

ISALUD

Publicación de la Fundación ISALUD • Viamonte 1167 Piso 3º (1043) Buenos Aires - Argentina • Teléfonos: 374-6295/372-7269 • Fax: 371-8679
AÑO V Mayo-Junio 1997 Nº 21

La mortalidad infantil, una hipoteca sanitaria

Las políticas de salud y los sistemas de provisión de atención médica constituyen un formidable instrumento de disminución de inequidades que en algunos casos no sólo son injustas, son inmorales. Que los argentinos tengamos una mortalidad infantil que duplique a la de los mejores países de América Latina o la de los peores países de Europa, es mucho más que un número. Es parte del

estancamiento general que registró nuestro país. En los últimos diez años no pudimos modificar sustancialmente este indicador. Nos muestra no sólo la tragedia de muchas muertes innecesarias. Muestra también la incapacidad nacional para construir políticas conjuntas sobre temas que necesitan un mínimo consenso y una máxima energía social. Pediatras, obstetras, hospitales, equipos y moléculas farmacológicas nos sobran. Nos ha faltado un esfuerzo común, una energía direccionada, un objetivo a cumplir, un sueño realizable más allá de cualquier especulación sectorial o electoral.

La contribución de ISALUD, aceptando las responsabilidades individuales e institucionales que tenemos en esta hipoteca sanitaria, es aprovechar el enojo de algunos y la insatisfacción de todo para alimentar con ideas y conocimiento al debate y la acción. Esta publicación es parte de este testimonio.

Nuestra sangre intelectual y nuestro conocimiento deben aplicarse con energía. Hemos perdido tiempo y vidas. Necesitamos acción y también conocimiento. Estamos tratando una epidemia de muertes infantiles evitables con conocimiento escaso y antiguo. No por carencias teóricas de nuevas panaceas electrónicas o farmacológicas. Por escaso conocimiento y menor consideración de variables sociales como la femineización laboral o el enorme incremento de madres adolescentes y pobres que son cabeza de familia. ¿Quién conoce el impacto real de los programas de nutrición infantil?. ¿Hasta cuando seguirá la esquizofrenia de estimular la lactancia materna y la provisión de leche en polvo al mismo tiempo y a las mismas

madres? No podemos los miembros de la tribu sanitaria echarle toda la culpa a la pobreza. Combatir la pobreza es también combatir nuestra pobreza de ideas y acciones concentradas entre los distintos sectores. Existen objetivos tan concretos como proponernos reducir en un cuarto esas muertes de menores de un año en todo el país y en un tercio la mortalidad infantil en aquellas provincias que tengan más del 25% de mortalidad infantil en un plazo de poco tiempo. En el año 2000. Estamos a menos de mil días para el próximo milenio. Sería la mejor contribución a esta construcción inacabada de un país mediante un gran Pacto Social para la salud. Lograr entrar el milenio próximo con nuestro pueblo con más vida y más sano, es nuestro compromiso y la razón de nuestra existencia como institución.

G.G.G.

HOMENAJE a 45 años de su muerte EVA PERON

COLOQUIO EVITA
"La mujer y la acción social"

JUEVES 24 DE JULIO
18,30 Hs.

Viamonte 1167 - Piso 2º

PARTICIPAN:

Sra. SUSANA POMAR

Vda. del Dr. Ramón Carrillo
Ministro de Salud Pública del
primer gobierno del Gral. Perón

Arq. CRISTINA ALVAREZ RODRIGUEZ

Sobrina nieta de Eva Perón
Presidente de la Fundación de
Investigaciones históricas Evita Perón

Dr. GINES GONZALEZ GARCIA

Director Fundación ISALUD

Sra. HILDA GONZALEZ DE DUHALDE

Presidenta honoraria del Consejo de
la Familia y Desarrollo Humano y
candidata a primer diputado
nacional por el Partido Justicialista
de la Provincia de Buenos Aires

CONVOCA

FUNDACION ISALUD

Comunicarse al 372-7269

Sobre mortalidad infantil
Dr. Teodoro F. Puga

Pág. 4

EI PROMIN y el PRANI.
Programa de apoyo a las
madres y los niños

Pág. 4

Sobre la mortalidad
infantil y otros
acontecimientos
Dr. Carlos Pacheco

Pág. 6

Procreación responsable
Dr. J. M. Corchuelo Blasco

Pág. 5

Como medir la evitabilidad
de la mortalidad infantil
Dr. Saul Rossi - Lic. M. E. Royer

Pág. 3

FUNDACION ISALUD

La Fundación ISALUD es una Organización No Gubernamental instituida como entidad civil sin fines de lucro, con personería jurídica otorgada por la Secretaría de Justicia del Ministerio de Educación y Justicia a través de la Resolución I.G.J. N° 000673 Expediente 1.558.408

NUESTRA MISIÓN

La Fundación ISALUD surgió el 3 de diciembre de 1991. Desde ese entonces organizó sus actividades asumiendo como Misión Institucional:

Contribuir al progreso social con equidad a través de la formación, producción y divulgación de conocimiento en las áreas de Salud, Políticas Sociales y del Medio Ambiente.

Objetivos:

- Realizar estudios e investigaciones en las áreas mencionadas en la Misión Institucional.
- Proponer, ejecutar o encargar trabajos destinados al mejor conocimiento de los fenómenos técnico-médicos, económicos, sociales u otros que participen en la dinámica de los procesos de salud-enfermedad de la población, con intención de progreso social.
- Contribuir a la formación de recursos humanos en los terrenos vinculados al desarrollo de la salud, en su más amplia concepción, y con tal fin organizar, patrocinar o contratar la realización de cursos, seminarios, simposios u otras reuniones de carácter científico técnico.
- 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.
- Establecer relaciones, contratos o emprendimientos con instituciones de propósito similar, del país o del extranjero, para tareas relacionadas con su propósito general.

NUESTRA VISIÓN:

Constituimos en un centro de investigación y capacitación de excelencia, posicionados como un vector de tecnología de punta.

Comisión de Prensa

Federico Tobar, Clara Spindel
Carlos Pacheco y Alba Patiño

Importancia de los costos de la Salud en función de la edad

Costos de la Salud en las mujeres y los niños

En el supuesto ideal que no existiera una demanda reprimida, es decir que toda necesidad de salud se correspondiera con la prestación del servicio adecuado, los costos de la atención médica de cada

individuo variarían en función de sus stocks de salud. La economía de la salud ha verificado desde hace muchos años que estos costos describen una curva en forma de U cuando se los analiza en función de la edad de los beneficiarios. Tal como lo describe el gráfico 1.

El cálculo actuarial utilizado para determinar los valores de las primas de los seguros de salud se basa en curvas de este tipo. Sin embargo, se distinguen trazados diferentes para mujeres y varones. En efecto, durante la juventud la curva asume sus valores menores en el eje de las ordenadas (costos) por que las personas se encuentran en el período de la vida donde sus stock de salud es mayor, es decir donde son menos vulnerables a la enfermedad y, por lo tanto, consumen menos servicios médicos. Pero en el caso de las mujeres esta edad coincide con el período fértil, y por lo tanto, es en este período que se incluyen todos los cuidados del embarazo y el parto. Por este motivo, la curva de las mujeres sigue una trayectoria similar a la de los varones pero tiene su punto de inflexión desplazado hacia arriba como lo muestran los gráficos 2 y 3.

En conclusión, aún dentro del mismo estrato social y la misma edad, una mujer tiende a tener costos de atención a la salud mayores que un hombre. Mientras que para los niños, debido a la vulnerabilidad propia de la edad, estos costos son superiores a los de sus

Cuadro 1
Gran Bs As. Condición de afiliación a sistemas de salud de mujeres y niños según nivel socioeconómico. 1994.

	Nivel socioeconómico			
	Bajo	Medio Bajo	Medio Alto	Alto
Mujeres de 15 a 49 años				
Solo servicios públicos	53,6	40,5	20,5	13,1
Con cobertura Obra Social	45,9	58,9	79,0	86,6
Obra Social	41,2	46,0	50,3	51,5
Prepago	4,7	12,9	28,7	35,1
Niños menores de 6 años				
Solo servicios públicos	62,5	49,7	21,9	4,3
Con Cobertura Obra Social	37,5	50,0	78,1	95,7
Obra Social	32,9	43,4	58,9	64,1
Prepago	4,6	6,6	16,2	31,6
Niños de 6 a 14 años				
Solo servicios públicos	60,6	45,0	22,2	6,3
Con Cobertura Obra Social	38,8	54,2	77,5	93,8
Obra Social	38,1	44,8	49,0	57,5
Prepago	0,7	9,4	28,5	36,3

Fuente: Reforma del sector salud en Argentina y su impacto en la situación de las mujeres y de los niños. Informe elaborado por la Fundación Isalud para Unicef, 1997.

padres. Llevando esta consideración al análisis de la pirámide de distribución del gasto en salud en Argentina se puede establecer, por ejemplo, que mientras en el primer escalón (o base de la pirámide) el gasto de bolsillo en salud y medicamentos de los hombres es de \$ 5 mensuales, las mujeres de alrededor de \$ 15 y los niños más de \$ 18.

Gráfico 1
Costos de la atención médica en función de la edad

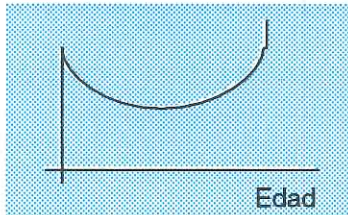


Gráfico 2
Costos de la atención médica de las mujeres en función de la edad

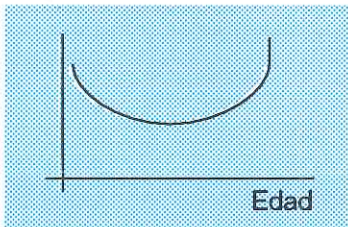
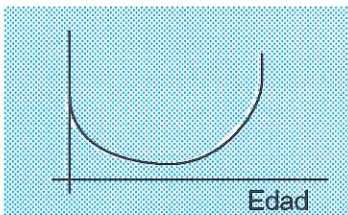


Gráfico 3
Costos de la atención médica de los varones en función de la edad



¿Quiénes son los únicos privilegiados?

En el acceso a servicios y cuidados de salud, las brechas sociales entre las mujeres, son mayores que entre los varones, y entre los niños, más que entre sus madres, agravándose en la franja etárea de 6 a 14.

La variable interviniente que explica esta mayor vulnerabilidad es la participación en el mercado de trabajo, la cual a su vez es función de una serie de factores. Si bien en Argentina, como en el resto del mundo occidental, se verifica una tendencia de mediano plazo al incremento del trabajo femenino; debido a modificaciones en las pautas culturales, la tasa de actividad de los cónyuges se reduce a menos de la mitad de la de los jefes. En los estratos superiores, la mayor probabilidad de acceder a buenos empleos, como resultado de una calificación más elevada se combina con la mayor disponibilidad de recursos para la resolución de necesidades

domésticas. En los estratos inferiores esta combinación se invierte, hay una menor probabilidad de obtener buenos ingresos debido al menor capital humano que ofrecen, e imposibilidad de delegar las tareas domésticas. Esta última dificultad se agrava por el hecho de que estas familias tienen mayor número de hijos. En consecuencia, la tasa de actividad entre los cónyuges en hogares de nivel alto es del orden del 64% y en los niveles más bajos cae hacia valores cercanos al 39%.

Como se observa, para el caso del gran Buenos Aires, en el cuadro 1 la cobertura de los niños es menor aún que las de las mujeres en edad reproductiva. Podría afirmarse que en Argentina es mayor la probabilidad de que un niño pobre tenga acceso a la educación preescolar que la de contar con cobertura de obras sociales. □

Como medir la evitabilidad de la mortalidad infantil

Dr. Saúl Rossi - Lic. María Eugenia Royer

En las últimas décadas la mortalidad infantil muestra en América Latina una tendencia declinante. A medida que ello ocurre disminuye su componente postneonatal, más ligado a factores ambientales y socio-económicos y consecuentemente adquieren creciente predominio las muertes neonatales (0-27 días de vida) que remitan preponderantemente a la atención del embarazo, parto y recién nacido.⁽¹⁾ Tradicionalmente considerada un indicador de las condiciones de vida de los pueblos, la mortalidad infantil muestra hoy una relativa independencia de indicadores económicos puros y una mayor vinculación con la organización de la atención médica.^(2,3) Es por ello que cuantificar las muertes innecesarias e identificar las acciones que permitirían su reducción adquiere especial relevancia. La aplicación de una metodología sencilla, como la elaborada por la Dra. Erica Taucher que clasifica las causas de muerte por su grado de evitabilidad (*), nos permite abordar estos aspectos.⁽⁴⁾

En 1995 se produjeron en la Argentina 14.606 muertes de menores de un año que representa una tasa de 22.2 por mil nacidos vivos. En este total las defunciones neonatales presentan una tasa de 13,6 por mil (Cuadro 1), siendo el 37,9% de estas muertes reducibles según la clasificación utilizada en este estudio, con predominio de las causas que se refieren al diagnóstico y tratamiento precoz y a la atención del parto, ambas causas expresión clara de inadecuada atención médica. Por su parte se observa en el mismo Cuadro que las causas parcialmente reducibles por control del embarazo representan poco más de un tercio, problema derivado del escaso seguimiento que se le prodiga a la embarazada. La presencia en el período neonatal de tan alto componente de evitabilidad muestra claramente la direccionalidad a imprimir a las acciones de salud. Para obtener logros importantes en la reducción de la magnitud del problema hay que encarar decididamente un mejoramiento de la atención y un control eficiente de la embarazada, transformando a ésta en el target de los programas de promoción y prevención.

Por su parte, el componente de reducibilidad en las muertes postneonatales es aún más importante. Predominan las "otras reducibles" que están constituidas principalmente por enfermedades del aparato respiratorio y accidentes, aumentando su participación a casi la mitad del total ocurrido (Cuadro 2). De acuerdo con los datos expresados las acciones de salud tienen que estar dirigidas a facilitar la concurrencia de los niños a la consulta médica mediante un seguimiento metódico del servicio de salud. Es fundamental para lograr este objetivo la activa participación de la madre que debe ser captada muy precozmente por el sistema.

Si bien el concepto de evitabilidad se mide en forma concreta y adecuada y son de fácil expresión las acciones que conllevan su aplicación, observando el panorama en una tendencia de cinco años en la República

Argentina (Cuadro 3) los valores no son alentadores y muestran un estancamiento parcial de los mismos, salvo una pequeña reducción de casi dos puntos en las tasas de las causas reducibles. Si este enfoque de tendencia se complementa con las desigualdades regionales de las tasas de mortalidad infantil, que oscilan entre 11.1 la más baja hasta 32.8 por mil la más elevada, se pueden inferir los aspectos fundamentales en la realización de acciones materno-infantiles:

1. Captación y seguimiento de la embarazada y atención adecuada del parto.
2. Participación activa de la madre en las acciones de salud para favorecer una eficiente y pronta atención médica.
3. Reducción de la mortalidad infantil dedicando mayor esfuerzo en aquellos lugares cuyas cifras son vergonzosamente elevadas.
4. Desarrollo de un sistema de vigilancia epidemiológica infantil para monitorear las acciones enunciadas, que permita señalar las dificultades encontradas y proponer los cambios necesarios. □

Referencias

- (*) Tres grandes grupos integran esta clasificación: reducibles (de resolución sencilla y en general de bajo costo); parcialmente reducibles (causas que podrían reducirse por determinadas acciones de salud pero no hay evidencias de que ello fuese de esa manera; y no evitables (aquellas difíciles o imposibles de reducir con medidas sencillas).
- (1) Taucher E., Jofré, Y.: Chile mortalidad en la niñez en un contexto de transición. INTA, Universidad de Chile, 1995.
- (2) Chackiel, J., Plaut, Planate: América Latina: tendencias emográficas con énfasis en la mortalidad. CELADE, Notas de Población, año XXII, Nº 60, 1994.
- (3) Suarez Ojeda, E., Ageitos, M.L., Yunes, J.: Algunas reflexiones en relación con la mortalidad infantil en América OMS, OPS, Serie de Documentos reproducidos Nº 24, 1991.
- (4) Ministerio de Salud y Acción Social. Agrupamiento de causas de muerte de menores de un año basado en la aplicación de criterios de evitabilidad. Nº 58, marzo 1990.

Cuadro Nº 1 Defunciones neonatales. Clasificación según criterios de evitabilidad. República Argentina. Año 1995.

CRITERIOS DE EVITABILIDAD	Nº	%	Tasa
Reducibles por control embarazo	80	0.9	0.1
Reducibles por atenc. parto	1039	11.6	1.6
Reduc. por diag. y tratam. precoz	1935	21.6	2.9
Otras reducibles	336	3.8	0.5
SUBTOTAL REDUCIBLES	3390	37.9	5.1
PARCIAL. REDUC. POR CONTROL EMB	3104	34.7	4.7
NO EVITABLES	1754	19.6	2.7
Desc/otras causas	694	7.8	1.1
TOTAL	8942	100.0	13.6

Cuadro Nº 2 Defunciones postneonatales. Clasificación según criterios de evitabilidad. República Argentina. Año 1995.

CRITERIOS DE EVITABILIDAD	Nº	%	Tasa
Reducibles por prevención	28	0.5	0.0
Reducibles por diag. y trat. precoz	543	10.2	0.8
Otras reducibles	2009	37.6	3.0
SUBTOTAL REDUCIBLES	2580	48.2	3,9
PARCIALMENTE REDUCIBLES	304	5.7	0.5
NO EVITABLES	1388	26.0	2.1
Desc/otras causas	1076	20.1	1.6
TOTAL	5,348	100.0	8.1

Cuadro Nº 3. Tasas de mortalidad infantil según criterios de evitabilidad. República Argentina. Años 1991-1995

CRITERIOS DE EVITALIBILIDAD	1991	1992	1993	1994	1995
Reducibles	10.9	10.3	10.1	9.1	9.1
Parcialmente reducibles	5	5.4	5.0	5.1	5.2
No evitables	4.7	4.4	4.6	4.6	4.8
Desc/otras	3.6	3.0	2.9	2.8	2.7
TOTAL	24.7	23.6	22.9	22.0	22.2

Fuente: elaborado en base a datos del Ministerio de Salud y Acción Social

Demanda en salud de mujeres y niños

por Lic. Clara Spindel

Es sabido que la demanda de atención en salud, no está relacionada solamente con el dolor de un determinado órgano del cuerpo sino con factores psicológicos, sociales y culturales.

Por otro lado la medicina se ha ocupado de normatizar los comportamientos estableciendo criterios acerca de la salud-enfermedad, lo normal, lo patológico.

Aquello que está ofertado desde los sistemas de salud puede no adecuarse a la demanda de los beneficiarios de ese sistema, si se tiene en cuenta además la cantidad de factores que influyen para que una persona consulte al sistema de salud, el tema resulta sumamente complejo.

Los estudios de sociología de la Salud han demostrado que además de variables económicas, cercanía a los centros de atención, tipos de patología padecidas, surge como un elemento que define la consulta al Centro Médico, el sexo y el lugar que ocupa el enfermo en la estructura familiar.

En el caso de los hombres las consultas eran las menos frecuentes, aunque muchos de ellos padecían enfermedades crónicas, siendo los motivos de baja consulta tanto por razones económicas —único sustento del hogar— como por razones simbólicas —el lugar del jefe de familia queda registrado para sí mismo y para los demás como el de aquel que puede soportar los dolores, siendo la enfermedad un signo de debilidad—. Además, en las clases populares, que es dónde está hecha la investigación, el cuerpo es un instrumento de trabajo y a él se le pide el máximo de utilización, no percibiéndose los signos previos al desencadenamiento de la enfermedad.

Las mujeres mantienen una actitud más consecuente con relación a la consulta en salud, teniendo las de más bajos recursos una actitud parecida a la de los hombres, la atención está relacionada con la enfermedad y no en sentido preventivo, en cambio las de más altos recursos suelen recurrir con cierta asiduidad. Con relación a los niños la demanda de atención es mayor que la de los otros integrantes de la familia, en una doble vertiente, por un lado ante los primeros signos de dolencia la familia responde en una actitud de protección al más dependiente siendo la respuesta a esto prioritaria sobre cualquier otra situación: esto provoca al mismo tiempo un desajuste en la organización familiar, por ejemplo, la internación de un hijo impide que se cumplan con relación a otros hijos las pautas de vacunación lo cual rebaja a otros integrantes más propensos a padecer enfermedades.

Los sistemas de salud organizados con relación a la enfermedad y con pocos criterios que tengan en cuenta no sólo la enfermedad del "órgano" sino todos los factores que coexisten en la morbilidad de una población suelen fracasar. Una adecuada política sanitaria debe contemplar tanto la accesibilidad de la población a los servicios como aquellas pautas sociales, culturales, familiares y los mitos que rigen la conducta de los individuos y que harán que éstos puedan ser mejor aprovechados por la gente.

Entendemos que una buena información y una mayor participación social que integre y aborde todos los aspectos que hacen a una mejora en la calidad de vida y no sólo a resolver la enfermedad será lo que permita un cambio favorable en el nivel sanitario de población. □

Sobre mortalidad infantil

Dr. Teodoro F. Puga*

Las últimas estadísticas relacionadas con la mortalidad infantil en nuestro país, conocidas a través de los medios, fueron calificadas como preocupantes y hasta vergonzantes en sectores vinculados con la salud pública y la salud materno-infantil.

Para nosotros no ha sido una sorpresa y diríamos que es una resultante lógica de la "inequidad en los Servicios de Salud", que acompañada por inequidad en educación, en economía y saneamiento ambiental, se suma a una gran desocupación, al aumento de la pobreza y la desnutrición y a la deserción escolar.

El alerta nos había llegado; las tasas de mortalidad infantil permanecían sin mayores variantes y no sólo durante un año, sino durante una década, mientras en otros países de Latinoamérica habían disminuido, en algunos en forma importante.

¿Cuál fue la respuesta de los organismos oficiales?

No dar a conocer las cifras y actuar como el avestruz.

Antes de hablar de políticas de salud, debe quedar claro que lo primero de lo primero es conocer la verdad de una situación, para luego actuar en consecuencia, sobre todo en temas tan sensibles como la mortalidad infantil, tanto neonatal como postneonatal.

La primera, una tasa difícil de bajar que está influenciada por factores prenatales, cuidados durante el parto y alteraciones genéticas. La segunda, también llamada infantil tardía, da origen a muertes que en las dos terceras partes de los casos pueden ser evitadas.

¿Qué ha pasado en la Argentina?

En primer lugar debemos recordar que hace aproximadamente un cuarto de siglo, nuestro país tenía la mitad o menos de la tasa de mortalidad infantil de algunos países de América Latina y que hoy duplica a esos mismos países, una verdad dolorosa y vergonzante. Cuba 9%, Chile 11, Costa Rica 12, Paraguay 14/15, Uruguay 17, Jamaica 16/17, son tasas que muestran esta realidad continental.

En segundo lugar reflexionar sobre las tasas promedio de mortalidad del año 1995, en nuestro país y en distintas provincias argentinas.

A nivel país, la cifra promedio de 1995 dada a conocer está en el 22,2%, un 2% superior a la de 1994, que significa la muerte de 135 niños más por año, y está vinculada a la mortalidad infantil tardía, que históricamente ha sido la más fácil de controlar. A nivel provinciales, el aumento de las tasas que en Tucumán de 23,9 pasó a 28,9 en Santa Cruz de 15,9 a 21,9, en San Juan de 21,3 a 25,2 y en Río Negro de 19,6 a 20,8. Las provincias como Chaco (32,8), Formosa (30,5), Corrientes (27,3), Salta (26,8) y Jujuy (26,4) tienen el triste privilegio de encabezar el ranking.

¿Por qué hemos llegado a esta preocupante situación?

Varias son las causas: políticas confusas y erráticas en la atención de la salud, superposición de jurisdicciones (nacional, provincial y municipal), sistemas incoherentes de atención médica, recursos humanos y materiales mal distribuidos, no llevar a la práctica conceptos teóricos difundidos hasta el hartazgo sobre la estrategia de atención primaria de la salud y finalmente, no internalizar en forma definitiva que sectores como economía, educación, ecología y medio ambiente, seguridad, cultura, etc. y no solamente el tradicional sector salud, tienen una cuota de responsabilidad en este campo.

¿Cuáles serían las propuestas?

1- Planes de salud coherentes, que sin dejar de lado diferencias según las jurisdicciones, estén integrados por un decálogo consensuado de contenidos básicos... y que se cumplan. 2- Ratificar la estrategia de atención primaria de la salud como eje de las propuestas, recordando que la Convención de los Derechos del Niño que la señala expresamente, es Ley de la Nación N° 23.849 y está incorporada a la Reforma de la Constitución Nacional de 1994. 3- La atención primaria, no debe ser *atención precaria sino atención primordial*, aplicable a cualquier nivel de atención, que deberá ser distinta según donde se aplique. Una cosa es la alta complejidad de un Hospital Pediátrico como el Garrahan, otra el nivel intermedio del Servicio de Pediatría de un Hospital General y otra el de un Centro de Salud y Acción Comunitaria de la ciudad de Bs. As., del conurbano bonaerense o de la Quebrada de Humahuaca. *Todos los niños deben poder acceder al nivel que su problema de salud requiera.* 4- Distribuir los recursos humanos y materiales en los tres niveles de atención de la salud en forma equitativa. Los pediatras sabemos bien donde y por qué se mueren nuestros niños y esas áreas de alto riesgo social deben ser consideradas prioritarias y en emergencia. 5- Aunque el hospital debe ser considerado el centro del sistema, revalorizar los Centros de Salud del Área programática que deben dejar de ser la "Siberia" de la atención de la salud de niños y adolescentes. Dar jerarquía a las Redes de Servicios para la Referencia y contrarreferencia de pacientes. Es elocuyente, y esto hace a nuestra formación, que en una nota de la Revista "La Nación" del 22 de junio, titulada "La salud en época de ajuste" que ocupó 13 páginas en la que intervinieron médicos sanitarios y el Ministro Mazza, en ningún momento se mencionaron los Centros de Salud y su importancia en la APS. 6- Jerarquizar la promoción, la prevención y la educación para la Salud de la comunidad y promover la participación comunitaria. 7- Estimular el trabajo en equipo, la multi, la inter y la transdisciplina. La labor intersectorial debe pasar a ser una tarea de todos. 8- Cumplir las metas del compromiso nacional en favor de la madre y el niño, que impulsadas por la Sociedad Argentina de Pediatría y la UNICEF, fueron avaladas por el gobierno nacional y por todos los gobiernos provinciales. 9- Considerar al control prenatal, la prevención de la prematuridad, la mejor atención del parto y del R.N., el amamantamiento, las inmunizaciones, el control de infecciones como la infección respiratoria y la diarrea, la hidratación oral, prioridades inamovibles en el marco de una atención personalizada. 10- Volver a la atención humanizada de la salud, respetando los valores éticos en los que se deben basar las instituciones y el Estado. La ética no se proclama, se practica.

Finalmente, una reflexión fundamental sobre la formación actual del recurso humano en salud y en particular del médico. A pesar de lo que se dice y se escribe reiteradamente, la formación en las Facultades de Medicina tanto en el pre como en el postgrado y en las residencias, salvo raras excepciones, sigue transitando el mismo camino y los contenidos educacionales siguen dirigidos hacia el tratamiento de la enfermedad y no al cuidado de la salud. La Universidad no enseña de acuerdo con las necesidades de la población. Durante la gestión del Decano Jaim Echeverry en la Facultad de Medicina de Buenos Aires, se organizaron y se pusieron en marcha en 1986, los Módulos de Atención Primaria de la Salud (MAP) durante toda la carrera. Hoy están desvirtuados. De cualquier manera el embrión quedó y seguramente alguien en el futuro lo retomará con la misma energía y convicción con que fue concebido. Mientras tanto... los resultados no podrán ser otros y cada 50 minutos seguirá muriendo un niño por causas evitables. □

* Profesor Titular de Pediatría UBA (M.C.)
Ex Presidente de la Sociedad Argentina de Pediatría.
Secretario General de la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE).

Diversas acciones oficiales se orientan a disminuir las tasas c

El PROMIN es un programa para satisfacer las necesidades primordiales



Vista parcial de uno de los Comedores Comunitarios Infantiles "Evita" instalado en la localidad de "La Mendieta" Provincia de Jujuy.

PRANI: Programa creado para apoyo de la infancia

Los planes destinados a atenuar situaciones desventajosas o de privación del sector materno-infantil son una prioridad y constante preocupación de los organismos del Estado Nacional. Desde el año 1995 se desarrolló el Programa Alimentario Nutricional Infantil (PRANI) creado desde la Secretaría de Desarrollo Social por el Lic. Eduardo Amadeo y coordinado por el Dr. Héctor Conti.

El Programa está destinado a mejorar las condiciones de vida y a permitir el acceso a una alimentación adecuada y suficiente de los niños de 2 a 14 años, nutricionalmente vulnerables y pertenecientes a hogares socioeconómicamente desfavorecidos. Para cumplir con estos objetivos se instrumenta un aporte complementario de alimentos y un apoyo a la educación básica para prevenir y/o reducir los niveles de desnutrición y favorecer el desarrollo infantil.

Las tareas realizadas y a realizar son puntuales: alimentación y control nutricional y vigilancia del desarrollo infantil, ambas impulsadas por medio de la movilización social. Para el cumplimiento de estos propósitos, el PRANI brinda

en primer término asistencia técnica y además orienta especialmente el diagnóstico y la reformulación de los programas provinciales de comedores escolares e infantiles y si es necesario capacita para el fortalecimiento de las instituciones locales.

El PRANI contempla también asistencia financiera para refuerzo de dieta, para mejorar la infraestructura y el equipamiento de los comedores escolares e infantiles y para los proyectos de capacitación y fortalecimiento institucional. También se implementa para familias en situación de alto riesgo social, asistencia alimentaria directa con refuerzo mensual de alimentos.

La metodología de trabajo del Programa es descentralizado y se ejecuta en todo el país con excepción de la Provincia de Buenos Aires y Capital Federal. En el mes de marzo del presente año atendió un total de 243.878 beneficiarios de 2 a 14 años. En una sola de sus actividades —asistencia alimentaria directa— cubre a 207.000 niños de 2 a 5 años pertenecientes a hogares carenciados y de 300.000 que concurren regularmente a los comedores infantiles. □

rama para atender las les de madres y niños

El PROMIN (Programa Maternidad, Infancia y Nutrición) implementado en el Ministerio de Educación y Acción Social de la Nación, está formulado para impulsar acciones de ejecución descentralizada en provincias y municipios, orientadas a atender necesidades prioritarias de madres y niños pertenecientes a sectores pobres estructurales (de acuerdo con la definición utilizada por la Encuesta permanente de hogares del INDEC).

El Programa tiene financiamiento del BIRF (Banco Mundial) a través de un crédito otorgado el 30/9/1993 y cuya duración es de seis años.

Los objetivos fundamentales del PROMIN están orientados a disminuir las tasas de morbilidad materna e infantil, promoviendo el desarrollo psicosocial de los niños entre 2 y 5 años, así como también a mejorar la eficacia y eficiencia de los programas de comedores escolares.

Para lograr los fines que se ha propuesto las estrategias son: focalización de grupos vulnerables para alcanzar a los "nuevos pobres" además de los pobres estructurales a los cuales apunta, descentralización para colocar el centro de las decisiones en el punto más cercano a los beneficiarios, integralidad para abarcar las áreas de educación inicial, nutrición y salud, participación para procurar la integración de la comunidad en la toma de decisiones, fortalecimiento institucional, para garantía

y sustento de las actividades en el tiempo.

Otro objetivo importante es la transformación de los modelos de atención de la salud, educación inicial y comedores escolares, desarrollando planes de capacitación que otorguen herramientas efectivas que ayuden a mejorar la gestión y el gerenciamiento de las actividades programadas.

Actualmente la casi totalidad de las provincias y numerosos municipios se han adherido, firmando respectivos convenios con la Nación y se encuentran desarrollando el Programa de distintos grados de avance.

La adhesión al Programa significa financiamiento para los distintos proyectos, el que se efectiviza en un 100%, un 70% y un 30% en el primero, segundo y tercer año respectivamente.

Para la realización del Programa que se instrumentó en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, como lo señalamos al comienzo, se ha creado una Unidad Coordinadora, constituida por funcionarios de planta y personal contratado bajo los términos indicados en el Decreto 443, cuyos objetivos explícitos son: disminuir las tasas de morbilidad materno-infantil, promover el desarrollo psicosocial de los niños de 2 a 5 años y mejorar los comedores escolares. Para alcanzar esos objetivos se despliegan estrategias específicas que ayudan tanto a los funcionarios como a las comunidades. □



Procreación responsable

por el Dr. José M. Corchuelo Blasco*

En la madrugada del 2 de noviembre de 1995, la Cámara de Diputados de la Nación dio media sanción al Proyecto de Ley denominado "Programa de Procreación Responsable", con el objetivo que los hospitales públicos y las obras sociales informen, orienten y provean a la población —si así fuere aconsejable— de métodos anticonceptivos sin distinción de sexo, edad, estado civil y número de hijos; atendiendo a las características y necesidades de cada caso en particular.

Con ello dimos un gran paso para que la información y el asesoramiento profesional sobre procreación responsable llegara a todos los sectores de la sociedad, especialmente a los más humildes.

Más allá de las críticas que esta iniciativa generó, lo cierto es que todos los legisladores que participamos en la elaboración de este Programa, trabajamos en favor de la calidad de vida y para que la justicia social sea un derecho de todos los argentinos.

Antes de llegar a su aprobación realizamos audiencias públicas, que en mi calidad de Presidente de la Comisión de Acción Social y Salud Pública de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación tuve el honor de presidir.

Las exposiciones vertidas en esas reuniones nos permitieron conocer muchas propuestas, cuya amplia mayoría favorecieron la creación del Programa de Procreación Responsable.

Prestigiosas asociaciones profesionales, entidades científicas y terapéuticas de Ginecología y Obstetricia y agrupaciones que luchan contra cualquier forma de discriminación, con el claro apoyo de la UNICEF, nos transmitieron un mensaje: "nuestra obligación legislativa es atender la realidad y buscar soluciones permanentes".

Antecedentes consultados previamente a la elaboración del Programa determinaron que "en nuestro país la mortalidad materna representa alrededor de 46 por cada 100.000 nacidos vivos. Un tercio de esas muertes son debidas a abortos, otro a toxemias y hemorragias y el tercio final a causas obstétricas directas. El 96 por ciento de esas muertes son evitables", mientras que "la mortalidad perinatal representa el 70 por ciento de las muertes infantiles pudiendo ser evitables el 75 por ciento de las mismas".

Las cifras, aun siendo alarmantes, podrían ser mayores al carecerse de registros indubitados.

Al momento de ser debatido el proyecto expuse ante mis pares en el Recinto de Sesiones de la Cámara de Diputados de la Nación que la Organización Mundial de la Salud tiene como fundamento central de la prevención en salud, un adecuado control del embarazo, parto y puerperio y el acceso a la información y a acciones que promuevan la procreación responsable, dado que son factores que disminuyen sustancialmente la morbilidad materna, perinatal e infantil.

Es importante destacar que este Programa de Procreación Responsable apunta a cerrar una veta discriminatoria en nuestra sociedad, ya que el suministro y control de anticonceptivos se produce en el sector privado de la medicina, al que como todos sabemos sólo accede una franja muy reducida de la población y al que se agrega solamente el sector cubierto por la acción de las Obras Sociales. Los sectores más humildes carecen de información y apoyo, y son precisamente las víctimas mayores de la ausencia de programas públicos en la materia.

Una asignatura pendiente en nuestro país es la de brindar prestaciones equitativas en salud.

En ese momento hubo algunas voces opuestas a la iniciativa, generalmente con argumentos ético-religiosos.

Soy cristiano, y siempre estuve convencido que Dios no quiere que haya entre 300.000 y 500.000 abortos, (o más) por año en la Argentina. No quebrantamos pues, ningún precepto moral ni religioso. Los legisladores siempre estuvimos convencidos que aplicando un Programa como éste, estamos ayudando a ejercer con responsabilidad el más maravilloso acto de amor: la concepción de una vida.

Hoy, a casi dos años de aquella sesión, en la que aprobamos el Programa de Procreación Responsable por abrumadora y concluyente mayoría; sigo convencido que nuestro objetivo de ese momento está aún vigente: "mejorar la calidad de vida y luchar porque la justicia social amplia sea realidad en Argentina".

Esperamos que el Honorable Senado de la Nación también así lo entienda, y lo convierta definitivamente en Ley.

*Diputado Nacional (P.Chibut)
Presidente de la Comisión de Acción Social y
Salud Pública de la Cámara de Diputados de la Nación.

(1977) Si la madre está bien, el niño está bien



De la Mortalidad Infantil y otros acontecimientos

por el Dr. Carlos Pacheco*

Es habitual desvirtuar y hacer una lectura politizada de tasas e indicadores. A veces por mala fe o ignorancia se extraen conclusiones falaces de un solo indicador. Las tasas de mortalidad infantil y de desocupación son las principales víctimas de la diletancia política.

Muchas veces de la lectura de un solo indicador —por desconocimiento, mala fe o ignorancia— se sacan conclusiones que estos no indican por sí solos. Así pasa con las tasas de mortalidad infantil y de desocupación que condimentan largas diletancias políticas.

De acuerdo a quien lo lea, lo analice o tan sólo lo referencie, se da o quita crédito al simple dato solitario y desprovisto. Considerado desde el poder oficial o desde el poder antagonico, se cree o descrea según sean las creencias preestablecidas del observador.

El indicador de mortalidad infantil por sí mismo no nos dice nada, si no lo comparamos con los producidos en otros lugares o bien consigo mismo en el tiempo. En efecto, la mortalidad infantil en nuestro país, comparándola con la tasa de otros países, muestra una sustantiva diferencia negativa, que no sólo traduce nuestra precariedad social sino la falencia de las políticas sanitarias, que las más de las veces han pasado por el sutil territorio de nuestras responsabilidades, ya sea como funcionarios o como efectores operativos.

Corroborar este análisis la curva de tendencia, en la progresión de la mortalidad infantil, en el curso de quince años y también es significativo analizar si los múltiples cambios políticos y su vaivenes se tradujeron en variaciones de la misma.

La tasa de mortalidad infantil traduce una tendencia secular esperable, más seguida por fatalismo matemático que por las variaciones lógicas impuestas por la articulación de políticas adecuadas. En Argentina la mortalidad infantil fue declinando en su tendencia porque "Dios lo quiere". Esto no debe tomarse como una inimputabilidad del sistema económico vigente como variable fuertemente asociada a la mortalidad infantil.

Según fuentes oficiales entre 1980 y 1995 la mortalidad infantil disminuyó apenas 0,66 puntos por año, o sea 10 puntos en los quince años. No se registran grandes oscilaciones año a año. Pero cuando los datos se desagregan según provincias surgen diferencias que invitan a la reflexión.

Neuquén, que no es de las provincias políticamente más favorecidas, y que tiene población aborigen—que viene siendo excluida desde muchos años antes del ajuste reduce la mortalidad infantil un 55%, el doble de la reducción nacional en el mismo período.

Si todo el país hubiera seguido el ritmo de Neuquén la mortalidad infantil sería en 1995 del 15,5 por mil y hubiéramos salvado la vida de alrededor de 5.000 niños. Si con ajuste Neuquén lo pudo hacer, ¿qué pasó en el resto del país?

Además, sobre la mortalidad infantil no influyen sólo variables económicas, sino ¿cómo se explica que Córdoba haya conseguido una reducción de sólo el 15,3%.

Si a este descenso se lo relaciona con la cuarta posición que ostenta Córdoba entre las demás provincias, de acuerdo con el índice de desarrollo social de PNUD, y se lo compara con el fuerte descenso de la mortalidad infantil en Neuquén —décimo quinta según el indicador de las N.U.— comienzan a tambalear las hipótesis unicasales de la mortalidad infantil. Qué no decir de Capital Federal, primero de los distritos según el Índice de Desarrollo Humano, que sólo bajó la tasa de mortalidad infantil en 29,2%, 2 puntos por debajo de la declinación del promedio nacional, no obstante la disponibi-

lidad y accesibilidad de recursos notoriamente superiores a los del resto del país.

Si se aplicara la disminución de la tasa en Neuquén como meta posible para el país, surgiría un caso impensable 15,5 por mil para ese mismo año 1995, y si la curva nacional se hubiera comportado como la de Córdoba, la tasa nacional mostraría un catastrófico 28,1 por mil, nada menos que 5,9 por mil más que el promedio nacional, lo que traducido a cifras absolutas representaría entre 3.500 y 4.000 muertes infantiles para ese año 1995, final de la tendencia.

Si bien entre el año 1987 y 1996 las exportaciones crecieron casi un 400%, el déficit fiscal se redujo a menos de la mitad y la inflación bajó de un 131% a 0,16% anual, también creció la deuda externa, aumentó la desocupación y la tasa de mortalidad infantil (esa que traducida a noticia catástrofe representaría un accidente donde morirán 40 lactantes cada día del año), siguió su curso porque "Dios quiere".

Ni los peronistas, ni los radicales, ni la dictadura, ni nadie, hicimos nada importante para que esa mortalidad de menores de un año que según las declamaciones tanto duele, no siga bajando según la supuesta ocurrencia divina.

Si bien es cierto que las investigaciones epidemiológicas muestran a las condiciones sociales asociadas fuertemente a la mortalidad infantil, también es cierto que hasta que un cambio social imprescindible no favorezca la generación y la equitativa distribución de riqueza, los responsables operativos o geren-

ciales del área salud, cada año, les están quitando la posibilidad de vivir alrededor de 5.000 recién nacidos.

Las informaciones estadísticas con respecto a defunciones neonatales dicen que el 31,4% se reducirían con controles del embarazo, el 14,1% con buena atención en el parto y el 14,1% con adecuados controles el recién nacido.

También y con respecto a defunciones de niños de más de 28 días, que el 12,1% se reducirían con prevención, el 11,6% con tratamientos adecuados y el 30,7% con prevención y tratamiento.

Lo señalado, traducido al entendimiento general, indica que alrededor del 50% de las muertes de menores de un año, se producen por ineficiencia del sector salud y representa cada año, no menos de 7.000 muertes de menores de un año.

Nuestro país, aún afectado como otros por severos ajustes económicos, podría alcanzar más eficiencia con la promoción de la lactancia materna, el control de evolución de los embarazos y del desarrollo de los niños, la vacunación y el conocimiento pleno de la población sobre las posibilidades que les permiten elegir libre y responsablemente la cantidad de hijos que deseen.

Sin ninguna duda, desde el sector salud, se puede incidir en la disminución de la mortalidad infantil y la responsabilidad es de todos los que gerencian u operan en el sector. □

*Médico pediatra, ex director de APS de la Provincia de Buenos Aires.

Salud materno infantil y Calidad de vida

por Lic. Margot Romano Yalour*

Dado que la salud es el estado de bienestar bio-socio-psíquico y no la mera ausencia de la enfermedad, es necesario agudizar los niveles de creatividad para poder medirla, no sólo a través de un solo indicador negativo: *la enfermedad y la muerte*. El indicador de mortalidad infantil resulta insuficiente para medir la calidad de vida de la madre y el niño.

La aplicación del nuevo índice de UNICEF "bienestar infantil", puede contribuir a revertir esta tendencia a la unidimensionalidad.

La ecuación citada es una combinatoria de datos relativos a mortalidad neonatal, materna y porcentajes de población con cobertura de agua potable, así como proporción de personas que viven en zonas de alta marginalidad económica y social. Los valores de las variables oscilan entre 0 a 100 siendo este último la situación más favorable.

No obstante, sería conveniente considerar otras variables que atentan contra el bienestar infantil y la calidad de vida.

Existen una serie de variables que se correlacionan con la calidad de vida de la madre y el niño, en forma positiva y o negativa, a saber:

- Anomia (desesperanza de los padres, falta de integración a valores y normas sociales y morales).
- Desocupación de los padres.
- Falta de hábitat afectivo en el seno de la familia que contenga una nueva vida (ausencia de un espacio afectivo donde el niño tiene un lugar).
- Falta de reconocimiento social del rol de la infancia y la niñez o sea el lugar que ocupa

la infancia y la niñez en la familia, la comunidad y la sociedad.

- El lapso de tiempo entre un nacimiento y otro.
- Educación materna.
- Composición familiar.
- Vivienda, e infraestructura de servicios: agua potable, sistema eliminación de excretas, alcantarillado.
- Características comunitarias donde la familia vive (villas miserias, inquilinatos, formas de solidaridad vs agresión).

Todos estos factores son considerados ambientales y no sería metodológicamente correcto tomar en cuenta solamente aquellos que se denominan tradicionalmente "saneamiento básico".

El concepto calidad de vida, da cuenta de la multidimensionalidad e hipercomplejidad de la vida humana y es particularmente útil para analizar la "incidencia de factores ambientales en la relación madres-hijos. Es susceptible de mediciones subjetivas y objetivas, permitiendo un desarrollo metodológico creativo y atingente, con datos cuali y cuantitativos.

Este concepto y su operacionalización, reconocido en el ámbito de la ciencia y de la tecnología, integra asimismo el sistema público, en cuanto a la toma de decisiones, la fijación de prioridades y su inclusión en las agendas de los gobernantes.

*Profesora titular de Metodología de la Investigación en la Universidad de La Pampa y Cursos y Maestrías de ISALUD

Se profundizó en las tendencias e instrumentos

Realizó AES las programadas Jornadas Internacionales de Economía de la Salud

CUMPLIÓ VEINTE AÑOS "MEDICINA Y SOCIEDAD"

La Revista **MEDICINA Y SOCIEDAD** celebró con el número 1 de 1997 sus 20 años de emisión continua e ininterrumpida, llevando a sus lectores información, ideas y experiencias sobre Administración de Servicios de Salud, Políticas de Salud, Salud Pública y Seguridad Social. Colaboran pensadores como Juan Carlos O'Donnell, Ginés González García, Aldo Neri, Eneas Pampliega, Roberto Tafani, Jorge Mera, Julio Bello, Carlos J. García Díaz y otros, exponiendo su visión del cambio y transformación que se está operado en el tema salud en la Argentina y el Mundo. Por lo tanto constituye un documento de trabajo para todos los que desean y necesitan mantenerse al día en los grandes temas que hoy se suscitan en el ambiente de la salud.

En los días 23, 24 y 25 de abril último se llevaron a cabo, organizadas por la Asociación de Economía de la Salud (AES), las VI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud, que contaron con la presencia de delegados de distintas partes del país, de las naciones del Mercosur, de Europa y de Estados Unidos.

Las sesiones en las que se trató el tema "El futuro de la reforma o la reforma del futuro", se realizaron en el auditorio de la Biblioteca Nacional y dieron motivo a un amplio cambio de opiniones y experiencias sobre la reforma en la salud que se viene realizando en la mayoría de los países.

En el curso de las tres jornadas los especialistas invitados —argentinos y extranjeros— hablaron sobre las reformas y regulación de los servicios nacionales de salud y de seguros de salud y también sobre modelos de gestión en estas dos áreas.

Se destacaron las exposiciones sobre experiencias realizadas en nuestro país, en Latinoamérica y en Estados Unidos. Los expertos europeos ofrecieron un panorama sobre reformas que se realizan en países de la Comunidad Europea como Holanda y Alemania y destacaron la necesidad de ajustar los costos para ampliar la atención sanitaria a sectores más amplios de la población.

Con el objetivo de facilitar el análisis de los distintos sistemas y de encontrar —de acuerdo con las condiciones específicas— aquel que mejor se adecue a la situación real, en estas VI Jornadas se cambió la modalidad de las sesiones. Las mesas redondas y los paneles fueron organizados de acuerdo con el tipo de sistema de salud y no por país, lo

que permitió profundizar en las tendencias e instrumentos de regulación de los sistemas que se aplican en el mundo, ya sea nacional, de seguro o mixto.

El Dr. Ginés González García, presidente de AES, que en la sesión anterior a la clausura pronunció una conferencia sobre el tema central de las Jornadas, también dijo las palabras con que se clausuraron las deliberaciones. □



Dr. Ginés González García

Sobre la salud en el Mercosur disertó el Dr. González García

El viernes 27 de junio dio comienzo con palabras del Dr. Jorge Ochoa el acto inicial del 7º encuentro de la Comisión de Médicos del Mercosur (CIMS) organizado por la COMRA (Confederación Médica de la República Argentina). Por su parte el Ministro de Educación de la Nación, Dr. Alberto Mazza, dio por inaugurada la reunión pronunciando palabras de bienvenida.

En relación con la temática central de la reunión relacionada sobre el papel de los médicos en el MERCOSUR pronunció una conferencia el Dr. Ginés González García, director general de nuestra Fundación, presidente de AES e integrante de la conducción central, con sede en México, de la REDEFES (Red Interamericana sobre Economía y Financiamiento de la Salud).

El Dr. González García se propuso en su charla relacionar cuatro temas: economía, salud, Mercosur y globalización. Con respecto a los dos primeros, economía y salud, dijo que nunca podrán dejar de estar relacionados. Quizá, en unas pocas expresiones se puede sintetizar el pensamiento expuesto. Una de ellas es: "Una buena salud hace a la generación plena del proceso económico tal como hoy está desarrollado en el mundo, y un proceso económico desarrollado de una manera equi-

tativa genera una buena salud, más allá de lo que puedan hacer los médicos". Y la segunda: "Una población con buena salud tiene mayor productividad y hace a la generación plena de un proceso económico".

Otro aspecto de su conferencia, muy completa en su desarrollo fue el de globalización. Aquí hizo referencias históricas muy elocuentes para evidenciar de qué modo en distintos ámbitos y en todas las épocas hubo globalización y se detuvo en el fenómeno actual de los capitales e intereses internacionales dominando y sobreponiéndose a los nacionales.

El Dr. González García remarcó cómo actualmente están globalizados la tecnología, la información, las enfermedades y los flujos financieros.

En cuanto al Mercosur lo considero una respuesta fundamentalmente política e inteligente a la tripolaridad económica formada por Europa, Asia y Norteamérica. Dijo también que en este bloque regional, pero abierto, debía insistirse en que además de ser un espacio comercial, también fuera un espacio social, poco tenido en cuenta en muchas de las naciones integrantes de la trilogía de mercados dominante.

Finalizó sus palabras exhortando a armonizar las diversidades nacionales de los países del Mercosur. □

Con todo.
CON TODOS.



Base de datos sobre sistemas de salud en Latinoamérica

La Fundación ISALUD está desarrollando una base de datos sobre sistemas de salud en los países de América con el objetivo de analizarlos a partir de un protocolo común. Se podrá arribar así a conclusiones particulares de cada país y específicas de determinados modelos de sistemas.

La citada base contendrá informaciones relativas a organización, cobertura, oferta, utilización, financiamiento, gasto y tendencias de reforma de los distintos países.

El proyecto —con la coordinación de los Licenciados Federico Tobar y Evangelina Artigas— cuenta con la colaboración de cuarenta profesiona-

les, alumnos de la promoción 1997 de la Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social (MSSS).

El control de calidad de la información será efectuado por autoridades políticas y académicas de la región que actuarán como referentes de cada estudio y que serán contactados en cada país por la Red de Economía y Financiamiento en Salud (REDEFES) y por las instituciones que tienen convenios de intercambio con ISALUD.

Los resultados obtenidos serán presentados en un Seminario de integración que la Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social organizará a fin de año.

BANCO PROVINCIA
El Banco de la Provincia de Buenos Aires

Maestrías en Salud y Seguridad Social y Economía y Gestión

La formación de recursos humanos en Salud: objetivo central de la Fundación

Como resultado del acuerdo marco firmado el 28 de octubre de 1994 entre la Universidad de Lomas de Zamora, por intermedio del Centro de Estudios de la Salud (CES), de la Facultad de Derecho y la Fundación ISALUD, se dio inicio a la primer promoción de la Maestría en nuestra Sede *Sistemas de Salud y Seguridad Social* con una duración de tres semestres o su equivalente en 1.200 horas académicas. El título tiene validez nacional, otorgado por Resolución N° 45/95 del Ministerio de Cultura y Educación de la Nación. A esa Maestría se agrega el Postgrado en Economía y gestión en Salud.

El objetivo es formar recursos humanos para cumplir funciones en la planificación y gerenciamiento de los sistemas de salud y seguridad social, en la investigación y en la docencia de post-grado y está dirigido a graduados universitarios con experiencia en el área de la política, la administración y/o la gestión e investigación en temáticas relacionadas con este campo en sus aspectos político-normativos y administrativo-organizacionales.

Maestrías

En Abril ha comenzado una nueva Promoción (la tercera) de la Maestría de Sistemas de Salud y Seguridad Social. A la misma concurren un numeroso grupo de participantes del Interior del País, como de Capital Federal y Conurbano Bonaerense. Se desarrolla bajo la modalidad de un encuentro intensivo de 3 días una vez por mes, durante el cual trabajan en talleres y participan de exposiciones de destacados docentes nacionales y extranjeros. Durante el período intermedio entre cada encuentro, los alumnos no pierden comunicación con la Maestría, sino que están relacionados entre sí y con la Fundación mediante una actividad de Intercambio a través del uso de la tecnología comunicacional existente (fax, E-Mail, etc.). Esta actividad, que consiste en el análisis o aplicación de conceptos o metodologías, se desarrolla en base a los contenidos educativos una de las materias dictada durante la jornada presencial, y permite profundizar el conocimiento de los temas y fortalecer los vínculos entre los participantes y con la Fundación ISALUD.

La última actividad desarrollada, consistente en un análisis sobre Economía y Mercados de la Salud a partir de un video que recibieron los alumnos de una clase dictada por la Prof. Marisol Rodríguez, permitió la producción de documentos que son remitidos a la Profesora para su evaluación, en la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona, donde trabaja.

Las Maestrías desarrolladas hasta el momento, durante el transcurso de este año lectivo, han recibido a profesores internacionales, entre los cuales cabe destacar la presencia del Dr. Jorge Katz, Miembro de la CEPAL en Chile, quien ha dictado clases sobre Economía y Mercados de Salud y al Dr. Ernesto Cohen, de Chile, Director de Políticas Sociales de la CEPAL, quien ha desarrollado la materia Formulación y Evaluación de Proyectos.

La Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social responde al objetivo de reconversión de recursos humanos que

impulsen y sostengan los cambios indispensable en el sector, en función de los requerimientos de salud de la población y la necesidad de un mejor desempeño del sistema en su conjunto y de las organizaciones públicas, privadas y de la seguridad social que lo integran.

Postgrado en Economía y Gestión en Salud

El Postgrado de Economía y Gestión en Salud con parecidos objetivos al anterior se propone:

Formar recursos humanos con capacidad para abordar la gerenciación de servicios de salud con una visión sistemática. Promover los análisis y diagnósticos organizativos de las entidades que participan de la regulación, financiación y prestación de servicios de salud. Plantear la reconversión y adecuaciones necesarias mediante un enfoque que combine el análisis teórico con las acciones prácticas.

Está destinado a graduados universitarios de distintas disciplinas con experiencia o interés en perfeccionarse en economía y gestión de las organizaciones de la salud. A continuación destacamos las características centrales del curso.

Duración del Curso: 3 cuatrimestres + tesis.

Horarios: Viernes y sábados (cada 15 días).

Coordinador Académico: Cdr. Carlos Vassallo.

Materias: Economía de la Salud, Mercados de la Salud, Modelos Prestadores, Contabilidad y Finanzas, Sistemas de Información, Planificación y control, Epidemiología, Marketing, Gestión de Costos, Medición de Producto Hospitalario, Gestión de Producto Sanitario, Innovaciones en Salud, Gestión de Recursos Humanos, Estrategia y diseño de organizaciones, Gestión de calidad, Metodología para la evaluación económica, entre otras.

Docentes: Ginés González García, Carlos Leyba, Jorge Remes Lenicov, Bernardo Kosacoff, Zulema Bianconi, Alessandra Massei, Marco Meneguzzo (Italia), Armando Reale, Federico Tobar, Manuel Alvarez, Julio Neffa, Vicente Ortún Rubio (España), Marisol Rodríguez (España), Atilio Savino, Alberto Díaz Legaspe, Alieto Guadagni, entre otros.

Convenios: Universidad Pompeu Fabra (España), Universidad Luigi Bocconi (Italia), Universidad de Barcelona (España), Asociación de Economía de la Salud (Argentina).

Aranceles: Matrícula: \$ 500.- 14 cuotas de \$ 250.-

Gestiona la Fundación "status" de Instituto de Nivel Universitario

Desde el comienzo de su actividad y especialmente desde 1993, el Director General de la Fundación, Dr. Ginés González García y todo el equipo de colaboradores pusieron énfasis en uno de los principales objetivos de la Fundación: la calificación de recursos humanos en las áreas sociales, principalmente en las de salud, seguridad social y desarrollo humano.

Reconocer que hoy la realidad argentina abarca nuevos escenarios económicos, políticos y sociales, impone ineludibles cambios en los sistemas de salud y de seguridad social. Por ello nuestra Fundación se encuentra gestionando el "status" de INSTITUTO UNIVERSITARIO, indispensable para desarrollar con la máxima autoridad académica funciones de capacitación que formen cuadros actualizados en conocimientos, lenguaje, actitudes, técnicas e instrumentos.

Con el fin citado precedentemente el año pasado fue presentado al Ministerio de Educación el proyecto —ajustado a los requerimientos legales— para constituirnos en INSTITUTO UNIVERSITARIO, el que fue aprobado en primera instancia. En una segunda instancia nuestra solicitud está a estudio de la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria, de la que se espera que en un período de 60 días se expida favorablemente.

Si se tiene en cuenta que nuestra participación en el sector lleva ya más de 7 años resulta indispensable el reconocimiento por parte de las autoridades del Ministerio de Educación, lo que permitirá a los participantes de nuestros cursos y maestrías obtener diplomas de alto nivel académico y de investigación.

Esperamos que antes de fin de año el INSTITUTO UNIVERSITARIO sea una realidad. □

Se iniciará un Seminario-taller para odontólogos

En el próximo mes de agosto se iniciará en la sede de nuestra Fundación un Seminario-taller que se dictará como resultado del acuerdo al que se llegó con el Colegio de Odontólogos de La Plata y la Confederación Odontológica de la República Argentina (CORA).

La temática se centrará en la *Economía y Gestión en Salud* para favorecer dicha capacitación y el análisis de los problemas que preocupan al sector de la Odontología.

El Seminario será coordinado por el Dr. Alejandro Abella y el Licenciado Nicolás Rosenfeld. Se han fijado límite mínimo y máximo de asistentes y se realizará una selección de dos participantes por entidad primaria.

Como adelanto parcial de los contenidos se mencionan los siguientes: *Economía de la Salud* (oferta, demanda, fallas, financiamiento, organización, regulación), *Sistemas de Salud en Argentina* (transformaciones en los subsectores, posibles escenarios en los sectores públicos y de seguridad social), *Oferta, demanda y morfología de los mercados*, *Costos, medición de producto en salud*.

Si se desea obtener más información sobre el Seminario, dirigirse a las sedes de la CORA o a nuestra Fundación. □