

# ISALUD

Publicación de la Fundación ISALUD • Viamonte 1167 Piso 3º (1053) Buenos Aires - Argentina • Teléfonos: 374-6295 372-7269 - Fax: 371-8679  
AÑO III Abril-Mayo-Junio 1995 N° 15

## Salud y Desempleo

El desempleo de la moderna sociedad capitalista post-industrial tiene síntomas graves en la Argentina. Desde nuestro Presidente hasta el más remoto de los sectores y actores sociales ponen a la lucha contra el desempleo en primera prioridad. Las optimistas de la modernidad y de la mundialización se equivocaron. Nuestra historia nos muestra que el crecimiento económico de los nuevos sectores y formas de la economía no han logrado incorporar a los antiguos desempleados sino que a ellos les está agregando nuevos excluidos.

Las economías de países industrializados tienen altos índices de desempleo: Francia (11,2%), Dinamarca (12,4%), Finlandia (16,6%), Bélgica (12%), España (22%), es decir, cuentan con cantidades increíbles de ciudadanos expulsados del mercado laboral.

Se ha reemplazado la explotación por la exclusión. No sólo son las diferencias tradicionales entre el norte y el sur. Todas las

sociedades tienen un sur interior. Los ricos no necesitan de los pobres. La economía moderna no es para todos los hombres.

La crisis del capitalismo es similar a la del fin de siglo XVIII y buena parte del XIX. El telar mecánico y la máquina a vapor fueron la tecnociencia de época que generaba desempleo y exclusión. La revolución industrial también fue, en sus comienzos, una contrarrevolución social. Como aquella, ésta parece ser prolongada. Como aquella, tiene sus flancos más débiles en lo social. En consecuencia, la presencia del sector salud tiene una importancia fundamental.

Dentro de esta búsqueda de contención y paliativos en lo inmediato y de soluciones para el mediano y largo plazo, la salud tiene un importante rol que jugar. Y dentro del rol de la salud una parte significativa, esencial, le corresponde a hospitales y servicios públicos ya que la desocupación amplía de manera significativa el número de sus usuarios potenciales y reales.

Hacer funcionar mejor los hospitales, las salas de primeros auxilios, los dispensarios y las Obras Sociales, por ejemplo, constituye una exigencia básica del ahora, más allá de que debiera serlo siempre. La crisis obliga a maximizar el aprovechamiento de los recursos.

Debemos incrementar la participación social en los servicios de salud. La participación no es sólo un instrumento democrático de construcción política. Es también un insumo.

Los médicos y demás trabajadores de la salud tienen ante la circunstancia una responsabilidad mayúscula. Más allá de todos los reclamos que plantean, muchos justos, comenzando por sus remuneraciones, todos ellos son asalariados que se mantienen dentro de un sistema que los contiene. Como tales tienen una responsabilidad adicional en atender a los que de momento, se encuentran fuera de ese sistema.

Si el sistema de salud en su conjunto contribuye de una manera significativa, mediante su transformación se cumplirá con una tarea valiosa en la lucha contra los efectos del desempleo, aunque no contra el desempleo mismo.

Por lo tanto la lucha contra los males del desempleo debe encontrar al sistema público de salud en primera fila del combate, sostenido por una especial revalorización social. Así lo sienten los usuarios, más allá de algunas falencias que con distinta frecuencia e intensidad suelen reflejar los medios.

El gobierno está planteando estrate-

gias. Prolongación de la cobertura de las Obras Sociales para los desocupados, Programas médicos para la Tercera Edad que no tengan Obra Social, Programas sociales, Reformulación y transformación de los Hospitales Públicos. Pero convenimos que estamos lentos ante los cambios rápidos.

La reforma del sector salud sigue siendo una asignatura pendiente. Reforma, no desmantelamiento como pretenden algunos. Para ser más eficaz socialmente hay que ser más eficiente. Pero también eficiente en los objetivos y no sólo en los precios. El sector salud es el gran redistribuidor dentro de los sectores sociales. Ante las desigualdades crecientes, es hoy necesario más igualdad ante la prevención y reparación de la salud. Debemos ampliar las capacidades y posibilidades del sector salud.

Las democracias modernas se han quedado casi sin sus enemigos históricos. La pobreza, el desempleo y las desigualdades sociales son sus nuevas acechanzas. No ha sido ni será el mercado quien las resuelva, sino la voluntad social mayoritaria conducida por el estado y el compromiso solidario de todos. La lucha necesita algo más que recetas económicas. Se necesitan remedios políticos. □



Dres. Alberto Díaz Legaspe y Carlos A. Vizzotti que asistieron a las Jornadas de Valencia

### XIV JORNADAS DE ECONOMIA DE LA SALUD EN VALENCIA

En la ciudad de Valencia (España) la Asociación de Economía de la Salud (AES) realizó a fines de mayo último sus Jornadas Internacionales a las que asistieron delegados de AES de nuestro país encabezados por el Dr. Ginés González García, presidente de la misma y de la Fundación ISALUD. También concurren representantes de otros organismos de nuestro país y el debate se centró sobre "Los instrumentos para la gestión en Sanidad". (Ver. pág. 4)

## SEGUNDO ENCUENTRO NACIONAL DE HOSPITALES

*Primer Encuentro Nacional de Consejos de Administración de Hospitales "MODELOS DE GESTION NUEVOS ESCENARIOS"*

Conferencias - Talleres de discusión - Trabajos

Organiza:  
Fundación ISALUD  
2 y 3 Noviembre 1995  
en el Hospital Juan P. Garrahan  
Informes y presentaciones de trabajos, consultar en Secretaría

# FUNDACION ISALUD

## Consejo de Administración

Presidente

Ginés González García

Secretario

Alberto Díaz Legaspe

Prosecretario

Graciela María Giannettasio

Tesorero

Atilio Armando Savino

Protesorero

Héctor Conti

## PROPOSITOS

La Fundación tiene el propósito de mantener una presencia activa en el dinámico sector de la salud de nuestro país a través de la experiencia que sus equipos han acumulado en sus trayectorias personales y colectivas.

Desarrollará sus actividades en relación con todos los aspectos que contribuyan a la salud, en su significado más abarcativo, empleando a ese cometido sus medios materiales, intelectuales y tecnológicos.

## OBJETIVOS

Realizar estudios e investigaciones, desarrollar métodos y sistemas, proponer, ejecutar o encarar trabajos destinados al mejor conocimiento de los fenómenos técnico-médicos, económicos, sociales u otros que participen de la dinámica de los procesos de salud-enfermedad de la población, con intención de progreso social.

Organizar, patrocinar o contratar la realización de cursos, seminarios, simposios u otras reuniones de carácter científico técnico con intención de contribuir a la formación de recursos humanos en los terrenos vinculados al desarrollo de la salud, en su más amplia concepción.

Ejecutar acciones de salud en el orden técnico, económico, social u otros, por iniciativa propia o de terceros, disponiendo para ello de los recursos materiales y humanos necesarios.

Otorgar, financiar, administrar o recibir fondos para becas de formación y/o perfeccionamiento de recursos humanos en las áreas de conocimiento que hacen a la salud de la población.

Establecer relaciones, contratos o emprendimientos con instituciones de propósito similar, del país o del extranjero, para tareas relacionadas con su propósito general.

## Valioso caudal informativo en el Banco de Datos de ISALUD

En el número anterior del Boletín informamos con algo de apresuramiento, empujados por la urgencia del cierre, sobre los elementos de consulta que por vía informática incorporó ISALUD a su Centro de Documentación.

Una de las principales adquisiciones fue la suscripción al LILACS/CD-ROM que elaborado por BIREME es uno de los principales productos cooperativos de la RED Latinoamericana y del Caribe, con más de 130 mil registros bibliográficos y resúmenes que abarcan un período superior a los quince años. Además ofrece un catálogo de publicaciones seriadas (SeCS) que contiene la información de una amplia red de bibliotecas especializadas de Brasil. Más de 45. Por esa vía se puede consultar toda la legislación básica sobre el sector salud, contando también con referencias bibliográficas sobre el tema y que se encuentran vigentes en la región desde 1978. Es un fondo que está coordinado con el Programa de Desarrollo de Políticas de Salud HSP/PAHQ y los contenidos de las bibliotecas de la OPS y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

## Seguridad social

El tema de la seguridad social es una preocupación de destacados especialistas, que actúan en el seno de las Comisiones de nuestra institución o las asesoran. En apoyo a la tarea que realizan, y que hacemos extensivo a todos nuestros lectores y amigos, se incorporó al Centro de Documentación, el BICISS I, un CD-ROM editado por el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS)

órgano de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, que está especializado en bibliografía sobre el tema y en el que se ha utilizado tecnología de punta con la colaboración de la Universidad de Colima. Cuenta con más de 15.000 registros bibliográficos.

## Sistemas de la OCDE

Dentro del amplio programa instrumentado por la Fundación, destinado a reunir las más variadas fuentes de información sobre temas de salud, siempre en función de apoyo a los equipos que trabajan en ISALUD, ha sido incorporado, por vía informática, todo el Sistema de Salud de la OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económico) que agrupa a los 24 países más industrializados del globo. Contiene una amplia información estadística sobre prescripciones, financiamiento y atención médica en los países que la componen. Se podrá visualizar por computadora series estadísticas y efectuar comparaciones entre las distintas naciones a partir del empleo de unas 400 variables.

Todos aquellos lectores y amigos que deseen hacer una consulta o recabar una información por intermedio del Banco de Datos, pueden consultar personalmente en nuestra Sede o por teléfono. □



Dr. Andrés Leibovich

## Congreso Mundial de Emergencias en Jerusalén, Israel

En la ciudad de Jerusalén (Israel) se realizó entre los días 28 de mayo y 2 de junio últimos el IX Congreso Mundial de Emergencias y Medicina de Desastres con más de 400 asistentes de todo el mundo. Especialmente invitado asistió el Dr. Andrés Leibovich, integrante de ISALUD. Fueron cinco días de conferencias, presentación de trabajos, mesas redondas y discusiones, donde se coincidió en la necesidad de afrontar los desastres con un enfoque coordinado y multidisciplinario.

El último día se realizó en un estadio un simulacro de emergencia en el que participaron todas las fuerzas relacionado con auxilios por desastres — bomberos, policía, médicos, fuerzas armadas, etc. — coordinadas por el General Asharon, máxima autoridad sanitaria del Ejército Israelí. □

## Agua, Salud y Equidad

por Federico Tobar y Gabriel Laurino\*

El deterioro del medio ambiente perjudica más a los pobres y la incidencia de enfermedades generadas por la contaminación del agua son prueba de ello. La distribución del agua potable para consumo humano es un claro ejemplo de cómo la contaminación tiene efectos regresivos sobre la distribución de la salud y la calidad de vida de la población. Actualmente 1 billón de personas no tiene acceso al agua corriente y 1,7 billones no disponen de sistemas de saneamiento y viven expuestos a graves riesgos de enfermar y morir por causa de ello.

El país con mayor mortalidad infantil de menores de cinco años tiene 16 veces la tasa registrada por el de menor mortalidad. Es interesante comparar estos datos con los de la provisión de agua potable. En promedio, un habitante del país con mayor consumo per cápita, utiliza 200 veces más agua que un habitante del país de menor consumo. Es mayor el tamaño de la población con acceso a servicios de salud que con acceso a agua potable, y el cuadro empeora si se considera la población cubierta por sistemas de saneamiento.

Las enfermedades asociadas con el agua han sido clasificadas en cuatro categorías (OMS, 1992):

1. *Enfermedades de origen hídrico:* Asociadas con el consumo de agua contaminada por desechos humanos y animales y conducen a enfermedades como el cólera, la fiebre tifoidea y la diarrea.
2. *Enfermedades asociadas con el lavado con agua:* Ocasionadas por la escasez o inaccesibilidad del agua, lo cual dificulta el aseo personal y conduce a enfermedades como diarreas, afecciones oculares y de la piel, así como pediculosis.

3. *Enfermedades basadas en el agua:* Asociadas con parásitos que pasan parte de sus ciclos de vida en el agua, como la equistosomosis.

4. *Enfermedades relacionadas con el agua:* Asociadas con insectos que son vectores de enfermedades y que tienen en el agua su hábitat. Estas pueden variar de acuerdo con el ambiente, por ejemplo los mosquitos que transmiten malaria se reproducen en el agua potable, mientras que los que transmiten la filariasis se reproducen en letrinas, ciénagas y agua contaminada, etc.

Las patologías atribuibles a la inadecuada calidad y cantidad de agua varían según se trate de población urbana, suburbana o rural. En 1990 fueron registrados 374 muertes atribuibles a esas patologías en la Provincia de Buenos Aires. De ellas 233 corresponden al Conurbano, área en la cual el 42,92% de los hogares no dispone de conexión de agua ni de cloacas y 141 al resto de la provincia. De esto se infiere que los grupos suburbanos podrían ser los más vulnerables.

La Fundación ISALUD está desarrollando una investigación con el objetivo de estimar el gasto ocasionado por la atención de las patologías de transmisión hídrica dentro del Conurbano Bonaerense, en los establecimientos públicos y del IOMA, con la intención de compararlos con los costos del desarrollo de sistemas adecuados de saneamiento ambiental en las regiones afectadas.

\* Investigadores de ISALUD. Actualmente están desarrollando el proyecto "Impacto Económico de las Enfermedades Causadas por Contaminación del Agua".

# Continúa con pleno éxito el desarrollo de la Maestría sobre los Sistemas de Salud

**S**iguendo el programa de actividades presenciales, continuó el desarrollo de la Maestría de Sistemas de Salud y Seguridad Social, que se dicta en la sede de la Fundación ISALUD, organizada con-

juntamente con el Centro de Estudios de la Salud (CES) de la Facultad de Derecho de la Universidad Nacional de Lomas de Zamora.

Según lo consignamos en el Boletín N° 14, después de la disertación del Dr. Oscar Cetrángolo, cumplida el viernes 17 de abril, en la que se refirió a "Financiamiento y gasto de los sectores sociales", el programa continuó los días 28 y 29 de abril. El viernes 28, la Lic. Silvina Ramos y el Lic. Juan José Llovet, titulares de la cátedra "Sociología de la salud y la atención médica", cuyo objetivo es aplicar el enfoque sociológico al campo de la salud y la medicina, abordaron el tema. Con el apoyo de abundantes datos estadísticos, describieron los matices y complejidades que encierra el concepto de salud-enfermedad con relación a las distintas sociedades, grupos. La segunda parte de la clase tendrá lugar el próximo sábado 15 de julio.

Ese mismo viernes 28 por la tarde, el Dr. Armando Reale, titular de la cátedra "Modelos prestadores", centró su exposición en describir los distintos modelos prestadores de atención médica que existen en nuestro país con sus componentes e interrelaciones. El objetivo fundamental fue hacer un encuadre de los modelos de atención, con todas las variables que los condicionan. La segunda parte de esta cátedra se realizó el día 19 de mayo con un cambio de opiniones sobre la lectura de la bibliografía seleccionada y la descripción del modelo en el cual están insertos los participantes.

El sábado 29 de abril, de acuerdo con el programa de la Maestría, expuso el Dr. Ginés González García titular de la cátedra "Política de medicamentos", quien describió la situación y tendencias de la industria farmacéutica así como las estrategias de los distintos países, para mejorar la calidad y el uso de los medicamentos. Habló también sobre la posición de los distintos actores en relación a la accesibilidad y precios y el rol del Estado y del mercado. Cuando se refirió a las políticas para la contención de precios y el control de gastos, señaló su opinión sobre los mercados comunes, la política de genéricos y las patentes de medicamentos.

El viernes 16 de mayo expuso el Dr. Amancio López sobre "Seguridad Social" haciendo un amplio análisis sobre las distintas situaciones económicas-sociales vividas por Argentina y encuadró

la situación actual, señalando la necesidad que el Estado cumpla con su responsabilidad de estructurar una seguridad social eficiente.

El Dr. Angel Tullio, director del CES habló el viernes 17 por la tarde en la cátedra "Legislación de salud y seguridad social", de la que es titular, para analizar desde el Derecho las normas de las profesiones y las actividades de salud. El próximo 14 de julio se desarrollará la segunda parte de esta cátedra.

El viernes 19 con la intervención del Dr. N. Rodríguez Campoamor, el Lic. M. Virgolini, el Dr. Jorge Galperin y el Dr. E. Guerrero se dictó la cátedra "Promoción de la salud" en la que se analizaron las estrategias que favorecen ese objetivo y se definió

el modelo de médico de familia como fundamental en una atención primaria de alta calidad.

Un día después el sábado 20 se desarrolló la cátedra "Metodología de la Investigación" en la que su titular, el Lic. Llovet, se refirió a la importancia que tiene la adecuada elección de un proyecto investigativo, en función de los conocimientos, recursos y tiempo disponibles.

Por la tarde, en la cátedra de "Análisis situacional" los profesores N. Rodríguez Campoamor y Mario Virgolini, expusieron sobre las características básicas de los enfoques normativos y estrategias de la planificación. Los meses próximos serán de intensa actividad hasta dar por finalizado el Maestría con la presentación de la tesis y su defensa por parte de los participantes. □

## LOS PREMIOS ISALUD 1995

Por cuarta oportunidad nuestra Fundación hará entrega, como es costumbre en los primeros días de diciembre próximo y como parte de la celebración del aniversario, los Premios ISALUD.

Aunque todavía faltan varios meses para el otorgamiento de las distinciones, queremos hacer un llamado a nuestros lectores y amigos, para que contribuyan con sus propuestas, en cada uno de los rubros, y nos hagan llegar opiniones sobre personas, instituciones u organismos oficiales, merecedoras por los méritos que las distinguen, para tenerlas en cuenta al otorgar los premios ISALUD 1995.

A pesar de la opinión de nuestro presidente, que cree "que hemos alcanzado un grado bastante bueno de arbitrariedad" en la designación de los premiados, nuestro anhelo es que la elección se demerite al máximo. Por lo tanto, no postergue su propuesta.

## La regulación de las obras sociales

Dr. Armando Reale

**E**n el contexto de una medicina cada vez más compleja, con la aparición de nuevas enfermedades y la cronificación de otras, la progresiva exigencia de los usuarios de los servicios de atención médica y la mayor cantidad de necesidades aún sin resolver, se están produciendo modificaciones que afectan a los clásicos sectores público, de Obras sociales y privado, ya sea en la versión de proveedor o en la de financiador.

Por distintas razones las Obras Sociales constituyeron un programa hegemónico de atención médica. Hoy enfrentan los periódicos amagos de una anunciada desregulación, contenida en los decretos 9/93 y 576/93, en el intento de mantener su vigencia o seguir existiendo a través de variados mecanismos, como la posibilidad de fusión, la formulación de planes, la transformación en empresas, la transferencia del riesgo, etc.

En realidad, ordenada la capacidad de opción y cambio de los beneficiarios comenzarán a competir al formalizarse un mercado de prestatarios en el que pueden conocerse los competidores iniciales, pero no los adversarios futuros, toda vez que no estarán involucradas todas las Obras sociales sino las sindicales del régimen nacional, al menos en esta instancia. Pero: ¿qué se entiende por sindicales? las así definidas por la Ley 23.660 o también se incluyen los institutos que tiene un régimen jurídico distinto.

Al parecer, según los trascendidos y publicaciones periodísticas, por el momento se considerarían sólo a las Obras sociales Nacionales que no sean de personal de dirección como primera gran división. Por lo tanto, si su tratamiento quedara postergado al

igual que el de los prepagos, y no hay competencia sobre las Obras sociales provinciales y otras excluidas del régimen nacional, el universo financiero y poblacional queda considerablemente reducido. El recorte aún puede ser mayor si se profundiza la tendencia del PAMI en incorporar bajo su cobertura a poblaciones necesitadas y transformarse en un programa gubernamental. Algunas de estas Obras sociales, las de mejor financiación o desempeño deberán ajustarse a la modificación de las tasas de usos y a la paulatina disminución del ingreso por cápita, adecuando parámetros cualitativos que tienen que ver con los precios, la oferta, la cobertura y la satisfacción del usuario. Otras en cambio, hasta podrían beneficiarse por emigración de consumidores y mejoramiento del ingreso. Un tercer grupo son las que ya hoy no tienen condiciones estructurales ni financieras.

Antes de construir los distintos escenarios calculando los efectos que produciría el trasvasamiento de afiliados de una Obra social a otra, cabe preguntarse cuáles son los motivos u objetivos que impulsan al Ministerio de Economía a llevar adelante estas iniciativas, que seguramente debe contar con simpatizantes, que con insuficiente información, se muestran insatisfechos con la situación actual.

La posibilidad de vincular esta reforma a un proyecto de salud, parece descartable toda vez que el plan no se conoce ni viene del Ministerio correspondiente. Es posible entonces que el plan tenga que ver con dar tratamiento de impuesto a los aportes y contribuciones y abrir al mercado el 70% aproximadamente del gasto en salud. □

## Los Instrumentos para la Gestión en Sanidad debatieron en Valencia

Como estaba anunciado, en la ciudad de Valencia, España se realizaron las XV Jornadas de Economía de la Salud que todos los años organiza la Asociación de Economía de Salud (AES) de ese país. Las deliberaciones tuvieron lugar en la Facultad de Ciencias Económicas e Impresariales de esa ciudad del Levante entre los días 24 al 26 de mayo último. Asistió una nutrida delegación de nuestro país que se unió a los numerosos delegados de todas las regiones españolas, de EE.UU y de Europa.

Por AES de Argentina y la Fundación ISALUD concurren los Dres. Ginés González García, presidente de AES y de la Fundación, Alberto Díaz Legaspe, Carlos A. Vizzotti y Arturo Schweiger, por la Federación Médica de la Capital (FEMECA) el Dr. Aldo Giusti y el gerente de la Auditoría General de la Nación, Dr. Jorge Forlano. Estos seis delegados argentinos conformaron la delegación más numerosa de países invitados, hecho que se destacó muy especialmente.

Como estaba previsto por el Comité Científico, las Jornadas se desarrollaron básicamente con conferencias de invitados especiales y ponencias de encargo, cuyo objetivo fue la puesta al día de algunos de los temas centrales que motivaron la convocatoria en torno a los "Instrumentos para la gestión en sanidad". Asimismo se realizaron una serie de Mesas de Ponencias de revisión y Talleres en los que se abordaron temas de preocupación general.

Entre los más de doscientos participantes merece ser destacada la presencia de directores de numerosos hospitales de España, catedráticos de casi todas las Universidades de la Península e investigadores vinculados a la docencia.

El Comité Organizador fue presidido por el Dr. Salvador Peyró, Director del Instituto Valenciano de Salud Pública (IVESP) quien agasajó a los delegados en las instalaciones de esa unidad sanitaria. Acompañaron en la organización de las Jornadas, Ricardo Meneu de Guillerma (IVESP) como Secretario Técnico y nueve vocales entre los que se encontraba nuestro conocido José Martín y Martín de la Escuela Andaluza de Salud Pública y presidente de la AES de España.

El Comité Científico lo presidió Beatriz González López — Valcarcel, catedrática de Economía Aplicada en la Universidad de

Las Palmas y lo integraron un selecto grupo de profesores e investigadores de distintos centros de altos estudios del país.

La conferencia inaugural la ofreció el Dr. Brian Abel Smith, profesor de la London School of Economics, autoridad mundial en economía de la salud. Los otros invitados fueron el Dr. Vicente Salas, catedrático de Economía de la Empresa en la Universidad Autónoma de Barcelona y el profesor Uvo Reinhardt del Woodrow Wilson School de la Universidad de Princeton (USA). Sobre las ponencias de revisión hablaron y coordinaron, Oriol Amat, de la Universidad de Pompeu Fabra, en la que se abordó el tema: "Contabilidad de costos y toma de decisiones"; Juan Casabes y José Martín de la Universidad Pública de Navarra y de la Escuela Andaluza de Salud Pública, sobre "Contratos de servicios" y el Dr. Salvador Peyró (IVESP) sobre "Casuística y medi-

ción del producto hospitalario". Entre las numerosas Mesas y Talleres que se desarrollaron, merecen destacarse las que estuvieron a cargo del Dr. Vicente Ortún Rubio de la Universidad de Pompeu Fabra, que trató sobre la "Gestión de servicios clínicos"; José Martín, sobre "Límites en la gestión sobre los servicios de salud"; Joan Rovira, de la Universidad de Barcelona, sobre "Investigación en servicios de salud: estado actual" y Fernando Antoñanzas, de la Universidad de Rioja, sobre "Evaluación económica".

Así como el miércoles 24 de mayo, al finalizar las sesiones del día se realizó una recepción de bienvenida, el jueves 25 tuvo lugar en el Hotel Valencia Palace, la cena de clausura de las Jornadas en las que fue invitado a hablar en representación de los delegados de Latinoamérica, el Dr. Ginés González quien agradeció las atenciones recibidas y destacó el alto nivel de las deliberaciones. □



Dres. Alberto Díaz Legaspe y Carlos A. Vizzotti, que conjuntamente con el presidente de ISALUD, Dr. Ginés González García representaron a nuestro país

## Los dilemas actuales de la atención de la Salud

Por el Dr. Alberto Díaz Legaspe

Las Jornadas de Valencia, dedicadas a analizar la experiencia recogida en varios años de reforma del sistema de administración hospitalaria en las distintas comunidades del Reino de España y en particular a examinar los diversos instrumentos utilizados en la gestión, alcanzaron un alto nivel académico, pero también soluciones a las que debemos atender. El completo panorama del estado de los procesos de reforma en los sistemas de salud de los países de la OCDE, que trazara el profesor Brian Abel-Smith (London School of Economics) en la conferencia inaugural, permitió ver con claridad los distintos caminos que exploran los países económicamente más avanzados para resolver los dilemas que plantea la atención de la salud pública.

La nueva relación de los hospitales, con mayores grados de autonomía de gestión, con los entes financiadores estatales, ya sean éstos la Seguridad Social, las Comunidades Autónomas u otros son una forma expresa de contratación que refleja detalladamente la actividad que se espera de ellos y los compromisos financieros que se pactan sobre esas bases. Los "contratos programa" son los instrumentos en los que se enmarcan los presupuestos prospectivos que las entidades financiadoras acuerdan con los hospitales prestadores de servicios. El detalle de las prestaciones, los promedios e índices a alcanzar y las tolerancias a las desviaciones y sus correspondientes incentivos o penalizaciones, son materia de discusión y pacto anual entre el hospital y su financiador. Tanto el profesor Guillermo López Casanovas, de la Universidad de Pompeu Fabra, como el Lic. Pere Ibarri (Barcelona) y el Dr. Juan Cabases de la Universidad Pública de Navarra, hicieron importantes contribuciones al tema.

La identificación de los productos hospitalarios mediante distintos sistemas, como los DRG (Grupos Relacionados de Diagnóstico) o PMC (Categorías de Gestión de Pacientes), fueron motivo de presenta-

ción de trabajos y contraste de experiencias, donde se destacaron, en sus conferencias y comentarios el Profesor Salvador Peyró del Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública y la Dra. Mercé Casas (IASIST) de reconocida experiencia en al aplicación del método DRG. En el desarrollo de talleres sobre "sistemas de clasificación de pacientes" y métodos cuantitativos, se pudo conocer la experiencia recogida en varios años de aplicación de esa tecnología en diferentes hospitales españoles. La impresión general recogida por la delegación argentina es que la adaptación en España de estos métodos de origen norteamericano demuestra que se trata de instrumentos adecuados para la moderna gestión de los hospitales en cualquier parte del mundo.

La contabilidad de costos fue un tema central que abordó el profesor Oriol Amat de la Universidad Pompeu Fabra y que motivó un amplio cambio de opiniones. La presentación de un trabajo del Dr. Xavier Badía del Institut de Salut Pública de Cataluña con una Mesa moderada por Joan Rovira de la Universidad de Barcelona sobre "papel del EUROQUOL\* en el cálculo de los AVACS\*\*" permitió conocer una experiencia en desarrollo destinada a preparar nuevos indicadores para apreciar el resultado del esfuerzo de las sociedades en el logro de una mejor calidad de vida. Es probable que su evolución a mediano plazo permita contar con un índice cuantitativo de la calidad de vida, que posibilite poner en evidencia la eficacia de las políticas que en este campo aplican los diferentes países.

Finalmente se trató sobre la "inversión en capital humano, el gasto sanitario y desarrollo económico" donde se pusieron de relieve los dilemas que enfrentan las sociedades más desarrolladas, frente a los actuales desafíos que les plantea el sector salud y su inserción en la política social de los Estados. □

\* Indicador de calidad de vida. \*\* Años de vida ajustados por calidad.

Escribe: *Federico Tobar*

## Las Políticas de Salud en Latinoamérica y las transformaciones del Hospital Público

Luego de la "década perdida" y una vez recuperada la estabilidad política y económica, la mayoría de los países en América Latina han desarrollado políticas de reforma en el sector salud, en las cuales el hospital público se destaca como uno de los principales participantes. Un relevamiento reciente de la OPS demostró que de 34 países analizados 31 (91%) iniciaron procesos activos políticos y administrativos de reforma del Estado en donde la descentralización y el desarrollo de Sistemas Locales de Salud -SILOS constituyen la línea directriz.

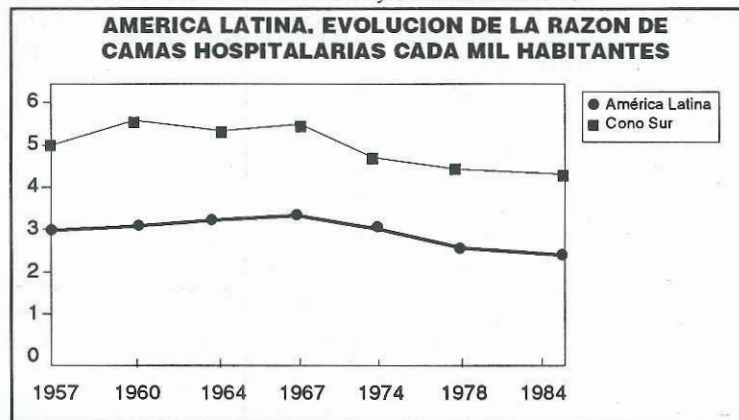
La preocupación por el hospital público no es nueva en América Latina y menos aún en la Argentina, pero marca un punto de inflexión en el lugar que el mismo venía ocupando en las políticas de salud. Durante las dos últimas décadas el hospital encontró contextos sociopolíticos cambiantes. A la "bonanza económica" de los años '70 le siguió la crisis de los '80. En ambos casos, el hospital, y en especial, el hospital público, sufrió un proceso de deterioro estructural y funcional.

Se ha adjudicado parte de ese olvido y desvalorización a la creencia de que ya no podía esperarse más de esta institución. Una institución omitida en la misma estrategia de atención primaria y en la meta de Salud Para Todos. Por otro lado el hospital público se convierte en testigo de la crisis económica y del déficit fiscal. La incorporación de aranceles marca un primer punto de inflexión en su misión institucional restringiendo su carácter solidario y equitativo.

El gráfico adjunto permite comprobar que entre 1957 y 1984 la razón de camas por 1000 habitantes en América latina ha disminuido de 3,0 a 2,66. Aunque se detectan excepciones a esa tendencia como Brasil y Cuba. A pesar de la heterogeneidad del cuadro se ha caracterizado una crisis hospitalaria en la región la cual tendría por principales causas:

- Problemas financieros de la región que han intensificado las diferencias en la distribución de ingresos en las poblaciones, concluyendo en un mayor empobrecimiento de los sectores mayoritarios.
  - Disminución de la inversión en los sectores sociales, entre ellos salud.
  - Énfasis en la estrategia de atención primaria, con un mayor empobrecimiento relativo de los hospitales.
  - Falta de inversión, con el consiguiente deterioro en la infraestructura y equipamiento.
  - Creciente incremento de los costos de la atención médica.
  - Falta de descentralización y de capacidad gerencial en las unidades.
- La reversión de aquella tendencia también responde a diversas causas. Por un lado, trabajos actuales que intentan practicar una revisión histórica y una reconstrucción estratégica de las más significativas experiencias de APS y SILOS de la región marcaron las debilidades de dichos procesos por no haber integrado los hospitales en sus sistemas de atención.

La inequidad medida por la falta de accesibilidad a servicios básicos fue estimada en alrededor de 140 millones de personas en América Latina y el Caribe, y la ineficiencia del sector medido por un desperdicio de alrededor del 25% de sus gastos de funciona-



Fuente: OPS. Cuaderno Técnico N° 14, 1988

miento, los cuales representan 10.000 millones de dólares anuales.

La asistencia hospitalaria pública pasa por una crisis sin precedentes. Las estrategias para superar ese déficit de racionalidad pasan básicamente por una mayor coordinación entre los establecimientos públicos y los privados y por la incorporación de instrumentos de gestión que permitan una mayor eficiencia asignativa a los recursos. En

este esfuerzo aparecen dos grandes desafíos. Primero, el conocimiento de la causas de naturaleza estructura organizacional e individual que contribuyen para el funcionamiento ineficiente e ineficaz de las organizaciones hospitalarias y segundo, la habilitación para presentar soluciones capaces de reforzar la organización y funcionamiento del sistema, en el que se incluyen los hospitales. □

## Desequilibrios e inequidades de la salud en el mundo

En las reuniones mundiales que se realizan sobre salud, las cifras y porcentajes que se dan a conocer desde hace años, pueden llevar a la desesperanza al no percibirse posibles soluciones, o por el contrario a que los gobiernos responsables de las políticas, imaginen y concreten cada vez más, estrategias de crecimiento. En la última de ellas realizada en Ginebra en abril de este año, la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó datos de una elocuencia terminante: más de un quinto de las 5.600 millones de personas del mundo viven en la pobreza extrema, las brechas que existen entre los países ricos y pobres nos dicen de 70 años de expectativa de vida en los primeros y de 30 en los segundos, de 5 y 101 niños, de cada mil que mueren prematuramente.

Antes estas cifras, el debate sobre los desequilibrios e inequidades resulta imposterizable, lo mismo que la concreción de aportes y soluciones.

## Por un sistema de Gestión Ambiental

Lic. Atilio Savino

La BRITISH STANDARD 7750 es la norma generada en Gran Bretaña con la participación de diferentes organismos medio ambientales, sanitarios, industriales y de servicios, cuya finalidad es encarar integralmente la difícil tarea de aumentar la producción de bienes y servicios y protección del medio ambiente.

La recomendación no pasa entonces por el acondicionamiento o tratamiento de algún tipo de residuo en particular, o por el aprovechamiento de una tecnología más limpia, sino por la adopción de un sistema de Gestión Ambiental que englobe y condicione a cada uno de sus distintos componentes, insumos, personal, procesos, residuos, etc. El paso fundamental es el COMPROMISO... Este debe traspasar todos los niveles de la organización pero iniciarse indefectiblemente en sus máximas autoridades. Dicho compromiso debe además trascender las fronteras de la organización a través de su demostración y reconocimiento público y además necesariamente en una POLITICA, cuyas características fundamentales serán la maximización de los efectos benéficos de la actividad realizada, al mismo tiempo que la minimización de los efectos adversos de la misma. En cuanto a estos últimos, el

énfasis estará centrado en su prevención, antes que en la detección o tratamiento luego que estos ocurran.

Seguidamente deberá haber una respuesta en la estructura de la organización para establecer las responsabilidades, autoridad e interrelaciones de cada uno de los integrantes y la definición de sus roles para ejecutar la política diseñada. La organización debe establecer y mantener procedimientos para que todos sus miembros, en sus diferentes niveles, estén compenetrados de la relevancia que significa adoptar una política ambiental. Para ello se hace imprescindible el permanente entrenamiento y capacitación de todo el personal cuyo trabajo tiene un efecto significativo sobre el medio ambiente. Conjuntamente se deberán identificar las funciones, actividades y procesos que pueden afectar significativamente el medio ambiente o que potencialmente puedan hacerlo.

El sistema debe completarse con los controles, auditorías y revisiones, para su necesaria retroalimentación.

El núcleo central de un sistema como el someramente presentado reside en la posibilidad de su autocontrol, esto es que a partir del convencimiento interior de cada uno de los componentes de la or-

ganización y de la organización toda, el compromiso asumido será respetado y reconocido por todos.

Las organizaciones públicas y privadas que prestan servicios sanitarios son generadoras como consecuencia de su actividad de los denominados residuos patológicos que constituyen un grave riesgo para la salud de los trabajadores y pacientes y para toda la población en caso de su incorrecta disposición final.

La realidad cotidiana nos marca que más allá de la existencia de normas regulatorias, nos encontramos ante un problema en el que tanto las autoridades que deben aplicar dichas normas como los generadores asumen la clásica posición del avestruz, esconder la cabeza.

Partiendo de la suposición de comenzar a tratar de resolver el problema, la puesta en discusión de un sistema de gestión ambiental como el descripto, aplicable a cualquier tipo de organización, generará un cambio sustancial en la visión del problema y una reducción seguramente importante de sus efectos más adversos.

La norma B.S. 7750 representa, por lo tanto, una propuesta idónea para enfrentar los riesgos ambientales, generados por las actividades industriales y de servicios. □

## Plan de capacitación y actualización metodológica

# Intensa labor del Grupo de Epidemiología de ISALUD

El Grupo de Epidemiología que inició sus actividades en la Fundación ISALUD y que conduce el Dr. Saúl Rossi, ha desarrollado desde su constitución un plan de importancia y jerarquía en cuanto a estudios e investigación. Hubo acuerdo en dividir la actividad total en tres sectores para encarar los siguientes temas: EPIDEMIOLOGIA CLINICA (Grupo 1), EPIDEMIOLOGIA APLICADA (Grupo 2) y EPIDEMIOLOGIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD (Grupo 3).

## Guía de LIBROS

**EPID 95. RESUMENES DEL III CONGRESO BRASILEÑO, II CONGRESO IBERO-AMERICANO Y PRIMER CONGRESO LATINO AMERICANO DE EPIDEMIOLOGIA.** Salvador. 1995. 489 páginas.

Los Congresos de Epidemiología llevados a cabo en abril de este año en Salvador-Bahía dejaron como resultado la compilación de 175 trabajos (invited papers) realizados por encargo de la comisión organizadora, 356 presentaciones orales y 1.145 posters cuyos resúmenes son presentados en este volumen.

El libro presenta el mérito de sistematizar la información de un total de 1.676 trabajos científicos según áreas temáticas. □

**AES. CAMBIOS EN LA REGULACION SANITARIA.** XIV Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. Barcelona 1995. Páginas 500.

Al hablar de cambios en la regulación sanitaria se pasa forzosamente a considerar los méritos relativos de "mercado" y "Estado" como mecanismos para la asignación de recursos y, en un segundo nivel, a preguntarse acerca de los méritos y deméritos, relativos de las organizaciones estatales para producir directamente servicios sanitarios. Para ello, este libro caracteriza los servicios sanitarios desde una perspectiva económica relativa a la regulación y recuerda el criterio normativo en que se basan las comparaciones mercado-Estado. El texto practica una sintética esquematización de las ventajas e inconvenientes que deben ser considerados para asignar recursos, coordinar, y motivar al Estado y al mercado. □

El amplio cronograma de actividades permite evaluar la importancia de la labor sectorial y de conjunto que realizan los integrantes de los grupos de trabajo.

Los meses previos a su funcionamiento pleno —en junio del corriente año— fueron de organización, constitución de los sectores citados y comienzo de los estudios.

### Programa para julio

El programa previsto para el mes de julio incluye un Ateneo que se realizará el miércoles 5, para tratar el tema "Desafíos de la Epidemiología" a cargo del Dr. Saúl Rossi. Los miércoles subsiguientes —12 y 19 y 26 de julio— habrá reuniones de trabajo de los Grupos 2 y 3, en el horario de 13 a 14 horas y en la sede de la Fundación, Viamonte 1167, piso tercero.

Los objetivos principales del grupo total son el intercambio de experiencias, la capacitación y actualización metodológicas y la producción de trabajos. Además se proyecta una publicación "Temas de Epidemiología" que permitirá una mayor difusión del trabajo que se vaya realizando.

También es propósito de la conducción del Grupo publicar los trabajos que se concreten, en medios que tengan afinidad con los temas, como el caso de este ejemplar de Isalud, que incluye una amplia síntesis (pág. 7) del trabajo que el Doctor Saúl Rossi y la Licenciada María E. Royer presentaron en el Primer Congreso Latinoamericano de Epidemiología que se realizó entre el 24 y 29 de abril último en la ciudad de Salvador, Bahía, Brasil, conjuntamente con el Tercer Congreso Brasileño y el Segundo Iberoamericano de la especialidad.

Por otra parte se están acopiando estudios nacionales e internacionales sobre la problemática para incorporarlos a la Biblioteca de ISALUD.

Se destaca que las reuniones de grupo, así como las generales y los Ateneos, son abiertas y por lo tanto para participar en ellas no se requiere invitación. En consecuencia se hace una convocatoria amplia a todos los que se interesen por los trabajos epidemiológicos. □

## CENTRO de DOCUMENTACION

### EN SALUD

### PUBLICACIONES PERIODICAS

MEDICAL HEALTH AFFAIRS HEALTH CARE FINANCIALLY REVIEW

MEDICINA Y SOCIEDAD CUADERNOS MEDICO SOCIALES

### SERVICIO DE REFERENCIA BIBLIOGRAFICO

HORARIO: de 11 a 18 Hs.

DISPONEMOS DE UN AMPLIO LUGAR PARA LECTURA



VIAMONTE 1167 PISO 3º (1053) BUENOS AIRES - TEL. 374-6295/372-7269 - FAX - 40-8679

DOCUMENTACION INGRESADA

Análisis económico de la Sanidad. Editado por el Servei Català de la Salut. Barcelona setiembre 1964 ISBN -84-393-3035-9.

Libro dirigido por el catedrático de la Universidad de Pompeu Fabra, Dr. Guillem López y Casanovas e intervinieron en su redacción prestigiosos especialistas en la materia. Está dividido en seis capítulos en los que se aborda, desde "el papel económico del Estado en el ámbito de los bienes privados de provisión pública, el carácter obligatorio y universal del seguro de salud, la asistencia sanitaria y la equidad, hasta los marcos empresarios para la sanidad.

## Propuestas para incorporar la materia "salud" en las escuelas

En EE.UU. varios expertos de diferentes organismos oficiales, ante una realidad alarmante como es la de los adolescentes que fuman o se drogan, que tienen hábitos alimentarios objetables y que no incluyen en sus actividades prácticas deportivas, han llegado a la conclusión que es en el currículo escolar donde debe incorporarse la materia "salud", otorgándole la misma importancia que otras como matemáticas y lenguaje, tradicionalmente consideradas insoslayables.

Se busca con esta iniciativa concientizar a los niños y jóvenes sobre el daño de futuros comportamientos, realizando una tarea eminentemente preventiva con relación a conductas y hábitos perjudiciales para la salud.

Los especialistas, que son apoyados por legisladores, afirman que una educación sanitaria obtendría mejores resultados que las leyes tendientes a promover cambios drásticos en las conductas y hábitos de los niños y adolescentes, ya inmersos en un presente de comportamientos desfavorables para la salud y por lo tanto más vulnerables al entrar en una adultez que tendrá importantes factores de riesgo.

Refiriéndose en especial a la relación tabaco-cáncer la Sociedad Americana del Cáncer ha declarado que "si los estudiantes desarrollaran hábitos favorables a la salud, se convertirían en adultos capaces de tomar decisiones como la de evitar el tabaco o cualquier otro factor de riesgo de cáncer".

Coinciden también expertos y legisladores que la iniciativa propuesta contribuiría a no pagar altos costos económicos especialmente en cuestiones sobre educación y salud. □

## Designan Director de Emergencias al Dr. A. Leibovich

Ha sido designado Director Nacional de Prevención y Emergencias Sanitarias de la Secretaría de Desarrollo Social de la Nación, el Dr. Andrés Leibovich.

Este profesional que obtuvo su título de Médico en la Universidad Nacional de La Plata, en 1977 y se desarrolló en la especialidad de Neurocirugía y ocupó diversos cargos en el Hospital de Melchor Romero, donde se desempeñaba como Director asociado, cuando fue designado coordinador de Emergencias Sanitarias de la Región 11 de la Provincia de Buenos Aires y en 1989, Director provincial de Emergencias Sanitarias durante la gestión, del Dr. Ginés González García como Ministro de Salud.

Ultimamente era Subsecretario de Salud de la Municipalidad de La Plata. Participó en cursos y Congresos internacionales sobre Emergencias Sociales como el celebrado hace poco en Jerusalem, Para la nueva e importante responsabilidad que asume sus amigos de ISALUD le desean el mayor de los éxitos. □

# Uso de la mortalidad en el diagnóstico de Salud

por Dr. Saúl M. Rossi y Lic. María E. Royer

## 1. INTRODUCCION

Hay dos formas de conocer la salud de una población, una mediante la medición de indicadores directos y la otra por indicadores indirectos. Los esfuerzos realizados para medir la salud en forma directa han fallado dada la inabordable dificultad de establecer criterios objetivos para la medición de crecientes gradaciones de salud positiva. La utilización de la mortalidad como indicador indirecto supera esa dificultad estableciendo valores cuantitativos negativos de salud.

Este trabajo se propone estudiar la mortalidad para establecer un diagnóstico de los problemas de salud más importantes en la República Argentina a fin de privilegiar las medidas

**TABLA 1. Indicadores de mortalidad y esperanza de vida (1950 - 1995)**

Indicadores	950-55	960-65	970-75	980-85	990-95
Tasa bruta de mortalidad*	9.2	8.8	9.1	8.5	8.2
Tasa de mortalidad infantil**	65.9	59.7	48.1	32.2	24.3
Esperanza de vida (al nacer)***	62.7	65.4	67.4	70.2	72.1

\* por mil de población

\*\* por mil recién nacidos vivos

\*\*\* en años

de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Esta colaboración que pretendemos ejercer desde la epidemiología parece el camino metodológico actual más idóneo para contribuir a los procesos de decisión.

## 2. PROCEDIMIENTOS

Se utilizaron los indicadores tradicionales de mortalidad y esperanza de vida al nacer. A fin de conocer la mortalidad prematura se utilizó el indicador de años de vida perdidos prematuramente (AVPP) que cuantifica el volumen de años que se han dejado de vivir por muertes ocurridas antes de una edad determinada, que en este estudio se fijó en 65 años.

A fin de determinar las muertes excedentes se utilizó la razón estandarizada de mortalidad (REM) seleccionándose como país de referencia los EE.UU. con su mortalidad de 1990 (World Health Statistics Annual 1993, OMS, Ginebra 1994). Este índice se calculó para los menores de 65 años. También se obtuvo la REM por grandes grupos de causas a fin de identificar las características de las brechas en la mortalidad. El mayor impacto de las medidas de prevención a edades más jóvenes justifica ahondar el análisis en los menores de 65 años. Los grupos de edad para la REM fueron definidos siguiendo la información disponible para los EE.UU.

A fin de estimar el exceso de muertes prematuras se utilizó la razón de años de vida prematuramente perdidos (RAVPP) que relaciona los años prematuramente perdidos observados con los esperados.

## 3. RESULTADOS

En la Tabla 1 se muestra la evolución de los

distintos indicadores de mortalidad desde 1950.

## INDEC

Estimación demográfica del período 1950-1990 y proyecciones por edad y sexo del período 1990-2050 (variante media o recomendada) Total del país. 1994.

Para determinar los excesos de mortalidad se emplearon los procedimientos de REM y RAVPP, cuyos resultados se observan en la Tabla 2.

## 4. DISCUSION

Las tendencias de los dos indicadores estudiados, la tasa bruta de mortalidad y la morta-

lidad infantil, han mostrado un lento descenso en los últimos quince años. Por su parte, la esperanza de vida al nacer, que "es un indicador de las condiciones actuales de salud y mortalidad" no ha disminuido en la medida de lo esperado, tal como lo ha hecho en otros países de válida comparación.

Los resultados obtenidos con los indicadores señalados permiten adelantar la conclusión que la Argentina presenta un exceso de mortalidad. Al determinar los valores de la REM y la RAVPP se aprecia que los diferenciales expresan una importante cantidad de muertes evitable y prematuras. En relación con la REM (Tabla 2) la diferencia total observada entre los valores comparados expresa un indicador de 1.29 que corresponde a un 29% de muertes en exceso o sea la carga de evitabilidad que conllevan las cifras de la Argentina. Al reducir este porcentaje a números absolutos se encuentra que hasta los 65 años el total de muertes en exceso es de 21.659. Tal como se observa en la misma Tabla, para los diferenciales obtenidos,

**TABLA 2. Defunciones observadas en 1992 y esperadas según las tasas de EUA en 1992 por todas las causas**

REM		RAVPP		
	Defunciones observadas*	Defunciones esperadas	Diferencia	REM
Total	98.688	76.729	21.959	1.29
RAVPP		RAVPP		
	AVPP observados	AVPP esperados	Diferencia	RAVPP
Total	2.487.625	1.638.465	849.160	1.5

\* en menores de 65 años.

los años de vida prematuramente perdidos representan 849.160 años. En ambos casos las diferencias son más importantes en varones que en mujeres.

Al estudiar las causas que producen el exceso de la mortalidad se individualizan aquellas responsables del exceso en número de muertes y de AVPP. Dentro de los tumores malignos, el de útero y el de colon son los que presentan los valores más elevados con 1500 muertes y 25.000 AVPP en exceso. Las causas infecciosas y parasitarias representadas por tres patologías, TBC, septicemia e infección intestinal, son responsables de 2.500 muertes y de casi 100.000 AVPP en exceso. Este grupo de patologías seleccionadas de acuerdo con el exceso de muertes que producen, pueden ser consideradas como "trazadoras" para definir las prioridades en un programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Todas ellas cuentan con los elementos diagnósticos que permiten su detección temprana y con los medios terapéuticos que condicionan favorablemente el pronóstico.

## 5. CONCLUSION

En este trabajo la metodología propuesta ha sido utilizada para dimensionar principalmente la cantidad de mortalidad en exceso tanto prematura como evitable y a partir de este diagnóstico, establecer líneas de acción para tomar decisiones.

Para considerar y cuantificar el impacto de reducción de las muertes y de los AVPP en exceso por estas causas, además de la forma de priorización aquí presentada se requiere integrar las intervenciones necesarias valorando su costo-efectividad.

Este trabajo es solamente el comienzo del estudio de la mortalidad como elemento para establecer prioridades. Se necesita complementar este camino iniciado con la aplicación de nuevas técnicas que midan en forma más adecuada los problemas de salud. Otros estudios ya han avanzado en este campo estableciendo indicadores que no solamente consideran las muertes prematuras sino que además intentan medir las discapacidad producida por la enfermedad.

*Síntesis del trabajo presentado en el III Congreso Brasileiro de Epidemiología, realizado en Salvador, Bahía, Brasil del 24 al 28 de abril último. El doctor Saúl Rossi conduce el Grupo de Epidemiología de la Fundación ISALUD. El trabajo completo puede ser consultado en la biblioteca de la Fundación.*

## IV Jornadas Internacionales de AES

## “Equidad, eficiencia y calidad, metas básicas de los sistemas de salud”

Equidad, eficiencia y calidad: desafío de los modelos de Salud” fue el tema de la IV Jornadas internacionales de Economía de la Salud, organizadas por AES de Argentina, que se realizaron los días 19, 20 y 21 de Abril último en el Auditorio de la Biblioteca Nacional, en las que participaron más de 200 inscriptos, muchos de ellos expertos extranjeros que aportaron valiosa información y reflexiones sobre los problemas de la salud.

Presidieron las deliberaciones el Ministro de Salud y Asistencia social de la Nación, Dr. Alberto Mazza, los doctores Carlos A. Garavelli, director regional de la OISS, Alvaro Carranza, director del CIESS, Henry Jouval de QPS y el presidente de AES argentina Dr. Ginés González García.

Las palabras de apertura estuvieron a cargo del Dr. Ginés González García y del Ministro Dr. Alberto Mazza. El presidente de AES destacó el carácter internacional de las Jornadas y señaló también la preocupación de los integrantes de AES por encontrar el método adecuado para relacionar la economía con la salud. No nos planteamos —dijo— “cómo conseguimos más dinero sino cómo conseguimos más salud con el mismo dinero”. Terminó sus palabras instando a los participantes a encontrar nuevos caminos para conseguir objetivos de equidad y de eficiencia sanitaria.

El Ministro Dr. Alberto Mazza después de agradecer la presencia de los expertos extranjeros destacó la continuidad del trabajo de AES, uno de cuyos ejemplos eran estas IV Jornadas.

Con la coordinación del Lic. Atilio Savino y un panel integrado por Rocio Santoyo Vistrain (México), Mario Castelli (Argentina), José Navarro Levano (Perú) y Alberto Díaz Legaspe (Argentina), el Dr. Vicente Ortún Rubio (España) inició la serie de conferencias con el “Análisis de los mercados y el marco regulatorio del sector salud”. Consideró la justificación del predicamento que tiene el mercado en el sector y analizó las fallas del mercado como mecanismo para designar recursos y las de otras instituciones —que no son mercado— como el Estado y otras organizaciones. Además se refirió a las normas éticas y sociales. Finalmente con acopio de mucha información se refirió al papel de la regulación que fija el Estado y abogó por desarrollar la eficiencia

social y fundamentalmente reconciliar el interés individual con el colectivo.

La segunda conferencia sobre “Modelos de financiamiento” estuvo a cargo del Lic. Rubén Suárez (USA) y el panel lo integraron, Aristides Torche (Chile), Alicia Domínguez Ugá (Brasil), Jorge Remes Lenicov (Argentina) y Félix Rígoli (Uruguay). Actuó como coordinadora la Lic. Mónica Levcovich. El Lic. Suárez, consultor internacional en economía y financiamiento de la salud, asesor independiente del Banco Mundial, OPS/OMS y autor del libro “Gasto y financiamiento del sector salud en América Latina y el Caribe”, expuso el tema con amplia información, particularizándose en cuánto es, los que deberían invertir los países en salud.

El tema de la tercera conferen-

### El material de las IV Jornadas

Informa la Asociación de Economía de la Salud (AES) que la desgrabación de las intervenciones de las IV Jornadas que tuvieron lugar los días 19, 20 y 21 de Abril último en el auditorio de la Biblioteca Nacional, serán editadas a la brevedad. Todas aquellas personas que tengan interés en esos materiales, pueden dirigirse a la sede de la entidad Viamonte 1167, Piso 3º los teléfonos 372-7269/374-6295 o Fax 371-8679, donde recibirán la información correspondiente. □



El Dr. Rubén Suárez habló en su conferencia de los “Modelos de Financiamiento”. En la foto la mesa con los integrantes del Panel: Remes Lenicov, Mónica Levcovich, Alicia Domínguez Ugá, Aristides Torche y Félix Rígoli



Panel que debatió sobre la conferencia del Dr. V. Ortún Rubio, “Análisis de los mercados y del marco regulatorio del sector salud”. De izquierda a derecha: el orador, A. Díaz Legaspe, M. Castelli, A. Savino, Rocio Santoyo y J. C. Navarro

cia “Modelos de organización de los servicios de salud” fue desarrollado por el Dr. Ginés González García. El panel que participó estuvo integrado por Rosa María Márquez (Brasil), Ernesto Miranda Radic (Chile) y Norberto Larroca (Argentina), con la coordinación del Dr. Armando Reale.

El Dr. González García antes de analizar los distintos modelos de servicios de salud y de presentar y explicar los gráficos que evidenciaban, objetivos, característicos, resultados, etc. de dichos modelos en diversos países, expresó en breves conceptos la circunstancia actual tan digna de reflexión como en la que el mundo tiene más calidad en salud, “está más sano” pero también, que simultáneamente, existe “enfermedad en el sistema de salud”. La insatisfacción del usuario y el desencanto de los profesionales y téc-

nicos acerca de los sistemas de salud presentan —dijo— serios retos involucrados en una situación que tiende a profundizar las desigualdades. Es de destacar que durante la exposición detallada sobre los sistemas de salud en muchos países, especialmente en los desarrollados, no obstante su enfoque como médico-sanitarista, siempre contextualizó sus análisis en un marco socio-económico, político y cultural.

El viernes 31 las actividades se iniciaron con un Panel integrado por Rubén Suárez (USA), Vicente Ortún Rubio (España), Cezar André Medici (Brasil) y Eduardo Guerrero (Colombia), quienes abordaron con la coordinación de la Lic. A. Díaz Muñoz “Experiencias en los procesos de reforma de los sistemas de Salud”. Fue un amplio intercambio de conocimientos e ideas que se reforzó con las interesantes preguntas que se hicieron desde la numerosa concurrencia.

En la sesión de la tarde del viernes pronunció su conferencia el Dr. Philip Musgrove (USA), PhD del MIT y destacado economista en temas de salud y nutrición, asesor de organismos de su país y de la OPS. La disertación se centró en el objetivo instalado en las Jornadas: “Equidad, eficiencia y calidad: desafío de los modelos de Salud”. El panel se integró con Guido Miranda (Costa Rica), Alvaro Carranza (Bolivia), Ginés González García (Arg.) y Jorge Ochoa (Arg.) y actuó como moderador el Dr. Roberto Bisang.

Las Jornadas fueron clausuradas por los Dres. Guido Miranda (C. Rica), quien habló en nombre de todos los presidentes de Asociaciones de Economía de la Salud que acudieron al encuentro y Ginés González García, presidente de la entidad organizadora. □