APS iba a extender los beneficios de la salud en forma equitativa no ocurrió y que las inequidades en salud no sólo no fueron superadas sino que se han agravado.⁸

En el caso de Argentina, la situación de inequidad en salud también está presente.

Si bien el análisis de los datos nacionales indica que la tendencia descendente de la mortalidad infantil persiste, también se acepta que todavía queda un porcentaje para reducir del 60%.

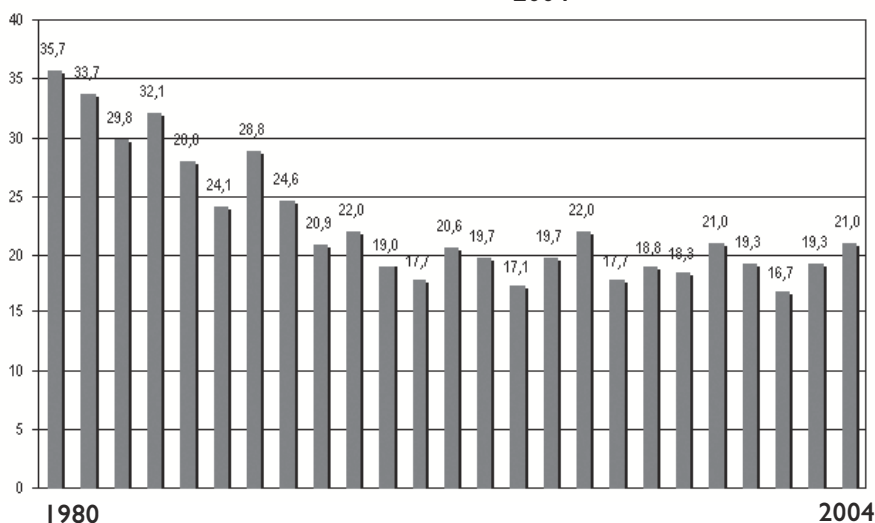
Esta inequidad se muestra también analizando la mortalidad materna según provincia en donde las últimas cifras oficiales indican un rango de 12 entre la tasa más baja y la más alta; situación que no ha cambiado prácticamente desde 1980.

La misma situación de inequidad se encuentra si se analizan los rangos de mortalidad infantil por provincias. (V. cuadros 1 y 2)



Cuadro 1. Rango razón de mortalidad materna por provincias desde 1980 a 2004

Cuadro 2. Rango tasa de mortalidad infantil por provincias desde 1980 a 2004



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación – Programa de Estadísticas y Censos. 2004

En lo que hace a las inequidades en la atención de la salud, datos nacionales e internacionales indican limitaciones en la cantidad de las gestiones hospitalarias que llegan a un 70% de los establecimientos.¹²

Es evidente que no se alcanzaron las metas incorporadas en las declaraciones de políticas y estrategias globales.

Si recordamos la definición de inequidad en salud⁹⁻¹⁰ como la diferencia existente en los niveles de salud y en las formas de atención de la salud de las poblaciones medidas por ubicación geográfica, situación socio-económica, educación, cultura, etnia, raza, forma de financiación de la atención de la salud, las cifras presentadas llevan a confirmar las conclusiones anteriores, es decir, que los problemas de inequidad no sólo persisten sino que, aun peor, se han agravado.

Las sociedades no han sido capaces de organizar las oportunidades económicas, educacionales así como la organización sanitaria para resolver las inequidades que son evitables, injustas e inaceptables.¹¹

En el campo específico del sector salud, a pesar de que los conocimientos de las ciencias médicas continúan su avance, persiste la inequidad en la aplicación de los mismos.

Ello se pone en evidencia no sólo en los análisis de inequidad en la accesibilidad a los sistemas de salud sino también en los niveles de calidad de la oferta de servicios de salud y sus resultados.¹²

2. La crisis del sector salud

Es evidente que existe una crisis tanto en la distribución de oportunidades de los distintos grupos de población como específicamente en los resultados del sector salud.

En nuestra opinión, una de las causas de esta crisis está relacionada con los paradigmas utilizados hasta ahora que han impedido el desarrollo adecuado de las políticas de salud.¹³⁻¹⁶

A pesar de que los principios de equidad, justicia y solidaridad están contenidos en la

mayoría de los discursos y documentos de política, los modelos de desarrollo necesarios para lograr esa equidad, para cumplir con la solidaridad y la justicia no han logrado esos objetivos.

La crisis es de políticas sectoriales y operativas, es una crisis del modelo sanitario deseado que impide orientar los programas de salud y las acciones de una sociedad para resolver los graves problemas de inequidad.¹⁷

No es sólo una crisis de las sociedades y de los modelos de desarrollo vigentes sino también una crisis interna del propio sector salud.

Por lo tanto, consideramos la necesidad urgente de iniciar una reflexión crítica sobre los paradigmas sanitarios vigentes, su relación con el desarrollo social y, frente a ello, definir las bases conceptuales de un nuevo paradigma que oriente claramente y sin confusiones las definiciones de políticas y estrategias así como la organización sanitaria hacia un modelo que cumpla con el mandato de lograr la equidad en la salud y en la atención de la salud.

Para comenzar este análisis, haremos una breve mención a las relaciones del sector salud con el desarrollo social.

3. La salud y el desarrollo social

El análisis del desarrollo social y su relación con el sector salud lleva a afirmar un consenso ya aceptado que establece que la salud colectiva de una población está en relación con la equidad con que se distribuyen las oportunidades de desarrollo de todos los bienes y servicios que una sociedad produce.¹⁸⁻¹⁹

La salud es un componente fundamental de los derechos humanos y de la dignidad individual.^{18, 20}

Para ello podemos mencionar los sectores de una sociedad que agrupan a los conocimientos de la economía, del desarrollo sustentable, la seguridad social y financiación de la salud, la producción de alimentos y su distribución, las oportunidades de trabajo y empleo decente, la educación, la justicia, las libertades públicas, el ca-

pital social, el respeto por las diferencias de cultura, raza, género, etnia, la vivienda y el urbanismo, el saneamiento básico, el control de la contaminación y preservación del medio, entre otros.

Todos estos sectores declaran o deben declarar en sus políticas que la salud es un derecho y una inversión y que el desarrollo humano, la calidad de vida y la salud integral con equidad son objetivos concurrentes.

Dentro de estos sectores debemos destacar al sector salud ya que es el motivo de esta propuesta.

4. El sector salud

A partir del enfoque sistémico, definimos al sector salud como un conjunto de conocimientos, destinados a la promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, en el ámbito individual y colectivo, que una sociedad posee en un momento histórico, así como un conjunto de recursos humanos, tecnológicos, organizacionales, financieros, de procesos sociales destinados a la producción de nuevos conocimientos, a la transmisión y a la aplicación de esos conocimientos según los valores y políticas definidas por la sociedad.

Al concepto de sector salud se lo hace sinónimo del concepto de sistema de salud por lo que se puede definir también como la respuesta social organizada para resolver los problemas de salud de las poblaciones.

Por lo tanto, el ámbito de acción del sector salud incluye tanto a los individuos como al medio natural, biológico, social, económico que tienen influencia sobre la salud.

Si bien en esta definición no se incluyen las acciones propias de las poblaciones en su ámbito cultural comunitario y familiar, el sistema de salud debe contemplar en sus actividades la necesaria relación con el sistema social de producción de salud es decir los conocimientos que surgen de las culturas, creencias y comportamientos de las poblaciones.

De acuerdo con la definición anterior, debemos destacar la integralidad y amplitud del con-

cepto de sector salud compuesto, por un lado, por la totalidad de conocimientos que hacen a la promoción, prevención, atención de la salud y por otro, por la totalidad de los recursos y esfuerzos de una sociedad para producir nuevos conocimientos, transmitir y aplicar los mismos.

De esta visión integral del sector destacamos:

- a) la indivisible relación de todos los conocimientos de las ciencias médicas y de las ciencias sociales aplicadas a la salud, así como todas las políticas, estrategias, programas y actividades, con el objetivo de mejorar la salud de las poblaciones en promoción, prevención y tratamiento de problemas de salud.
- b) la necesaria integración de todos los recursos destinados a la salud de la población

5. Las responsabilidades del sector

De la definición anterior se debe destacar las siguientes responsabilidades:

- 5.1 La producción de nuevos conocimientos; es decir, el desarrollo de la investigación en las áreas biofisiopatológica, clínica, epidemiológica social, de las ciencias sociales en su conjunto así como a la de sistemas y servicios de salud.²¹
- 5.2. La transmisión de conocimientos sistematizada y organizada a través del saber de las ciencias médicas y de las ciencias sociales relacionadas con la salud en forma integral que comprende las ciencias de la salud, en donde las universidades y centros de estudios y de investigación tienen un rol fundamental en el desarrollo adecuado del sector.
- 5.3. La aplicación de los conocimientos de las ciencias de la salud en el ámbito individual, familiar y colectivo teniendo siempre presente los valores de equidad y justicia.

Dentro de esta última responsabilidad es posible identificar las siguientes áreas de acción:

- a) Definimos la primera área como una abogacía para la salud y la equidad.

Porque el sector salud ve la cara de la pobreza, observa la injusticia, en su expresión más cruda, en la falta de salud y de atención de la salud.

Por abogacía para la salud con equidad, entendemos los estudios epidemiológicos sociales que el sector salud debe realizar permanentemente para monitorear las situaciones de inequidad y para llamar la atención sobre las diferencias observables en la situación de salud y de atención de la salud debido a la inequidad social.

Esta información es la que debe orientar la definición y aplicación de políticas y estrategias globales de una sociedad hacia la equidad.

b) La segunda área se refiere a las políticas, estrategias y acciones de intersectorialidad que deben promoverse para facilitar la equidad en la salud.

De esta manera surgen las relaciones activas con todos los sectores de la sociedad para coordinar conocimientos, programas y acciones de manera de potenciar y lograr la deseada reorientación de la sociedad hacia situaciones de justicia y equidad.

Son los programas intersectoriales para la equidad social.

c) La tercera área se refiere a la responsabilidad central, irrenunciable, directa del sector que consiste en entregar los conocimientos de las ciencias de la salud a través de los servicios de salud.

Esta área se relaciona con la búsqueda de modelos de atención que respondan a las necesidades de la población tanto en el ámbito individual y familiar como colectivo sin ningún tipo de limitaciones, asegurando cobertura efectiva, atención integral con contenidos de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento, la humanización de la atención, la calidad de los servicios, la eficiencia en la utilización de los recursos sobre la base de redes de atención y el desarrollo de modelos de financiación que contemple los principios de equidad financiera.

6. El paradigma de la Responsabilidad Ética Social para la Equidad en Salud (RESES)

Un nuevo paradigma para el sector salud

Este paradigma incorpora las bases éticas y sociales de las ciencias de la salud requiriendo

de ellas una actitud activa al servicio de las políticas que sustentan el desarrollo de los derechos humanos y la dignidad individual y colectiva.

Según nuestra hipótesis, una de las causas que explican el fracaso evidente de los paradigmas vigentes está relacionada con las limitaciones y confusiones que orientaron la definición de las políticas y estrategias del sector.

Un nuevo paradigma para el sector salud debe, por lo tanto, responder a la necesidad urgente de resolver los problemas de inequidad que persisten y se agravan, otorgándole, al sector salud la responsabilidad para resolver en forma activa las situaciones de inequidad.

Dentro de esta amplia definición, el nuevo paradigma debe además proponer una flexibilidad permanente capaz de adaptarse a los permanentes desafíos relacionados con los cambios demográficos y epidemiológicos y de necesidades de atención así como a los diferentes modelos de desarrollo democrático y de las instituciones formales e informales de una sociedad.

Por lo tanto, consideramos necesario que el nuevo paradigma no sólo defina las bases conceptuales de equidad para la definición de políticas sino también concrete en forma clara, sin confusiones, las responsabilidades del sector para definir las orientaciones estratégicas y operativas que orientan su organización.

7. Las bases conceptuales para la responsabilidad ética social y la equidad

Se definen 10 bases conceptuales.

7.1 El desarrollo económico social y los derechos humanos

Reafirmar la equidad, solidaridad y justicia como los principios y valores del sector salud reconociendo la necesidad de una acción concertada de toda la sociedad para asegurar el derecho a la salud, parte integrante fundamental de los derechos humanos.^{18, 22-23}

7.2 La democracia y la ciudadanía

Aceptar la salud como un bien social de alto consenso valorativo en donde se debe poner

en evidencia la participación genuina de la población al desarrollo del sector reconociendo la íntima relación de la salud con los valores de la democracia y la ciudadanía.

7.3 La responsabilidad ética social

Sostener como valor fundamental de las políticas y estrategias del sector las bases éticas de las ciencias de la salud que surgen de las características de bien social de sus conocimientos.

De esta manera, el sector salud debe asumir como un desafío ético moral su responsabilidad de ser la avanzada de la justicia liderando una distribución justa de los conocimientos que posee basándose en programas con una actitud activa para resolver las inequidades respetando las autonomías individuales y colectivas.²⁴⁻²⁵

Uno de los grandes problemas de los paradigmas actuales ha sido el desconocimiento de las responsabilidades éticas sociales que ha llevado a la creación de sistemas de salud pasivos frente a la necesidad y la injusticia.

En muchos casos, se ha dejado liberado exclusivamente a las lógicas del mercado a las relaciones entre la población y los servicios de salud desconociendo las verdaderas motivaciones y complejidades de una relación que debe estar orientada por paradigmas provenientes de la ética social y la justicia.²⁶

Las recientes contribuciones de la bioética social apoyan la necesidad urgente de pasar de un sistema pasivo frente a las desigualdades y la inequidad en salud a sistemas de salud activos frente a la injusticia.²⁷

7.4 La equidad en salud

La equidad constituye el valor fundamental y el objetivo principal del sector salud.^{28, 9}

Ello debe conducir a una clara definición de política para poner a toda la población en igualdad de condiciones para recibir los conocimientos de las ciencias de la salud de acuerdo con sus necesidades y sin ningún tipo de discrimi-

nación socioeconómica, cultural, geográfica, religiosa, de género, etnia, raza, idioma o formas de financiación.

7.5 La integralidad de los conocimientos de las ciencias de la salud

Afirmar la integralidad de los conocimientos de las ciencias de la salud en promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento como las bases centrales del sector salud, que desde sus orígenes²⁹ nacieron con orientación social, comunitaria e integral respetando e incorporando a dichos conocimientos las prácticas culturales, populares que se transmiten y ejecutan en el ámbito familiar y comunitario.

A partir de este enfoque, el paradigma que se propone otorga igual importancia tanto a la investigación básica como a la investigación clínica, epidemiológica social, investigación de sistemas de salud e investigación en ciencias de la salud.³⁰

Lamentablemente, se definieron muchos modelos sanitarios recientes desconociendo los aportes que han hecho y que hacen los conocimientos de las ciencias médicas a la salud colectiva hasta llegar a proponer antinomias y enfrentamientos entre las ciencias de la salud y la salud colectiva. Lo que llevó a proponer soluciones simplificadas de la organización de salud.³¹

7.6 Las prioridades y la lógica social

Los nuevos enfoques para la definición de prioridades deben superar la utilización exclusiva de la lógica económica pasando hacia modelos de análisis con mayor contenido de desarrollo social en sus resultados.

De esta manera, se debe evitar caer en la simplificación de otorgar prioridades a acciones aisladas en la atención de la salud o a “paquetes de atención” previamente definidos orientados exclusivamente a la eficiencia económica los que llevan a producir nuevas inequidades en la distribución de los conocimientos.³²

El nuevo paradigma sanitario debe afirmar que la única lógica para la orientación de las prioridades en salud está dada por la existencia de una necesidad y de un conocimiento para resolverla.

7.7 La abogacía para la salud y la intersectorialidad

El sector salud debe liderar las actividades de análisis, investigación y debate sobre las situaciones de inequidad y la identificación de modelos de desarrollo que favorezcan la equidad en salud y desarrollo humano así como promover todo programa intersectorial hacia políticas públicas saludables para potenciar las acciones hacia la salud colectiva.

7.8 La organización del sector, la cobertura universal y la calidad de la atención de la salud

Aceptar la calidad de la atención de la salud como una condición de la equidad sobre la base de una organización que contemple niveles de atención y asegure cobertura universal.¹²

Ello debe permitir la coordinación de las actividades de atención ambulatoria hasta servicios en redes con capacidad de resolver problemas de salud en cada uno de ellos y de aplicar todos los conocimientos de las ciencias de la salud.

La visión simplificada otorgada a la definición de atención primaria como primer nivel de atención determinó serios problemas en los desarrollos estructurales del sector produciendo antinomias y enfrentamientos y provocando limitaciones a la organización del sistema de salud.³¹

Esta simplificación ha llevado en muchos casos a aislar la institución hospitalaria de las políticas del sector hacia la equidad o a producir las antinomias entre los conocimientos generales de la salud y las especialidades médicas⁴ introduciendo, además, nuevas inequidades en la atención de la salud en el nivel hospitalario y de gestión de los programas integrales.

Autores dedicados a este análisis han insistido en que, si bien el paradigma sanitario de la atención primaria definido en 1978³³ se constituyó en un mensaje estratégico fundamental en lo que hace a la equidad de la salud, introdujo confusiones operativas al pasar de una definición global de políticas a contenidos ambiguos relacionados a veces con un nivel de atención, otras veces con una medicina simplificada o, lo que resulta aun menos explicable, como “la puerta de entrada al sistema”.^{4,5}

La experiencia de los últimos 30 años de evolución de las sociedades, de los éxitos y fracasos del sector salud, de nuevas contribuciones de las ciencias sociales, de la economía, de la bioética nos hace pensar que es urgente una profunda reflexión sobre este paradigma sanitario incorporando nuevas propuestas que envíen mensajes de mayor claridad y contenido con el fin de orientar sin confusiones el futuro desarrollo del sector frente a las metas de equidad del nuevo milenio.³⁴

7.9 El desarrollo de los recursos humanos

Otorgar la necesaria prioridad al desarrollo de los recursos humanos para la salud teniendo en cuenta una relación adecuada entre la demanda de profesionales con las necesidades del modelo de atención y las características de reclutamiento y formación.

Para ello, se debe exigir un reconocimiento para todos los actores involucrados, desde la investigación, la educación médica y de otras ciencias dedicadas a la salud y en la práctica de la salud y en las organizaciones destinadas a la atención de la salud.

Especial énfasis debe otorgarse a la formación y práctica adecuada de profesiones de alto valor estratégico, como la enfermería, con el fin de recuperar un perfil adecuado del equipo de salud.

7.10 Los modelos de contribución financiera

El análisis de los modelos de contribución financiera para la salud contiene dos abordajes concurrentes.

Por un lado, debe considerar las bases éticas sociales que una sociedad defina como las formas de contribución al sistema.

Por otro lado, analizar los mecanismos que debe utilizar para una distribución justa de esos recursos.

En el primer análisis, se deberá reconocer a la financiación de la salud como de alta importancia estratégica logrando el desarrollo de modelos de contribución sobre la base de los principios de la equidad financiera con el fin de apoyar el modelo de desarrollo de la salud y no a la inversa.

Lamentablemente, los paradigmas utilizados en los últimos años han cometido un doble error, aislando el tratamiento de la financiación de la salud de las propuestas organizacionales del sector o desarrollando esas propuestas en respuesta a los lineamientos financieros.

En ambos casos se provocaron serias inequidades en la distribución de los recursos y programas.

Por lo tanto, todo nuevo paradigma sanitario debe contemplar un profundo análisis sobre las bases conceptuales de la financiación de la salud y su relación con el modelo de atención.

8. Las orientaciones estratégicas y operativas del nuevo paradigma

Las responsabilidades del sector

De la misma manera que se definieron las 10 bases conceptuales del nuevo paradigma, se considera fundamental analizar, además, las orientaciones estratégicas y operativas que orienten la organización del sector para responder a sus responsabilidades éticas sociales.

8.1 Utilizar la evidencia en la atención y organización del sector desarrollando investigaciones aplicadas a los problemas prioritarios³⁵

La literatura en investigación social e investigación de sistemas de salud de los últimos años aporta información de gran utilidad que se debe tomar como referencia en las orientaciones estratégicas y operativas en la organización del

BL
& **A** **Bermúdez, Lose & Asociados**
AUDITORES, CONSULTORES Y ASESORES TRIBUTARIOS

Sarmiento 776 1º piso Oficina «B» C1041AAP C.A.B.A.
Tel./Fax: 54 11 4393-2948 (líneas rotativas)
e-mail: blyasoc@speedy.com.ar

sector y para orientar investigaciones locales para la correspondiente adaptación y ajuste.³⁶

8.2 La rectoría del estado y la descentralización

Dentro del desarrollo de los estados democráticos, el nuevo paradigma sanitario debe contemplar la necesidad de un estado rector con capacidad de regulación asumiendo la total responsabilidad para la equidad en salud.

Además, dicha organización debe contemplar también el desarrollo de una política organizacional y administrativa que promueva la plena participación de la población y la gestión de los recursos a través de una genuina descentralización.³⁷

La descentralización del estado debe encontrar en el sector salud un componente fundamental al incorporar el tema de la equidad en las agendas locales de desarrollo facilitando una programación y gestión transparente que permita su control y evaluación.¹²

Lo que incluye una definición de prioridades en la adjudicación de recursos y programas pasando por el monitoreo de su gestión y la evaluación de sus resultados y eficiencia.

El desarrollo de sistemas locales de salud debe considerarse como una de las estrategias fundamentales de un nuevo paradigma sanitario.³⁷

8.3 La responsabilidad geográfica poblacional

Desde su definición conceptual hace ya más de 15 años un sistema local de salud comprende tanto la responsabilidad de la atención integral a las personas como la atención al medio.³⁸

Es decir, que dentro de esta estrategia se incluye todo lo relacionado con la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el concepto de comunidades saludables dentro de un ámbito político administrativo ya sea de nivel provincial como municipal donde deben confluir en forma ordenada y coordinada todos los conocimientos de las ciencias dedicadas a la salud individual y colectiva.³⁸

8.4 La programación local participativa

Comprende requerir a cada sistema local la formulación de programas integrales de atención de la salud colectiva con énfasis en la promoción y prevención con plena participación comunitaria, aceptando su responsabilidad activa frente a las necesidades, con definición de poblaciones en riesgo y asignación de recursos y actividades para enfrentar los problemas de salud.

La programación local participativa es otro instrumento hacia la equidad, la participación y la democracia.³⁹

8.5 La definición de metas de corto plazo

Implica definir requisitos mínimos para los contenidos de los programas de salud que deben contemplar no sólo la identificación de la población bajo programa y del ámbito geográfico relacionado sino, además, los objetivos y actividades, así como los recursos necesarios.

Todo sistema local debe definir metas a corto plazo con un análisis estratégico permanente que mida coberturas efectivas, la calidad y los resultados esperados.⁴⁰

Los paradigmas vigentes se han basado exclusivamente en la definición de metas de largo plazo sobre la base de indicadores globales que, si bien son de utilidad para medir macro tendencias de un país o de grandes grupos poblacionales, ocultan situaciones de inequidad evitando además la posibilidad del monitoreo permanente y las necesarias correcciones a los programas del sector.³⁴

8.6 La organización de redes de atención

Desde el punto de vista de la organización de recursos, un sistema local organizado con una política de coordinación y complementación de sectores y servicios permite la utilización de todos los recursos del área ya sean de dependencia estatal como privado o de seguridad social.³⁷

Esta visión integral exige la incorporación al modelo sanitario de todos los recursos de la salud, desde los consultorios médicos, odontológicos, los centros y puestos de salud, los hospitales comunitarios, de ámbito rural o de municipal, los establecimientos privados hasta los grandes centros de atención en ámbitos urbanos.

Debe destacarse que, bajo el concepto de red social,⁴¹ las jerarquías que se otorgan a los componentes de la misma se deben basar tanto en la utilización de tecnologías de equipos médicos como de tecnologías sociales.


Ello deberá así superar los conceptos vigentes que definen niveles de atención y categorías de servicios basados exclusivamente en tecnologías de equipos.

8.7 El modelo de atención integral, la calidad y las metas de cobertura efectiva

Implica promover la atención integral de la salud y la calidad sobre la base de los componentes de atención accesible, precoz, continua, completa, en equipo, activa, humanizada, participativa, responsable y con evaluación permanente aceptando que la definición de cobertura no está exclusivamente relacionada con la accesibilidad a los servicios de salud sino, además, que debe contener componentes de calidad que incluye además la seguridad y humanización de la atención.¹²

8.8 La autoevaluación participativa, la acreditación externa y la gestión en salud.¹²

Una condición fundamental del nuevo paradigma consiste en el desarrollo de enfoques moder-



ACLIFE

ASOCIACIONES DE CLÍNICAS Y SANATORIOS FEDERADAS

ACLIBA I: Calle 5 N° 669 La Plata Tel: (0221) 483-9590

ACLIBA II: Lavalle 51 Of. A Avellaneda Tel: 4201-7181

ACLIBA III: Larrea 478 Morón Tel: 4627-5716

ACLIBA IV: Av. Rolón 881 Boulogne Tel: 4766-1060

Av. Callao 449 Piso 7ª Of. A y B - Ciudad Autónoma de Buenos Aires
T.E. 4373-4102 / 4123
E-mail: info@aclife.com.ar / Web: www.aclife.com.ar

nos de la gestión institucional donde la autoevaluación participativa y la acreditación externa son estrategias que se deben utilizar, ya que es en este nivel en donde el requerimiento de la equidad y la calidad se hace más visible.

Además, el nuevo paradigma debe promover el desarrollo organizacional mediante la definición de planes estratégicos para la equidad y la calidad con metas concretas para su evaluación tanto de los usuarios y la población como de los profesionales de la salud.

8.9 Sistemas de información locales sensibles a la evaluación y monitoreo de las inequidades⁴²

El desarrollo de sistemas de información locales orientados a la medición del cumplimiento de metas de equidad en salud debe permitir el diagnóstico y monitoreo permanente y a corto plazo de las situaciones de salud de las distintas poblaciones según sus características socioeconómicas y riesgos con la elaboración de indicadores de procesos de gestión, las formas de participación social así como el análisis de coberturas efectivas para cada problema de salud ya sea de atención al medio y a la población utilizando referencias de mapas epidemiológicos.

Una medida de los avances hacia la equidad en salud será aquella que identifique para cada país el desarrollo de sistemas locales de salud sobre todo en poblaciones con mayor necesidad que sean capaces de identificar la población y el medio ambiente bajo responsabilidad, definan las prioridades sobre la base de los riesgos, organicen los recursos para la aplicación de los conocimientos in-

tegrales de las ciencias de la salud, promuevan la programación participativa y evalúen indicadores de cobertura efectiva y resultados en los niveles de salud.

8.10 Los modelos de distribución de los recursos y las formas de pago

De la misma manera que se debe dar prioridad a las bases éticas de la contribución financiera a la salud, también es necesario analizar las estrategias de aplicación de los fondos para la salud. De manera de que los mismos contribuyan a la equidad y la calidad de la atención sin introducir restricciones para alcanzar dicho objetivo.

9. Conclusión

Ante el evidente fracaso de las metas de equidad definidas ya hace más de 30 años, es necesario realizar un profundo análisis crítico de los paradigmas utilizados en las últimas décadas.

Las limitaciones de los paradigmas vigentes han llevado al sector salud a una incapacidad evidente para resolver en forma integral los problemas de salud de los más necesitados produciendo, según la OMS, no sólo muertes inaceptables sino también, discapacidades, empobrecimiento, humillación y desesperanza.⁴³

La definición de un nuevo paradigma para la salud colectiva requiere que las ciencias de la salud se desprendan de sus ataduras conceptuales y asuman la responsabilidad ética social de constituirse en un instrumento de justicia orientándose con sus políticas y estrategias a una acción activa para el logro de la equidad.



Federación Odontológica
de la Provincia de Buenos Aires

REFERENCIAS

- 1 Paganini JMP Centro Interdisciplinario Universitario para la salud. Facultad de Ciencias Médicas, UNLP. centroinus@inus.org.ar
- 2 Paim JS, de Almeida Filho N. Collective health: a "new public health" or field open to new paradigms? *Rev Saude Publica*. 1998 Aug; 32(4):299-316.
- 3 Almeida C. Equity and health sector reform in Latin America: a necessary debate. *Cad Saude Publica*. 2002;18 Suppl:23-36. Epub 2003 Jan 21.
- 4 PAHO Renewing Primary Health Care in the Americas. August 2005 Mimeo pp 31.
- 5 OPS Atención Primaria de Salud en las Américas. Las Enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los Retos Futuros. Mimeo pp 16. Doc. CD44/9 Julio 2003
- 6 OPS. "Salud y Equidad" Revista Panamericana de Salud Pública. Vol.7, N° 1. Enero 2000.
- 7 OPS/OMS "La Salud en las Américas". Publicación Científica N 569. Vol 1. 1998. 1998
- 8 OPS Doc. CD44/9 Julio 2003 Atención Primaria de Salud en las Américas. Las Enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los Retos Futuros. Mimeo pp 16.
- 9 Paganini JM. La salud y la equidad. Fundamentos conceptuales, definiciones, propuestas de acción. INUS-SIMBEL, Publicación Científica N 1, Universidad Nacional de La Plata, Argentina. 2001.
- 10 International Society for Equity in Health. Working definitions. www.iseqh.org. 2000.
- 11 Whitethread M "Concepts and Principles of Equity and Health". WHO. Copenhagen 1990.
- 12 Paganini JM. La gestión integral de la calidad, una estrategia para la equidad en salud. CIDCAM Hacia la calidad en salud. Año I N 1 Sept 2005.
- 13 Garcia JC. Medicine and society. Schools of thought in the health field] *Educ Med Salud*. 1983;17(4):363-97.
- 14 Gracia D. The historical setting of Latin American bioethics. *J Med Philos*. 1996 Dec;21(6):593-609
- 15 Mainetti JA La crisis de la razón médica Quirón, La Plata, 1988
- 16 Bunge M Crisis y reconstrucción de la filosofía. Editorial Gedisa, Barcelona, 2002.
- 17 Gostomzyk JG. Social medicine as a paradigm for innovative developments in public health. *Gesundheitswesen*. 1998 Aug;60 Suppl 1:S36-40.
- 18 Sen A. "Desarrollo y Libertad". Editorial Planeta, 2000
- 19 Kawachi I. et.al. "Income Inequality and Health: Pathways and Mechanisms". *HSR*. 1999; 34 (1) 215-227
- 20 Sen Amartya. Elements and Theory of Human Rights. Blackwell Publishing Inc. Philosophy and Public Affairs. 32. 4 2004
- 21 Banco Mundial. "Informe Sobre el Desarrollo Mundial 1993". *Invertir en Salud*. Bco. Mdial. Washington DC 1993
- 22 Yunus M.. "Hacia un Mundo sin Pobreza".. Editorial Andres Bello, 1998.
- 23 Rawls John. "A Theory of Justice". Oxford. Oxford University Press. 1971
- 24 Pellegrino E., Thomasma D "A Philosophical Basis of Medical Practice." New York, Oxford University Press, 1981.
- 25 Daniels N. "Health Care Needs and Distributive Justice".. En "In Search of Equity" Bayer R.; Caplan A. and Daniels N. Plenum Press. New York and London 1983.
- 26 Banco Mundial. "Informe Sobre el Desarrollo Mundial 1993". *Invertir en Salud*. Bco. Mdial. Washington DC 1993.
- 27 Wilkinson R. "Health Inequalities: Relative or Absolute Material. Standards". *BMJ* 1997; 314: 591-595.
- 28 OPS. Principios y conceptos básicos de equidad y salud. Mimeo. División Salud y Desarrollo Humano. 1999.
- 29 Hipócrates. 460 355 ac. Juramento Hipocrático. Declaración de Ginebra. Asociación Médica Mundial. Ginebra. Suiza. 1948
- 30 WHO. Policy Practice Research. Strengthening health systems: the role and promise of policy and systems research. Geneva, Alliance for Health Policy and Systems Research, 2004.
- 31 OMS.-UNICEF. "Atención Primaria de la salud. Alma Ata 1978". OMS. Ginebra. 1978. 31 ops 2005 3
- 32 Banco Mundial "Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000/01". "Lucha Contra La Pobreza". Versión resumida. Washington DC., Setiembre 2000
- 33 Tejada de Rivero, D.A. Alma-Ata: 25 años después. En: *Rev. Perspectivas de salud*, 203: 8(2).
- 34 The World Bank. The International Bank for Reconstruction and Development. Millenium Development Goals. Washington, 2005.
- 35 Global Forum For Health Research. The 10/90 Report on Health Research. 2004 2005. Geneva. 2005
- 36 WHO. Policy Practice Research. Strengthening health systems: the role and promise of policy and systems research. Geneva, Alliance for Health Policy and Systems Research, 2004. HFHR. WHO Geneva.
- 37 OPS "Resolución XV/CD XXXIII Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud". 1988.
- 38 Paganini J.M. "El desarrollo Municipal. Una Estrategia para la Equidad en Salud". Mimeo. Presentado al Ier. Congreso de Secretarios Municipales de Salud de las Américas. Fortaleza, Ceara, Brasil, Octubre 1995
- 39 OPS/OMS. La función de programación en la administración estratégica en los sistemas locales de salud. En: *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La administración estratégica*. HSP/SILOS-2, pp. 66-93. Washington 1994.
- 40 OPS/OMS. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Cuestionario para el análisis de los procesos de descentralización y desarrollo local. HSP/SILOS-29. Washington 1996.
- 41 Bunge, M. "Las Ciencias Sociales en Discusión. Una perspectiva filosófica. Editorial Sudamericana 1999.
- 42 Lewis C et al. El sistema de información en los SILOS: propuesta para su desarrollo. En: *Los sistemas locales de salud. Conceptos, Métodos, Experiencias*. Publicación Científica 519, pp-220-240. OPS/OMS. Washington 1990.
- 43 WHO. The World Health Report. 2000. Health Systems: Improving Performance. WHO. Geneva. 2000.

Primera campaña de prevención del Cáncer Bucal de la Provincia de Buenos Aires

La Federación Odontológica de la Provincia de Buenos Aires es una Asociación Civil sin fines de lucro, creada en 1937 y conducida por odontólogos. Convencida de que la Calidad de la Atención de la salud debe ser cada vez mayor y que la atención de la misma es un derecho que tiene toda la población sin distinción de la situación económica o social, forma de financiamiento ni lugar donde se produce, ha decidido incorporarse a la CIDCAM y como parte de esa Calidad ha puesto en marcha la Primera Campaña de Prevención del Cáncer Bucal en la Provincia de Buenos Aires.



La profesión odontológica, enfrenta hoy más que nunca el desafío de volcar todos sus conocimientos en la lucha contra el cáncer bucal. En forma conjunta con el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y la Academia Nacional de Medicina, inicia esta campaña cumpliendo una invaluable tarea en los tres niveles de prevención:



Las manchas pigmentarias deben ser estudiadas por biopsia

Prevención primaria

Se orienta a reducir la incidencia de la enfermedad y para ello se concentra el esfuerzo para que la población se aleje de los factores de riesgo que han sido detectados con gran capacidad cancerígena. Tomados en conjunto, el efecto del uso del tabaco, el alto consumo de alcohol y una dieta deficiente, explican probablemente más del 90% de los casos. El enfoque preventivo debe ser lo suficientemente claro para que los odontólogos junto al resto de los trabajadores de la salud actúen en este nivel y contribuyan con éxito a su prevención.

Prevención secundaria

Se refiere a la detección de la enfermedad en una etapa precoz de su historia natural. El actuar a tiempo conduce a la curación o a una minimización del daño. En esta etapa cobran importancia los programas de detección masiva como el Programa de Detección de Casos de Cáncer Oral de Cuba, dirigido por el Prof.

Dr. Julio Santana Garay donde, entre 1983 y 1990 se examinaron 10.167.999 pacientes y se detectaron 30.478 pacientes con lesiones sospechosas, resultando 3.220 lesiones cancerizables, 581 carcinomas de células escamosas y 127 casos de cánceres de otra estirpe histológica. También es de alto valor predictivo lo que el Prof. Dr. Newell Johnson de Inglaterra llama “la detección oportuna”, que consiste en ofrecer un examen de detección para una lesión insospechada cuando una persona se presenta por otro motivo a la consulta odontológica o médica. Nadie mejor que el odontólogo, cuyo lugar de trabajo específico es la boca, para realizar en un breve tiempo, en forma incruenta mientras toma la anestesia, un examen de los tejidos blandos bucales y poder diferenciar lo normal de lo que no lo es.

Lesiones sospechosas:

Leucoplasia
Eritroplasia

Condiciones:


Anemia por deficiencia de hierro
Liquen atípico
Lupus Eritematoso Discoide
Queratosis actínica

Prevención terciaria

En esta etapa el rol del profesional odontólogo sigue siendo importantísimo ya que debe actuar para reducir la posibilidad de la aparición de un nuevo cáncer bucal y ayudar al paciente para minimizar los efectos secundarios en la boca de la terapia oncológica.

Rol del odontólogo ante los efectos secundarios del tratamiento

El cáncer oral es tratado actualmente con cirugía, radioterapia y excepcionalmente con quimioterapia. Una buena calidad de la atención médica incluye la preparación del paciente cuando debe ser irradiado, durante la terapia y una vez finalizada la misma. Dado que están descriptas nuevas lesiones cancerígenas en los pacientes tratados, el control periódico del paciente especialmente en los que no abandonaron los hábitos de riesgo, adquiere una trascendencia fundamental. En los últimos años se ha avanzado en lo que se refiere a las técnicas de diagnóstico, técnicas quirúrgicas y calidad de la atención paliativa en los enfermos terminales; no obstante, es fundamental el control periódico de las mucosas, el estudio radiológico de la estructura ósea y la derivación temprana al especialista.



Agremiación Médica de Ezeiza
Asociación de Médicos de San Martín y Tres de Febrero
Asociación Médica de Alte. Brown
Círculo Médico de Esteban Echeverría
Círculo Médico de Lomas de Zamora
Círculo Médico de Matanza
Círculo Médico de Morón, Hulingham e Itzaingó
Círculo Médico de San Isidro
Círculo Médico de Vicente López