



**Centro de Estudios de Estado y Sociedad**

---

**SEMINARIO VII – Noviembre 2003**

**Mesa Debate:**

**Indicadores de Seguimiento de Políticas en Salud**

**Panelistas**

**Claudio Bloch<sup>1</sup>**

**Mónica Levcovich<sup>2</sup>**

**Zulma Ortíz<sup>3</sup>**

**Andrés Pichon Rivière<sup>4</sup>**

**Compiladora**

**Bárbara Lignelli**

***Con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud***



---

1 Médico - Director General, Coordinación del Programa SIDA del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

2 Licenciada en Economía - Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO) del Ministerio de Economía / Presidenta de la Asociación de Economía de la Salud (AES).

3 Médica Epidemióloga - Coordinadora del Programa de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades (VIGI+A) del Ministerio de Salud.

4 Médico Epidemiólogo - Director Ejecutivo del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS).

## Indicadores de Seguimiento de Políticas en Salud

### **Introducción:**

Si bien en las últimas dos décadas se evidencia una mejora en los indicadores de salud en la Argentina, ciertos datos de la realidad obligan a estar atentos y ser cautos con respecto a su evolución futura. Desde fines de los noventa, la crisis política, institucional y socioeconómica produjo como resultados un deterioro en las condiciones de vida y una situación de emergencia sanitaria. Ante este contexto, resulta fundamental el tratamiento de distintas perspectivas que permitan evaluar el impacto que estas circunstancias tienen en la población.

El tópico a debatir en el encuentro es el de indicadores de seguimiento de políticas en salud, para lo cual fueron convocados Claudio Bloch (Médico, Director General, Coordinación Programa SIDA del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires), Mónica Levcovich (Licenciada en Economía, SIEMPRO/Presidenta AES), Zulma Ortíz (Médica Epidemióloga, Coordinadora VIGI+A) y Andrés Pichon Rivière (Médico Epidemiólogo, Director Ejecutivo IECS).

El abordaje de los indicadores de salud resulta de suma importancia al momento de diagnosticar la realidad sanitaria, y constituye una herramienta básica para la planificación de políticas que permitan brindar acceso a los sectores más perjudicados y lograr así una mayor equidad en salud. Son necesarios indicadores que proporcionen información vigente y actualizada, que refleje no sólo las condiciones de salud, sino también el contexto social de la población analizada.

El inicio de las presentaciones correspondientes a la mesa-debate del Ciclo de Seminarios en Salud y Política Pública del Cedes, que se transcriben a continuación, estuvo a cargo de Mónica Levcovich, quien se ocupó de presentar el contexto macroeconómico, mediante el análisis de los indicadores de gasto y financiamiento en salud, señalando la importancia de contar con una matriz que revele esas características.

En segundo lugar, y desde una perspectiva epidemiológica, Zulma Ortíz presentó un análisis de indicadores de muerte y enfermedad, con el propósito de plantear el debate sobre la existencia de diferentes procesos de salud-enfermedad enmarcados en distintos contextos de interés, no sólo el económico, sino también cultural, ambiental y de los significados, de los cuales no se posee información.

Andrés Pichon Rivière se encargó de efectuar una clasificación de los indicadores para la evaluación de resultados de intervenciones en salud, distinguiendo entre aquellos de estructura, de procesos y de resultados, mediante el estudio de las ventajas e inconvenientes que presenta cada uno de ellos en la práctica médica a través de ejemplos concretos.

Claudio Bloch, por su parte, cerró el encuentro presentando las acciones iniciadas y los resultados de investigaciones sobre la problemática del VIH/SIDA realizadas dentro de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y la evolución de indicadores de salud a lo largo de los tres años de gestión, destacando la importancia de difundir la información y estimular el intercambio entre productores y usuarios de la misma.

## Presentación de Mónica Levcovich

Abordaré la cuestión de los indicadores de gasto y financiamiento en salud a nivel macroeconómico. Los datos a los que se hará referencia provienen de un estudio realizado en el año 2000-2001, conjuntamente entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía, con información obtenida para elaborar la Matriz Insumo-Producto de la economía total del país, complementada con datos disponibles en el Programa de Reversión de Obras Sociales (PROS) y con algunas informaciones relevadas ad-hoc. Este trabajo cuenta con la ventaja de haber sido realizado en base a información homogénea, de toda la economía, razón por la cual son comparables los datos del gasto en salud con los obtenidos en el resto de los sectores económicos.

En la Matriz de Gasto y Financiamiento en Salud se representan los principales actores del sector (columnas) y los rubros del gasto, bienes y servicios destinados a la atención de la salud que éstos demandan (filas). El objetivo es ver el tipo de indicadores que puede surgir de la construcción de una matriz con estas características (Tabla 1). Esta matriz describe el origen y destino de los flujos financieros del sector, presentando información acerca de qué hacen los financiadores directos: familias, gobiernos (nacionales, provinciales y municipales), empresas e instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares (ISFLH); los financiadores indirectos: obras sociales y seguros voluntarios; y los prestadores de servicios de salud.

¿Para qué sirve una Matriz de Gasto y Financiamiento en Salud? Esta matriz permite conocer:

- ✓ El peso relativo que representa el sector salud en relación con otros sectores de la economía;
- ✓ De dónde proviene el financiamiento directo e indirecto;
- ✓ En qué tipo de bienes y servicios se asigna;
- ✓ Cuál es el nivel de consumo de las familias y cómo se compone;
- ✓ Cuáles son las funciones de producción de los prestadores;
- ✓ Cuáles son los porcentajes de gasto en administración de los responsables de gestionar los fondos de seguros obligatorios y voluntarios;
- ✓ Cuál es el valor agregado sectorial.

El hecho de que la información para elaborar la matriz fuera del año '97 presentaba el inconveniente de ser ya antigua en el 2000, pero de todas maneras, se efectuó su cálculo porque: primero, eran los datos disponibles en ese momento, y segundo, serviría de base para posibles estudios posteriores, contruidos a partir de la misma información. El tener la información y sostenerla en el tiempo permite hacer una serie, saber cómo evoluciona el gasto en salud en relación al producto bruto a lo largo del tiempo y la ubicación de la Argentina en el concierto de las naciones.

Los datos para el año '97, en concreto, señalan que en Argentina se gastaba en salud el 8,1% del PBI, del cual el 45% era gasto privado y el 55% público (Tabla 2), mientras que el gasto en medicamentos era aproximadamente del 24% (Tabla 3). Como puede verse en la misma tabla, sólo Estados Unidos tenía un gasto público menor, mientras que Suiza presentaba la misma proporción, siendo los dos países desarrollados con menor porcentaje de gasto público. Estos estudios sobre gasto permiten reflexionar acerca de las características del sistema de salud argentino en relación a otros sistemas y conocer la evolución por tipo de financiamiento: gasto público, gasto de las obras sociales y gasto de los hogares (Tabla 4).

La primera reflexión posible es que el porcentaje del gasto está correlacionado con el nivel de cobertura que tiene la población. En el gasto de los hogares se puede discriminar en gasto directo de bolsillo y pago de seguros, por lo cual se entendería el aumento de la cobertura de las empresas de medicina prepaga o los seguros voluntarios en relación a la disminución de la cobertura de la seguridad social.

**Tabla 1: Matriz de Gasto y Financiamiento en Salud.**

	Hogares	Resto de los sectores productivos	Gobiernos Nacionales	Gobiernos Provinciales	Gobiernos Municipales	Total Gobierno	ISFLH	Seguros Voluntarios	Obras Sociales Nacionales	Obras Sociales Provinciales	INSSJP	Total Obras Sociales	Establecimientos públicos	Clinicas	Médicos y odont	Servicios de Diagnóstico y tratamiento	Servicios de Emergencias	Total prestadores privados	Total Prestadores	Residencias con Servicios de Enfermería
Primeros Auxilios	126	-	0	11	0	-	-	-	6	67	20	94	-	-	-	-	-	-	-	-
Total Aparatos	400	-	0	11	0	12	-	1	6	67	20	94	21	46	61	13	2	121	143	11
Medicamentos de uso humano	4.604	-	9	4	3	15	67	157	451	231	353	1.035	436	430	13	70	2	514	951	0
Compuestos químicos	-	-	-	-	-	-	1	0	-	-	-	-	57	66	5	9	0	80	137	3
Servicios de salud humana	1.569	146	558	3.247	734	4.539	148	2.491	2.567	1.339	1.543	5.449	300	1.235	-	202	25	1.462	1.762	11
Establecimientos públicos	126	-	526	3.231	728	4.484	-	-	104	28	11	142	-	-	-	-	-	-	-	-
Salud privada	1.443	146	32	16	7	55	148	2.491	2.463	1.311	1.532	5.307	300	1.235	-	202	25	1.462	1.762	11
Clinicas	282	143	17	-	-	17	-	1.514	1.662	879	870	3.410	-	-	-	-	-	-	-	-
Médicos y odont	763	2	15	16	7	38	148	544	494	261	378	1.133	300	742	-	128	24	894	1.194	11
Servicios de Diagn. y Trat.	398	-	-	-	-	-	-	358	283	162	189	634	-	454	-	73	0	527	527	-
Servicios de Emergencias	-	-	-	-	-	-	-	76	25	9	95	129	-	39	-	1	1	42	42	-
Seguros Voluntarios	3.537	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Seguros de Afiliación Obligatoria	8.134	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total prestaciones de salud	18.370	146	567	3.262	737	4.566	216	2.649	3.024	1.637	1.917	6.578	814	1.776	79	294	29	2.178	2.992	26
Consumos intermedios varios	-	-	99	17	9	125	-	281	214	36	83	333	585	986	1.186	495	36	2.702	3.288	237
Residencias con Serv. de Enfer.	351	-	-	-	-	-	204	-	-	-	168	168	-	-	-	-	-	-	-	-
Remuneración al trabajo	-	-	81	302	5	388	-	302	506	136	394	1.036	3.354	1.928	273	617	111	2.929	6.336	349
Otros componentes del VA	-	-	-	-	-	-	-	305	14	-	6	20	-	677	2.297	510	70	3.554	3.554	110
<b>Total</b>	<b>18.721</b>	<b>146</b>	<b>746</b>	<b>3.581</b>	<b>751</b>	<b>5.078</b>	<b>420</b>	<b>3.537</b>	<b>3.758</b>	<b>1.809</b>	<b>2.567</b>	<b>8.134</b>	<b>4.753</b>	<b>5.366</b>	<b>3.834</b>	<b>1.917</b>	<b>246</b>	<b>11.364</b>	<b>16.170</b>	<b>723</b>

Fuente: Estimaciones del Gasto en Salud Argentina. Año 1997 y proyecciones. Ministerio de Salud y Ministerio de Economía.

**Tabla 2: Argentina. ¿Cuánto se Gasta? ¿Quién Financia?**

	Monto	% s/Gasto Total	% s/PBI
<b>GASTO PRIVADO</b>	<b>10.598</b>	<b>45%</b>	<b>3,7%</b>
Gasto de bolsillo de los Hogares	6.699	28%	2,3%
Seguros voluntarios	3.537	15%	1,2%
Empresas	146	1%	0,1%
ISFLH	216	1%	0,1%
<b>GASTO PUBLICO</b>	<b>13.044</b>	<b>55%</b>	<b>4,4%</b>
Gobiernos	5.078	21%	1,7%
Seguridad Social	7.966	34%	2,7%
<b>TOTAL</b>	<b>23.642</b>	<b>100%</b>	<b>8,1%</b>

Fuente: Estimaciones del Gasto en Salud Argentina. Año 1997 y proyecciones. Ministerio de Salud y Ministerio de Economía.

**Tabla 3: Gasto en Salud en Países Seleccionados.**

	1997			2000		
	Gasto/PBI	Gasto Público	Gasto en medicamentos	Gasto/PBI	Gasto Público	Gasto en medicamentos
Argentina	8,1	55,2	24,2	8,8	54,9	
Canada	8,9	70,2	14,6	9,1	72,0	15,2
Czech Republic	7,1	91,7	25,3	7,2	91,4	25,2
Denmark	8,2	82,3	9,0	8,3	82,1	9,2
France	9,4	76,2	17,9	9,5	76,0	20,1
Germany	10,7	75,3	12,7	10,6	75,1	13,6
Netherlands	8,2	67,8	11,0	8,1	67,5	11,8
Spain	7,6	71,1	19,0	7,7	69,9	
Switzerland	10,4	55,2	10,3	10,7	55,6	10,7
United Kingdom	6,8	79,9	15,9	7,3	81,0	
United States	13	45,2	9,7	13,0	44,3	12,0

Fuente: OECD, HEALTH DATA 2002, 4th. Ed.

**Tabla 4: Gasto en Salud en Países Seleccionados.**

	2000			
	Gasto público	Seguro Privado	Gasto de bolsillo	Seguridad social como % de G. Púb.
Argentina	55	14,6	30,4	59,5
Canada	72		28	1,9
Czech Republic	91,4		8,6	89,4
Denmark	82,1	1,6	16,3	0
France	76	12,8	11,2	96,8
Germany	75,1	12,5	12,4	91,7
Netherlands	67,5		32,5	94,1
Spain	69,9		30,1	
Switzerland	55,6		44,4	72,7
United Kingdom	81		19	
United States	44,3	34,8	20,9	33,7

Como se señaló previamente, el gasto público en la Argentina en el '97 era del 55% y de eso alrededor del 60% es gasto de la seguridad social. Esto puede ser comparado con el peso que tiene el financiamiento en la seguridad social en otros países (Tabla 4). Los países con financiamiento de su sistema de salud basado en la seguridad social son fundamentalmente los de Europa Oriental, que viraron de sistemas de salud nacionales a sistemas de seguridad social (por ejemplo la República

Checa), Francia, Alemania y Holanda, tienen los porcentajes más altos, y en Suiza, el 72% de su gasto público es en seguridad social.

Este estudio permite avanzar sobre otro tipo de información, en general no disponible, relacionada con la composición del gasto, y, de acuerdo con la Tabla 5, es en qué se gasta, en cómo se asignan estos 23.000 millones de pesos entre los distintos bienes y servicios. Se destaca el gasto en medicamentos (25%), clínicas (23%) y establecimientos públicos (20%).

**Tabla 5: ¿En qué se Gasta?**

ESTABLECIMIENTOS	MONTO	% s/Gasto Total
Establecimientos Públicos	4.753	20%
Clínicas	5.366	23%
Médicos y otros profesionales	2.628	11%
Servicios auxiliares	1.390	6%
Emergencias	205	1%
Medicamentos	6.004	25%
Aparatos terapéuticos	506	2%
Compuestos químicos	1	0%
Administración de salud (1)	2.789	12%
<b>Total</b>	<b>23.643</b>	<b>100%</b>

(1) Salud pública y seguros

Fuente: Estimaciones del Gasto en Salud Argentina. Año 1997 y proyecciones. Ministerio de Salud y Ministerio de Economía.

Resulta interesante ver el gasto de los hogares en la Tabla 6. En principio, se destina el 53% del mismo a bienes y el 47% a servicios. Particularmente, el 48% del gasto corresponde a medicamentos y el 28% al pago de cuotas de seguros voluntarios. El gasto en los hogares tiene una sensibilidad particular para analizar la equidad en la salud.

**Tabla 6: ¿En qué Gastan los Hogares?**

AÑO 1997 EN MILLONES DE PESOS		
RUBROS	MONTO	%
Primeros auxilios	126	1%
Aparatos terapéuticos y otros durables	400	4%
Medicamentos	4.604	48%
<b>Subtotal bienes</b>	<b>5.130</b>	<b>53%</b>
Establecimientos públicos	126	1%
Clínicas	282	55%
Médicos y odontólogos	763	2%
Laboratorios y otros	398	15%
Seguros Voluntarios (1)	2.743	1%
Ordenes de consultas (Obras Sociales)	218	55%
<b>Subtotal servicios</b>	<b>4.529</b>	<b>47%</b>
<b>Total</b>	<b>9.659</b>	<b>100%</b>

(1) Incluye \$118 millones de cuotas de seguros de emergencia

• ENGH 1996/7 (Indec) con ajustes por: subrepresentación, subdeclaración y no respuesta.  
Fuente: Estimaciones del Gasto en Salud Argentina. Año 1997 y proyecciones. Ministerio de Salud y Ministerio de Economía.

El contar con información desde los prestadores permite saber quién los financia. Un dato sorprendente, que puede verse en la Tabla 7, es que los hospitales públicos eran financiados en un 94% por los gobiernos provinciales pero la participación del gasto de los hogares era similar a la que

tenían las obras sociales, y en ese momento el hospital público de autogestión (HPA) ya se encontraba funcionando. Además, el dato es de facturación y no de cobro, es decir, que en realidad los hospitales percibieron menos del 7%. Por otra parte, en el sector privado, como muestra la Tabla 8, se observa el peso que tienen en su financiamiento las obras sociales (55%). De alguna manera, esto señala una fuerte asociación entre el desempeño de los prestadores privados y la capacidad de financiamiento de la seguridad social.

**Tabla 7: ¿Quién Financia los Establecimientos Públicos?**

AÑO 1997 EN MILLONES DE PESOS CORRIENTES		
FINANCIADOR	MONTO	%
Hogares	126	3%
Gobierno	4.484	94%
Obras Sociales	143	3%
<b>Total</b>	<b>4.753</b>	<b>100%</b>

Fuente: Estimaciones del Gasto en Salud Argentina. Año 1997 y proyecciones. Ministerio de Salud y Ministerio de Economía.

**Tabla 8: ¿Quién Financia los Servicios de Atención Médica Privada?**

AÑO 1997 EN MILLONES DE PESOS CORRIENTES		
FINANCIADOR	MONTO	%
Hogares	1.443	15%
Gobierno	55	1%
Obras Sociales	5.307	55%
Seguros voluntarios	2.491	26%
Empresas	146	2%
ISFLH	148	2%
<b>Total</b>	<b>9.589</b>	<b>100%</b>

Fuente: Estimaciones del Gasto en Salud Argentina. Año 1997 y proyecciones. Ministerio de Salud y Ministerio de Economía.

En los datos de gasto y financiamiento hay bastante para analizar, evaluar y utilizar en la planificación sectorial, en la gestión y en el desarrollo de políticas. De todos modos, serían de mayor utilidad si pudieran ser cruzados. Para lograr hacer otros usos de los datos es necesario disponer de información adicional, como por ejemplo:

- ✓ Población cubierta por cada tipo de financiador (personas con cobertura de Obras Sociales Nacionales y Provinciales, de seguros voluntarios y con exclusiva cobertura del sistema prestador estatal);
- ✓ Producción relacionada con tipo de prestador y tipo de financiador;
- ✓ Resultados en términos de salud y calidad de vida;
- ✓ Distribución de la carga financiera según niveles de ingreso de la población;
- ✓ Destino funcional del gasto, clasificación propuesta por la OCDE<sup>5</sup> que permite conocer otro tipo de asignación por nivel de atención, ya sea ambulatoria, domiciliaria, de internación, rehabilitación o curación. Es decir, que admite diversas aperturas fundamentales y útiles para la toma de decisiones.

Obtener los datos de población y beneficiarios para el año 1997 no resultó fácil, ni siquiera para la población total del país, porque el dato que tenía el INDEC era más alto que el del Censo 2001 y no

<sup>5</sup> Nota del Editor: La Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) es una organización internacional intergubernamental que reúne a los países más industrializados de economía de mercado. En la OCDE, los representantes de los países miembros se reúnen para intercambiar información y armonizar políticas con el objetivo de maximizar su crecimiento económico y coadyuvar a su desarrollo y al de los países no miembros.

hay padrones, razón por la cual la mayor parte de la información de la cobertura de la seguridad social fue tomada de la Encuesta de Desarrollo Social (Tabla 9).

**Tabla 9: Datos de Población y Beneficiarios. Año 1997.**

Población total	34.621.523
Población sin cobertura	13.017.693
Población atendida por sector público	18.596.704
Beneficiarios OSN	9.916.210
OSN SSS	8.375.032
del INSSJP en OSN	615.770
FFAA	648.000
Seguridad	180.000
PL y PJ	97.408
Universidades	270.000
Beneficiarios OSP	5.667.631
Beneficiarios INSSJP	3.446.308
Afiliados seguros voluntarios	4.316.299

De todas formas, aún cuando la información fue difícil de conseguir, se pudo hacer una distribución del gasto por tipo de cobertura para tener gastos per cápita mensuales. En la Tabla 10 se observa que el gasto per capita total es de alrededor de \$57 mensuales. También fue dividido el gasto de gobierno por la población sin cobertura más un 30% del resto de la población, que probablemente se esté atendiendo en los hospitales públicos. Hay evidencias, encuestas que muestran que el hospital público no sólo atiende a la población sin cobertura. Si el hospital público tuviera solamente la población sin cobertura (\$32) tendría un gasto per capita superior al de las obras sociales nacionales (\$30). También están las obras sociales provinciales, que tienen un gasto menor, el gasto del PAMI y los seguros voluntarios.

La misma Tabla 10 refleja el gasto total y sin los gastos de administración. Los porcentajes de gasto administrativo de las obras sociales nacionales, sin el PAMI, es de alrededor del 20%. Los seguros voluntarios, por su parte, alcanzan el 22%. Esto último se encuentra absolutamente justificado porque incluye ganancias, impuestos y gastos de comercialización, siendo razonables para una empresa privada que debe comercializar sus productos. No ocurre lo mismo en el caso de las obras sociales.

En el gasto per capita se observa que no sólo existe una gran dispersión entre las distintas coberturas, sino que además hay una gran diferencia en el porcentaje de asignación de gasto a la atención médica respecto del total ingresado por cada tipo de financiador.

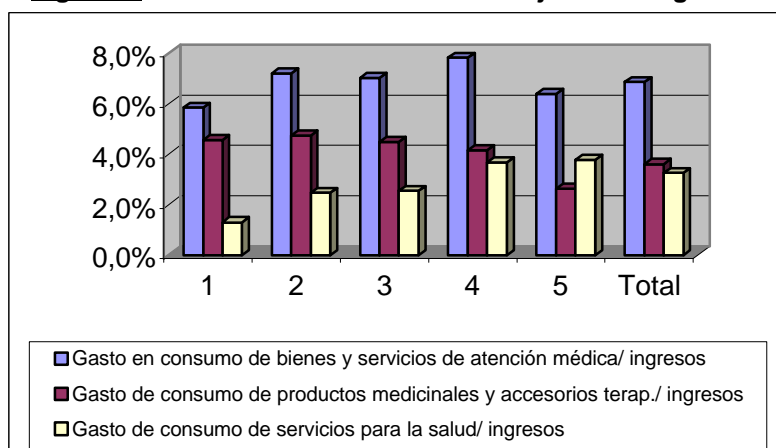
La Encuesta de Gasto de los Hogares muestra por quintil de ingresos cuánto de su ingreso asigna cada grupo de hogares al gasto en salud. Como se observa en la Figura 1, el gasto en medicamentos es regresivo porque el porcentaje va disminuyendo a medida que crece el ingreso de los hogares. Por el contrario, y esto es absolutamente razonable, el gasto en servicios, donde el seguro voluntario tiene un peso importante, va aumentando a medida que crece el nivel de ingreso. Esto presenta consecuencias importantes en el nivel de equidad, y en parte, muestra dónde se debe actuar para mejorar la situación de salud, en relación con el gasto de los hogares de menor nivel de ingreso.



**Tabla 10: Gasto per Cápita en Salud según Tipo de Financiador. Total y sin Gastos Administrativos.**

Origen del gasto	Total		Sin gastos de administración		Pérdida
	Anual	Mensual	Anual	Mensual	
Gasto total	682.87	56.91	603.34	50.28	-11,6%
Gasto gobierno					
Población sin cobertura	390.08	32.51	350.74	29.23	-10,1%
Población atendida	273.06	22.75	245.52	20.46	-10,1%
Gasto OSN	368,95	30.75	296.87	24.74	-19,5%
Gasto OSP	319,18	26,60	288.90	24,07	-9,5%
Gasto INSSJP	696,11	58,01	556,12	46,34	-20,1%
Gasto Seguros voluntarios	816,15	74,59	632,30	57,78	-22,5%
Gasto de las familias sin considerar seguros voluntarios	187,79	15,65			
Gasto privado (flias, empresas, isflh, seguros volunt.)	297,10	24,76			

Fuente: Elaboración propia en base a PDPyR – Ministerio de Salud y D.N Cuentas Nacionales y D.Gastos Sociales Consolidados – M. de Economía

**Figura 1: Gasto en Salud como Porcentaje de los Ingresos.**

Fuente: Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares – 1996/7 - INDEC.

Finalmente, se hará referencia a las cuestiones que aún están pendientes. Los desafíos a asumir en el futuro son:

- ✓ **Desarrollar sistemas de información integrales que vinculen variables económicas con otras de producción:** A partir del estudio inicial realizado, la idea era identificar los flujos de información necesarios para construir esta información permanentemente, periódicamente; y tenerla disponible de manera actualizada. Eso no se hizo, por lo tanto, es la primer deuda. Se había comenzado a trabajar con la Dirección de Estadísticas de Salud, que intentaba realizar una modificación de las estadísticas hospitalarias. La idea era que esta reforma fuera orientada, de manera tal que se pudieran cruzar las variables económicas o financieras de los hospitales con los datos de producción. La Dirección de Estadísticas de Salud continúa trabajando sobre la reforma, pero desconozco si lo hace de manera paralela con las variables económicas y financieras.
- ✓ **Definir una clasificación funcional del gasto adecuada y ampliar estudios piloto:** Se debería discutir una propuesta de clasificación funcional del gasto adecuada y no tomar, sin más, la propuesta de la OCDE que es, sin duda, funcional a su propio sistema de salud.
- ✓ **Mejorar los instrumentos de recolección de la información:** Orientándolos a la obtención de datos relevantes, para el sector, especialmente.

- ✓ **Diseñar de manera consensuada estructuras presupuestarias sectoriales de las provincias:** Sería conveniente que hubiera un diseño consensuado de las estructuras presupuestarias de las provincias, porque es difícil agregar información de las distintas provincias cuando cada una tiene un sistema presupuestario particular, algunas tienen presupuesto por programa y otras no. Los presupuestos por programa tienen una estructura que no siempre les sirven, pero en principio, han sido elegidas por cada provincia. Es posible diseñar estructuras que siendo útiles para cada jurisdicción también permitan el agregado de la información a nivel nacional.
- ✓ **Identificar canales y diseñar instrumentos para recolectar información adecuada:** Identificar canales de instrumentos para recolectar la información necesaria de la seguridad social. Incluyendo aquellas obras sociales nacionales que están afuera de la Ley 23.660, y sobre las cuales resultó muy difícil conseguir información (esto es, obras sociales universitarias, de las fuerzas armadas, seguridad, poder legislativo y judicial).
- ✓ **Incorporar instituciones intermediarias y ART:** No fueron incorporadas instituciones intermediarias. Si bien las gerencadoras aparentemente están en proceso de extinción, los Colegios Médicos y las Asociaciones de Clínicas y Sanatorios van a seguir funcionando como intermediarias y alguna presencia deberían tener en una Matriz de Gasto y Financiamiento del sector, así como las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART), que en 1997 estaban cubriendo al 50% de la población y actualmente cumplen un papel más importante.

### **Presentación de Zulma Ortíz**

La intención es compartir algunos conceptos y herramientas que están siendo utilizados para hablar de enfermedad. La información disponible es sobre la muerte o la enfermedad, y no sobre la vida o la salud, razón por la cual se debe comenzar por criticar el título de "indicadores para políticas de salud", cuando en realidad se hará referencia a indicadores de muerte y enfermedad. Con esto, el objetivo es plantear procesos de salud-enfermedad y definir los contextos que realmente interesarían estudiar. Uno de ellos es el contexto económico y los otros son el contexto cultural, el ambiental y el de los significados, de los cuales, justamente, no se posee información.

Se dispone de información sobre los servicios en salud, los certificados de defunción y la morbilidad, cuando se trata de una enfermedad de notificación obligatoria que pone en riesgo la vida de la población (por ejemplo, meningitis). Existe también información sobre algunos eventos que comprometen la vida de la persona y el gasto en salud, como es el programa del sida, que después Claudio Bloch presentará. Hay información sobre muchas cosas, pero no de salud. Esto es importante para definir adecuadamente el objeto de estudio del que se va a hablar e identificar aquellos datos no disponibles que se querrían tener.

Al mirar los contextos, se observa que en el económico también existen cuestiones ambientales, culturales y de significado que pueden expresarse con la información disponible. Tal es el caso de la distribución de la pobreza. A partir de estos datos se debe buscar alguna relación, a través de estudios ecológicos, para entender qué está sucediendo en la población, que es el punto que nos interesa, nos mueve, nos lleva a mirar esos datos, a manejarlos, analizarlos, transformarlos en información y en el mejor de los casos, en una política.

En este sentido, se realizó un análisis novedoso en Argentina. De acuerdo con la Encuesta de Condiciones de Vida, para el análisis de la situación de salud se estratificaron las veinticuatro jurisdicciones del país por ingreso per cápita en cuatro grupos, del estrato 1, que agrupa a las jurisdicciones con mayor ingreso, al 4, que incluye a las de menor ingreso per cápita (Tabla 11).

**Tabla 11: Estratificación de la República Argentina, de acuerdo al Ingreso per Cápita Familiar Promedio.<sup>6</sup>**

ESTRATO 1	ESTRATO 2	ESTRATO 3	ESTRATO 4
Ciudad Autón. de Bs. As.	Buenos Aires	La Rioja	Corrientes
Chubut	Catamarca	Santa Fe	Chaco
La Pampa	Córdoba	Entre Ríos	Formosa
Neuquén	Mendoza	Tucumán	Jujuy
Santa Cruz	San Luis	San Juan	Misiones
Tierra del Fuego	Río Negro	Santiago del Estero	Salta

No es sorpresa que parte del Noreste Argentino (NEA) y del Noroeste Argentino (NOA) es muy pobre, y otra es pobre. Dentro de las provincias categorizadas de esta manera en términos de enfermedad o muerte, es posible buscar los "meridianos de la pobreza", que permiten identificar, de acuerdo a la EPH (Encuesta Permanente de Hogares), a aquellas ciudades y/o regiones que atraviesan esa barrera, el espacio imaginario, que se encuentra totalmente pobre.

En la Región de Cuyo, resulta llamativo que la provincia de San Juan, de acuerdo con los datos de la EPH para octubre de 2002, tenía un 58,5% de su población en condición de pobreza y un 42% en condición de indigencia. Al considerar la composición, dentro de este porcentaje se encuentran, en términos de hogares, 3 millones de hogares, y, en términos de personas, 13.870 millones de personas. En ese caso los números son distintos y surge el interrogante de porcentaje en relación con qué total. La representatividad que tiene la EPH no es el total de la población argentina.

Si observamos el problema por regiones, es posible decir, por ejemplo, que la Región del Noreste tiene las más altas tasas de pobreza (70%) e indigencia (39%), pero hacia el interior de la misma, la provincia de Corrientes presenta un porcentaje bastante distinto al de Formosa, que es la provincia con más altas tasas de pobreza e indigencia de todo el país.

Se pueden hacer distintas cosas con los números, hablar de los porcentajes o de los números absolutos. Todo es relativo según qué se cuente, qué meta o qué análisis. Por esta razón, en primer lugar, es necesario considerar por dónde se va a mirar, con qué metodología y herramientas y a dónde se quiere llegar antes de empezar a trabajar esas herramientas.

El propósito es mostrar la heterogeneidad existente en términos de ingreso per cápita familiar, que especialmente se está teniendo en cuenta, para luego ver cómo varía en relación con la muerte y la enfermedad. Primero, interesaba distinguir las condiciones socioeconómicas y, luego, ver los indicadores de Estadísticas Vitales. De acuerdo a la EPH, para un ingreso per cápita familiar promedio de \$210 en el NEA, particularmente Corrientes tiene \$122, señalando que 4-5 personas están viviendo con esa suma al mes. Es muy importante retener el dato para ver la relación existente entre estas circunstancias y la muerte y enfermedad de las personas.

Dentro de la Región del NOA, en Jujuy, específicamente Palpalá, existen diferencias respecto del Gran Catamarca. Lo más interesante es que aquí también los datos a encontrar dependen de la población de la cual se trate. En el caso del NEA, si se toma en general, el 72% de la población es pobre, si se analizan los menores de 5 años, el 85% de la población se encuentra en igual situación. Lo mismo ocurre en el NOA, donde el 69% de la población general es pobre, mientras que, cuando son tomados los menores de 5 años, la pobreza alcanza el 80%.

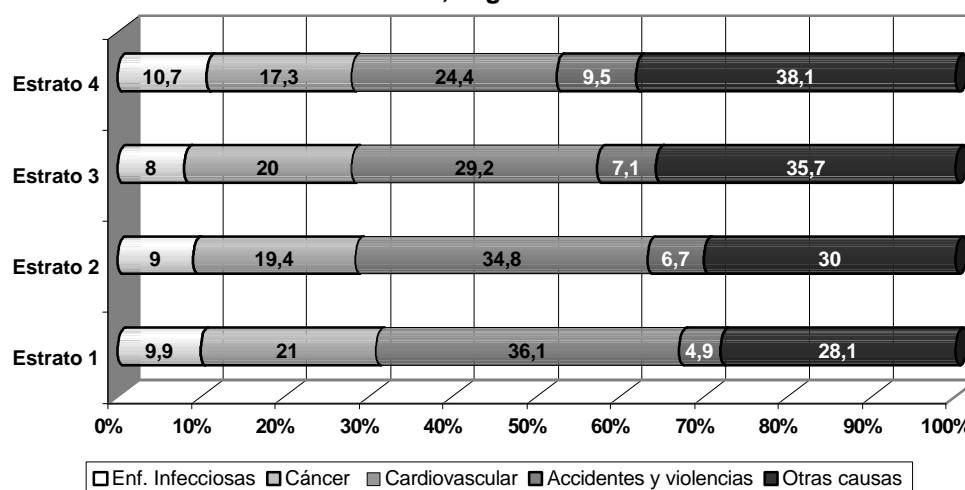
También fueron consideradas otras cuestiones importantes. Se realizó el habitual análisis de las tasas de mortalidad infantil, las tasas de mortalidad general, las tasas específicas por enfermedades cardiovasculares, tumores, etc., para ver las diferencias entre regiones, definidas ahora por sus líneas

<sup>6</sup> Nota del Editor: el cuadro fue elaborado en base a información publicada en "Situación de Salud en Argentina, 2003", Ministerio de Salud, OMS y OPS, 2003.

de pobreza.<sup>7</sup>

Como se aprecia en la Figura 2, las tres primeras causas de muerte son las: enfermedades cardiovasculares, cáncer y accidentes y violencias, a estas se agregan las enfermedades infecciosas y otras causas. En los distintos estratos existe un comportamiento distinto, pero la diferencia más marcada está en accidentes y violencias, que se las puede identificar entre el estrato 1 y el 4. Este aspecto sirve para decir que la pobreza está relacionada con la violencia, dado que crece a medida que aumenta la pobreza de los estratos.

**Figura 2: Mortalidad Proporcional por Estratos Socioeconómicos de las Jurisdicciones. Grupos de Causas, Argentina 2001.**



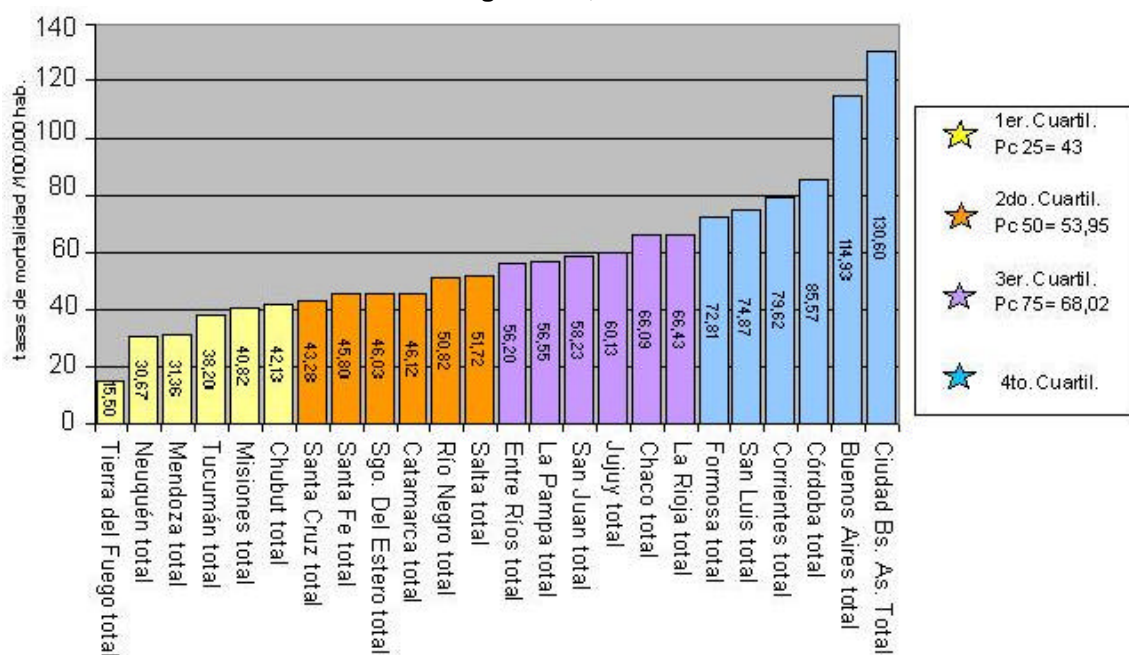
Fuente: Situación de Salud en Argentina, 2003.

La enfermedad cardiovascular antiguamente estaba relacionada con ingreso alto y se consideraba una enfermedad de ricos. Esto fue variando, y hoy se sabe que la pobreza tiene un papel importante en las enfermedades cardiovasculares. En nuestro país casi no hay diferencias entre provincias pobres y ricas.

Si nos adentramos a su vez en esta patología, las tres principales causas de muerte dentro del grupo de las enfermedades cardiovasculares son: el infarto, la insuficiencia cardiaca y el accidente cerebrovascular. Se dice que “el infarto es de los ricos”, entonces se encontraría en el estrato 1, mientras que al accidente cerebrovascular se lo vería más en pobres, porque, entre otras circunstancias, son quienes tienen hipertensión y no pueden acceder a los servicios ni a la medicación.

La figura 3 muestra la distribución de estas causas, siendo Corrientes y Chaco quienes lideran las estadísticas de las muertes por accidente cerebrovascular. La realidad nos dice que estas provincias son pobres, sabemos que esta enfermedad se relaciona con la pobreza, miramos los datos y encontramos la relación, el sentido común se encuentra con la realidad. Obviamente, se debería ver si esto realmente es así y hacer un estudio complementario, que de hecho se va a realizar, para conocer las causas, por ejemplo, Encuesta de Factores de Riesgo.

<sup>7</sup> Nota del Editor: La medición de la población que se encuentra por debajo de la línea de pobreza (LP) busca detectar no sólo a los pobres estructurales, sino también a los crecientes segmentos de población que, como resultado de la crisis en el mercado laboral, o bien no tienen ingresos o los mismos son insuficientes para satisfacer necesidades esenciales que anteriormente podían cubrir. Este método presupone la determinación de una canasta básica de bienes y servicios (Situación de Salud en Argentina, 2003).

**Figura 3: Tasas Promedio de Mortalidad por Accidente Cerebro-vascular, Ajustadas por Edad. Provincias Argentinas, Período 1990-2000.**

Si miramos los estratos y buscamos un indicador clásico, como las tasas de mortalidad infantil, la realidad es durísima. La diferencia que existe entre el estrato 1 y el 4 es aberrante y lo mismo ocurre con la mortalidad materna (Tabla 12).

**Tabla 12: Tasa de Mortalidad Infantil por 1.000 Nacidos Vivos y Maternas por 10.000 Nacidos Vivos, según Provincia y Estrato.**

División Político-Territorial de la Residencia		Tasa de mortalidad infantil x 1.000 NV	Tasa de mortalidad materna x 10.000 NV
<b>REPÚBLICA ARGENTINA</b>		16,3	4,3
<b>ESTRATO 1</b>	Ciudad Autónoma de Bs. As.	9,6	0,9
	Chubut	13,1	2,4
	La Pampa	12,4	7,5
	Neuquén	13,0	1,0
	Santa Cruz	14,5	7,1
	Tierra del Fuego	10,1	-
	<b>Total</b>	<b>10,9</b>	<b>1,9</b>
<b>ESTRATO 2</b>	Buenos Aires	15,0	2,1
	Catamarca	15,5	3,7
	Córdoba	16,2	2,4
	Mendoza	12,1	3,9
	San Luis	17,8	6,0
	Río Negro	14,7	3,6
<b>Total</b>	<b>15,0</b>	<b>2,5</b>	
<b>ESTRATO 3</b>	La Rioja	23,5	3,4
	Santa Fe	14,3	4,7
	Entre Ríos	14,9	5,2
	Tucumán	24,5	5,8
	San Juan	18,8	8,7
	Santiago del Estero	14,8	7,1
<b>Total</b>	<b>17,4</b>	<b>5,6</b>	
<b>ESTRATO 4</b>	Corrientes	23,5	5,4
	Chaco	24,0	15,9
	Formosa	28,9	13,9
	Jujuy	18,4	19,7
	Misiones	19,6	5,3
	Salta	19,1	6,5
	<b>Total</b>	<b>21,7</b>	<b>10,0</b>

Fuente: Situación de Salud en Argentina, 2003.

Cuando se ven otros indicadores, no necesariamente vinculados con la muerte, como es el caso de un embarazo de riesgo, puede serlo el adolescente, también se presentan diferencias entre pobres y no pobres. En el estrato 4, que es el más pobre, el embarazo de adolescentes es del 15,9% en relación con un 7,6% en el estrato 1.

Estas cuestiones son las que constantemente nos movilizan y nos hacen repreguntarnos si alcanza; si toda la información es suficiente. Si es suficiente, habría que comenzar por hacer algo, y si no lo es, deberían proponerse nuevas ideas, porque muchas más cosas al momento, y un poco en consonancia con lo que se planteaba, de acuerdo a lo que son nuestros sistemas de información no es posible realizar. De esta manera, o se empieza por construir un sistema de información perfecto, que brinde acceso a un sector de la población, o se comienza por asegurar a todos un mínimo de beneficios.

### **Presentación de Andrés Pichon Rivière**

El tema de la siguiente presentación está relacionado con los indicadores de actividad clínica o desempeño clínico, haciendo especial referencia al motivo por el cual en el ámbito de la atención de la salud se utilizan preferentemente los indicadores de procesos y no tanto los de resultados.

A los fines de crear un sistema eficiente y equitativo para la atención de la salud resultan fundamentales los conceptos de cuidados apropiados y necesarios. El uso inapropiado de procedimientos, tanto la subutilización como la sobreutilización, son problemas que han sido ampliamente documentados en diferentes ámbitos. La habilidad para determinar e identificar qué cuidados son sobreutilizados o subutilizados es esencial para lograr un correcto funcionamiento de cualquier sistema de salud.

La calidad de la atención médica varía enormemente a lo largo de la Argentina y es frecuente que no se alcancen estándares mínimos en una importante cantidad de prácticas. Generalmente falta información consistente que permita cuantificar la extensión, la variación y las causas de la brecha existente entre la evidencia científica y la práctica médica. Una de las causas de esta falta de información es la ausencia de un cuerpo validado de indicadores compartido por los proveedores, los pagadores y el sistema de salud en general que permita monitorear la calidad de los servicios.

¿Por qué medir? Hay muchos motivos por los cuales es importante medir que se deben conocer, dado que existe una brecha muy grande entre lo que se sabe que se debería hacer y lo que efectivamente se hace, como así también, entre los resultados de los ensayos clínicos y la práctica médica, no sólo para la Argentina, sino en general, en el mundo.

¿Qué se mide? A través de los indicadores se intenta cuantificar si los cuidados de salud brindados a una población o a un paciente son apropiados para su condición, si son provistos de una manera segura, competente y en el momento adecuado, y si producen los resultados esperados en cuanto a la salud y a la satisfacción del paciente o la población.

De acuerdo con una clasificación clásica de los indicadores, la atención puede ser evaluada teniendo en cuenta:

- **Estructura:** Características de los médicos, los hospitales, el sistema de atención, por ejemplo: médicos por especialidad, guardias disponibles en un hospital, etc.;
- **Procesos:** Son los componentes del encuentro entre el sistema de salud (médicos, enfermeras, etc.) y un paciente, por ejemplo: estudios de laboratorio solicitados, y

- **Resultados:** Estado de salud resultante en un paciente, por ejemplo: mortalidad, disminución del dolor, etc.

Los indicadores, ya sean de estructura, como de procesos o resultados tienen que cumplir ciertos requisitos para ser válidos como tales:

- Para que un indicador de proceso sea considerado válido debe existir suficiente evidencia científica que demuestre que variaciones en el proceso que se está midiendo llevan a un impacto en resultados de salud. Si se mide un proceso, como el porcentaje de mujeres que deberían hacerse un papanicolau y efectivamente lo hacen, es porque se estima que la intervención tiene relación con un resultado trascendente para la persona, en este caso, tener o no enfermedad por cáncer de cuello. Este es un buen ejemplo de un indicador útil de proceso, dado que, como se observa en la Tabla 13, casi el 70% de los tumores de cuello en mujeres de entre 40 y 54 años pueden ser prevenidos haciendo un papanicolau cada tres años. Por lo tanto, medir la tasa de papanicolau como indicador de calidad de atención es válido, ya que este proceso está relacionado con un resultado clínico significativo.

**Tabla 13: Porcentaje de Tumores Prevenibles.**

	20-39 años	40-54 años	55-69 años
<b>PAP cada 3 años</b>	41%	69%	73%

Sasieni, Adams and Cuzick, BJC 2003.

- Los indicadores basados en resultados también deben cumplir ciertos requisitos para ser útiles. Es necesario que exista suficiente evidencia científica que demuestre que se lograrán mejoras en esos resultados si los procesos que están bajo el control del sistema de salud son modificados. Un ejemplo de indicador de resultado puede ser medir el dolor sufrido por pacientes que tienen cáncer. Si se sabe que ese dolor es inherente a su enfermedad y no se puede hacer nada por él, no tendría mucho sentido medirlo, en tanto no se podría modificar ningún proceso para lograr una mejora. Si por el contrario, se sabe que existe una relación entre, por ejemplo, cuán entrenado está el personal de salud en el manejo de los analgésicos y su influencia en el dolor, tiene un sentido su medición, en tanto un mal resultado indica que parte del proceso puede corregirse. En este aspecto, muchos estudios demuestran que los pacientes controlados por personal entrenado en el cuidado del dolor y con un buen manejo de los analgésicos tienen menos sufrimiento que si son manejados por equipos con menos entrenamiento.<sup>8</sup> Por lo tanto, aquí sí es válido tomar este indicador de resultado como medición de la calidad de atención.

Los indicadores basados tanto en procesos como en resultados pueden recibir críticas:

- Los indicadores de procesos pueden no ser predictores importantes de un resultado, y la inversión de recursos para perfeccionar un proceso determinado sólo logrará aumentar los costos sin obtener una mejora en el estado de salud de la población. En ciertas ocasiones, se elige mal un indicador de proceso invirtiéndose dinero en mejorar un proceso que no necesariamente brinda un beneficio adicional.
- Los indicadores de resultados también reciben ciertas críticas especificando que gran parte de las diferencias en los resultados se explican por factores que no están bajo el control del sistema de salud (case mix), invalidando sus conclusiones.

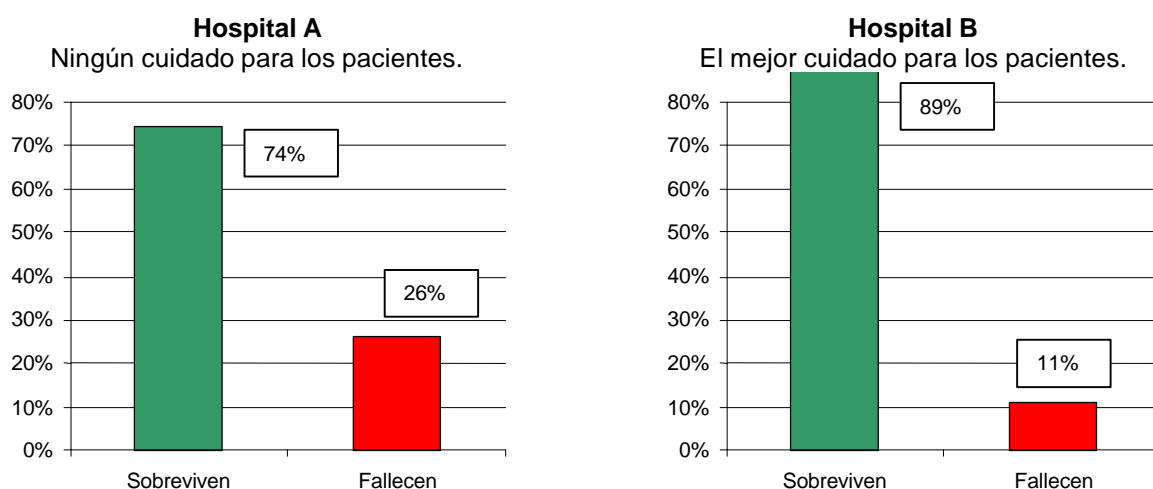
Los indicadores de procesos generalmente son considerados una medida más sensible para el

<sup>8</sup> Du Pen AR et al. An educational implementation of a cancer pain algorithm for ambulatory care. Pain Manag Nurs. 2000 Dec;1(4):116-28.

Du Pen SL et al. Implementing guidelines for cancer pain management: results of a randomized controlled clinical trial. J Clin Oncol. 1999 Jan;17(1):361-70.

manejo clínico. Tomemos un ejemplo grosero: en la Figura 4 se observa que en un hipotético Hospital A, a los pacientes que llegan con un infarto no se les brinda ningún tratamiento, pese a lo cual no todos van a morir, porque no todos los que tienen un infarto mueren, aun sin ningún cuidado. Por ejemplo en este caso, a pesar de no recibir ningún tratamiento médico, un 74% sobrevive y un 26% fallece. Como contrapartida, a los pacientes que llegan al Hospital B se les brinda el mejor tratamiento disponible. Sin embargo, aún en este caso algunos pacientes igual van a morir, aunque se les brinden los mejores cuidados disponibles. Un indicador de proceso dirá que en el Hospital A las cosas se hicieron mal en todos los pacientes, aunque algunos hayan sobrevivido, y que en el Hospital B se actuó bien en el 100% de los casos, pese a que algunos pacientes hayan muerto, siendo ésta una conclusión válida. Sin embargo, un indicador de resultados, menos sensible, solo detectará una falla en aquellos casos donde el resultado no es el esperado (en este ejemplo, la muerte de un paciente).

**Figura 4: Pacientes Ingresados a un Hospital por Infarto.**



Los indicadores de resultados presentan otro inconveniente, referido al lapso de tiempo existente entre el tratamiento, como en el caso de enfermedades crónicas, y la observación de los resultados.

Por ejemplo, un paciente diabético que no recibe los cuidados apropiados, con el transcurso de los años tendrá afectados sus vasos y como consecuencia será preciso amputarle una pierna o un pie. De manera que, realizando hoy la medición de los pacientes diabéticos que necesitaron una amputación, se reflejará un mal cuidado de veinte años atrás y no necesariamente actual. En ese caso, se hace más sensible identificar un indicador de procesos, si existiera evidencia científica que relacionara un buen cuidado con la no necesidad de amputar.

Un buen ejemplo de un indicador de proceso muy poderoso, es la adherencia a un tratamiento, a fin de predecir si un paciente va a responder positivamente. Varios estudios demostraron que la terapia antirretroviral combinada con inhibidores de proteasas afectan positivamente la evolución de los pacientes con VIH<sup>9</sup>. Por ejemplo, un estudio observó que con un determinado tratamiento, los pacientes aumentaban su CD4 en 83 células en promedio para un determinado período, células que se pierden como consecuencia de una infección. La falla en el tratamiento se había reducido a un 22%, requiriendo menos internación: sólo 2,6 días cada 1000 días de seguimiento.

<sup>9</sup> David L. Paterson et al. Adherence to Protease Inhibitor Therapy and Outcomes in Patients with HIV Infection. *Ann Intern Med.* 2000;133:21-30.



En base a resultados como estos el tratamiento combinado se volvió un standard en el manejo de pacientes VIH. Sin embargo, en el mundo real, aún en las mejores condiciones (pacientes con acceso a cuidados médicos y a medicación) los resultados pueden ser muy diferentes a los observados en los trabajos de investigación. Los enfermos bajo tratamiento en vez de 83 células pueden aumentar sólo 6 células, debido a fallas en el seguimiento del tratamiento, y la falla viral puede aumentar a un 75% necesitando muchos días adicionales de internación. Por lo tanto, medir la adherencia al tratamiento se vuelve un indicador importante, capaz de predecir resultados.

Por estos motivos, generalmente los médicos al pensar en calidad de atención, lo hacen más en función de procesos que en resultados. En ocasiones, existe una falta de información para poder realizar un buen ajuste de riesgo, y comparar resultados en distintas poblaciones. Además los procesos representan las actividades bajo el control de los sistemas de salud y pueden ser mejorados, una vez que hay acuerdo sobre cuál es el proceso adecuado.

¿Qué es apropiado? Un procedimiento se considera apropiado cuando el “beneficio esperado” (mayor sobrevivencia, alivio del dolor, reducción de la ansiedad, mejora de la capacidad funcional, etc.) excede las consecuencias negativas (mortalidad, morbilidad, ansiedad, dolor, ausentismo laboral, etc.) por un margen suficientemente amplio como para que sea sugerido realizarlo.

No siempre es sencillo definir el término adecuado, en tanto son pocas las prácticas médicas sustentadas en estudios rigurosos. Incluso en el caso de ensayos clínicos randomizados, los criterios de inclusión y exclusión de los estudios limitan la generalización de sus resultados a un pequeño grupo de pacientes. Por otro lado, se hace difícil determinar en qué medida la evidencia proveniente de ensayos clínicos realizados en diferentes ámbitos es extrapolable a la realidad sanitaria de nuestro país.

En las instalaciones del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) se hizo y continúa haciéndose un trabajo para analizar el estado de situación de las infecciones post-operatorias. Los hospitales del GCBA realizan, aproximadamente, unos 70.000 procedimientos quirúrgicos cada año, siendo la infección del sitio quirúrgico la complicación más frecuente en pacientes hospitalizados. Los datos difieren considerablemente entre los distintos hospitales, pero hasta un 20% o más de los pacientes que son sometidos a un procedimiento quirúrgico pueden llegar a tener una infección de herida quirúrgica, pudiendo tener consecuencias leves o muy serias.

Las infecciones post-operatorias constituyen un problema en tanto a:

Mortalidad: aumentan las muertes de los pacientes. Se duplica el riesgo de morir de un paciente operado.

Morbilidad: crece la morbilidad, por ejemplo, un paciente con una infección post-operatoria tiene un 60% más de chances de requerir terapia intensiva y tiene 5 veces más posibilidades de requerir volver a internarse después de haber sido dado de alta.

Estadía hospitalaria: se extiende la estadía hospitalaria a un promedio de 7 días, y,

Costos: se elevan los costos del sistema de salud.

Sin embargo, existe buena evidencia y hay numerosos artículos publicados señalando que una profilaxis antibiótica adecuada se encuentra relacionada con la reducción de infecciones post-operatorias. Asimismo, una profilaxis antibiótica inadecuada está asociada con un aumento de las infecciones intrahospitalarias, con la selección de gérmenes resistentes y el aumento de costos.

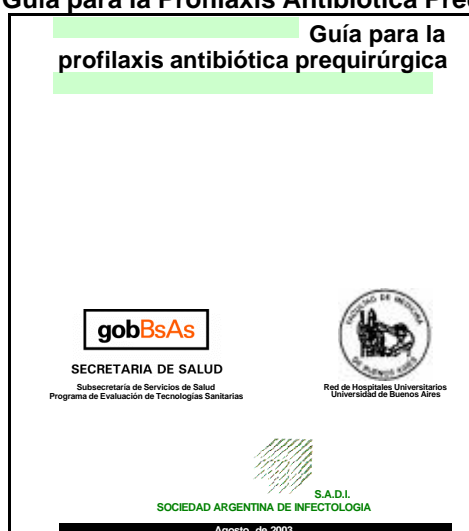
El indicador seleccionado constituye un problema complejo y difícil de medir, en tanto la infección del sitio quirúrgico depende, en parte, de la profilaxis antibiótica, pero también de otras razones, tales como la higiene del quirófano, la técnica quirúrgica, la edad y peso del paciente y si tiene otras

enfermedades, si la enfermedad se encuentra en un estadio más o menos avanzado, y los materiales que se utilicen en la intervención. Al identificar, por ejemplo, una alta mortalidad, la misma puede estar asociada con una mala profilaxis antibiótica, o quizás se deba a que los pacientes son de mayor gravedad.

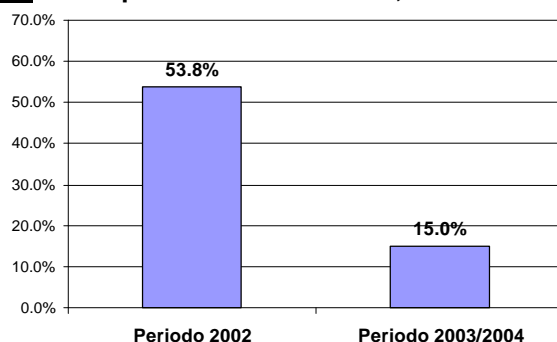
A fin de definir "criterios apropiados", en este caso fueron convocadas tres instituciones: el GCBA, la Universidad de Buenos Aires (UBA) y la Sociedad Argentina de Infectología (SADI). A lo largo de varios meses se realizaron seis reuniones con la participación de representantes de los hospitales de estas tres instituciones, que formaron grupos para revisar la bibliografía pertinente sobre profilaxis y definir lo adecuado en cada una de las circunstancias. Se otorgó prioridad a la evidencia proveniente de ensayos clínicos aleatorizados u otros diseños comparativos, siguiendo lineamientos internacionales de categorización de la evidencia. Las definiciones finales fueron tomadas por consenso entre todos los participantes.

Luego de varios meses de trabajo, finalmente fue elaborada una Guía para la Profilaxis Antibiótica Prequirúrgica, indicando el antibiótico y la dosis adecuada que debe recibir el paciente para cada procedimiento quirúrgico (Figura 5). El manual fue incorporado por Resolución Oficial del GCBA a la práctica de todos los hospitales y distribuido en todos los hospitales, para su redistribución en los equipos quirúrgicos y su posterior aplicación.

**Figura 5: Guía para la Profilaxis Antibiótica Prequirúrgica.**



Durante el mes de noviembre de 2002 fue tomada una muestra en 11 hospitales del GCBA y en 2 hospitales de la UBA que incluyó a 954 pacientes. Los resultados indicaron que en más de la mitad de los casos la profilaxis había sido inadecuada y se obtuvo información sobre cuáles habrían sido las causas de ese uso inapropiado, como así también, el porcentaje de profilaxis inadecuada para cada hospital en particular. Este estudio es de gran importancia, debido a que cuenta con la virtud de que todo el trabajo realizado para definir el indicador es la principal herramienta a utilizar hoy en día para mejorar ese proceso, que actualmente, se está volviendo a medir, a fin de alcanzar las metas de la Secretaría de Salud para el año 2003/2004, que proponen reducir la tasa de uso inapropiado de antibióticos en profilaxis prequirúrgica a menos del 15% en cada hospital (Figura 6).

**Figura 6: Metas para el Año 2003/2004, Secretaría de Salud.**

### Presentación de Claudio Bloch

Se cumplen casi tres años de experiencia en la gestión y resulta interesante poder hacer una evaluación de lo que se está haciendo.<sup>10</sup> El desarrollo de una gestión lleva a pensar los indicadores sobre cuestiones concretas. Los requisitos necesarios para armar un set de indicadores en esta situación son los siguientes:

- A) Definir la política y el modelo de gestión en que va a utilizarse este indicador.
- B) Conocer el contexto en que se va a trabajar y relevar aquellos datos que existen, revisándolos con una mirada crítica.
- C) Establecer vínculos de confianza en el campo de trabajo con los distintos actores involucrados
- D) Incorporar nuevas dimensiones que den cuenta de la gestión.

**A) Definición de la política y el modelo de gestión.** ¿En qué marco definimos la política y el modelo de gestión? Primero, fue elaborado un Plan Estratégico con representantes de distintas secretarías del gobierno, de la universidad, las ONG, las personas viviendo con VIH y el sector privado. De ese Plan, realizado durante el año 2001, surgieron 4 objetivos estratégicos:

- 1) Disminuir la transmisión del VIH en la Ciudad de Buenos Aires;
- 2) Garantizar la atención integral a las personas viviendo con VIH/SIDA;
- 3) Promover la investigación aplicada en el área de VIH/SIDA;
- 4) Fortalecer la capacidad de gestión con la participación de los distintos sectores involucrados.

Con referencia al modelo de gestión, la estrategia que orienta estos 3 años se caracteriza por:

- Ser un abordaje multidisciplinario de la problemática VIH/SIDA;
- Establecer el trabajo en red en el terreno preventivo, asistencial y de laboratorio;
- Realizar un trabajo conjunto con organizaciones de la sociedad civil;
- Incorporar activamente al trabajo a las personas viviendo con VIH.

**B) Conocimiento del contexto y relevamiento crítico de los datos existentes.** Teniendo este marco, resulta importante considerar el contexto en el cuál uno se encuentra:

- La Ciudad de Buenos Aires tiene 3.049.941 de habitantes, que representan el 8% del país.
- 1.511.984 habitantes tienen entre 15 y 49 años, es decir, se encuentran en edad sexualmente activa, siendo éste un indicador parcial de la sexualidad de la población.
- La esperanza de vida es de 72 años.
- La tasa de mortalidad global es de 10,6 x mil.

<sup>10</sup> Todo lo que se dirá está publicado en la Revista Infosida (1, 2 y 3) y puede bajarse del sitio web del Gobierno de la Ciudad: [www.buenosaires.gov.ar](http://www.buenosaires.gov.ar).

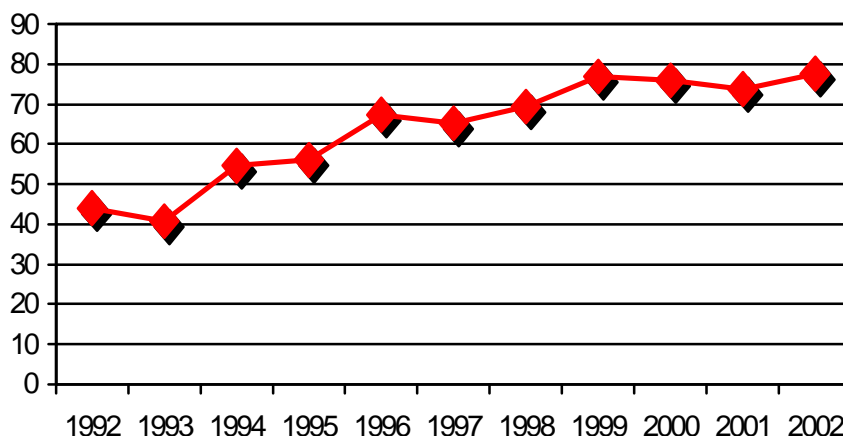
- Existe un 6% de madres adolescentes, dato que no se ha modificado en los últimos 6-7 años.<sup>11</sup>
- La población con necesidades básicas insatisfechas (NBI) es el 9,8 %.
- La desocupación y subocupación llegan al 26 %.
- La tasa de mortalidad infantil, si bien es la más baja del país, de menos de dos dígitos, tiene una distribución asimétrica al interior de la Ciudad. En 2002 es de 9,9 x mil (Zona Norte: 7,0 por mil, Zona Centro: 9,0 por mil y Zona Sur: 13,1 por mil).
- En la Ciudad hay 30 hospitales públicos y 34 centros de salud.
- Existe un alto desarrollo de los ofrecimientos de la seguridad social y del sector privado.
- Se trata de una sociedad altamente medicalizada.

Veremos cuáles son las relecturas de estos datos del contexto. Primero, los datos tradicionales decían que los enfermos de sida diagnosticados en la Ciudad de Buenos Aires, de 1983 al 2000 eran casi 7000 (29% del total de casos de la Argentina), y como se señaló anteriormente la Ciudad de Buenos Aires tiene el 8% de la población total del país. Esto muestra una gran concentración de la epidemia en nuestra ciudad. Sin embargo esta información no da cuenta de lo que está pasando en la actualidad, porque se refiere a infecciones producidas por lo menos hace 10 años.

Si se analiza el perfil de los enfermos durante el último año, en el 2002, observamos que la distribución según las vías de transmisión es: 44% relaciones heterosexuales, 25% hombres que tienen sexo con hombres, 22% usuario/as de drogas inyectables. Resulta interesante, porque los datos sobre las nuevas infecciones –un nuevo indicador- señalan que las relaciones heterosexuales aumentan al 60% y la transmisión por drogas inyectables baja al 12%. Esto destaca la necesidad de ir adecuando los indicadores en función de cuáles las intervenciones necesarias en la actualidad, ya que, en caso contrario, se estaría trabajando con la visión de un pasado, llegando tarde.

Otra de las formas de revisar los datos, es considerar alguna variable particular y ver cómo ha sido su tendencia a lo largo de los años, por ejemplo: mujeres enfermas de sida en los últimos 10 años y como ha sido el comportamiento en este grupo de la transmisión heterosexual. No es necesario tener siempre en cuenta todo el universo de la información para tomar decisiones. En este caso, se observa que en 10 años la transmisión heterosexual pasó de un 40% a un 80% (Figura 7).

**Figura 7: Mujeres con Sida, 1992-2002, Porcentaje de Transmisión Heterosexual, 1992-2002.**



<sup>11</sup> Resulta interesante porque actualmente en la Ciudad de Buenos Aires se plantea un problema con el embarazo adolescente, y ésto señala que en algunas ocasiones es necesario revisar los indicadores, ya que se construyen problemas en base a una agenda "inflada" por los medios y no por los indicadores reales.

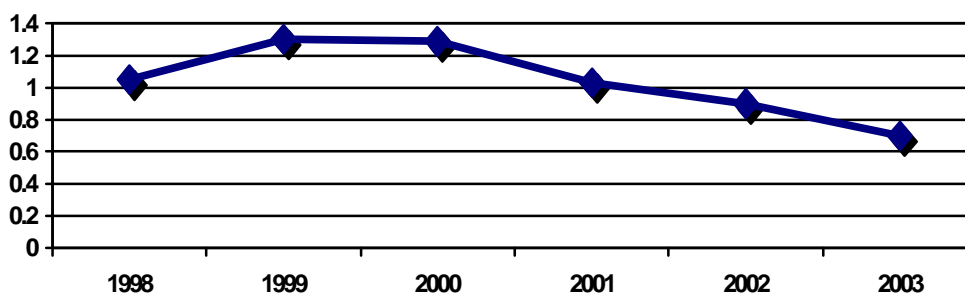
**C) Establecimiento de vínculos de confianza.** Otro aspecto a tener en cuenta es cómo resolver el problema que existe en la ciudad de una fuerte resistencia a compartir datos e información. Efectivamente, muchos médicos recolectan información de sus servicios, investigan y no producen una devolución en ningún plano institucional. Existe una desconfianza muy instalada en los servicios de salud.

El proceso central de esta gestión fue la reinstalación de la confianza. Porque a partir de allí es donde uno puede empezar a conversar. La confianza se plantea como un juicio que hacemos, o que hacen de nosotros, sobre la capacidad de cumplir promesas o compromisos en un dominio particular. Hace un tiempo que se está trabajando sobre esta promesa. Al hablar se está prometiendo. La única herramienta real de generar confianza es el cumplimiento de lo prometido y si no se hace, difícilmente se podrá construir en ningún campo. Una de las herramientas para la producción de confianza es devolver a la gente la información que produce. Actualmente, se encuentra disponible una tercera publicación: Infosida 3, que también puede bajarse de la página web del Gobierno de la Ciudad, que no es para un dominio particular, ya que se produce dentro del Estado y es propiedad de todos.

Un ejemplo de esto es el trabajo conjunto con la Dirección General de Estadísticas y Censos, que permitió obtener información sobre mortalidad y ver que el sida es la primera causa de muerte en personas entre 15 y 34 años para 1997-2001. En el 2002 es la segunda causa para hombres, y en mujeres, sigue siendo la primera. También un trabajo con los servicios hospitalarios permitió obtener datos producidos por ellos sobre la prevalencia del sida en mujeres embarazadas, que para el 2003 es del 0,7%.

La Figura 8 es para mostrar una información sobre la vigilancia centinela para mujeres embarazadas, que empezó en el año 1998. Además de ver la tendencia, (está distribuyendo la prevalencia HIV en mujeres embarazadas), se observa un salto considerable en el número de análisis notificados: 6000 embarazos estudiados en el 98, 8000 en el 99, por encima de 20.000 en el 2000, alrededor del 20.000 en el 2001, 19.000 en el 2002 y en la mitad del 2003 van casi 10.000. Esto permite ver, efectivamente, que los servicios se apropian de la herramienta, que es absolutamente perfectible, pero ha sido compartida.

**Figura 8: Prevalencia de Infección por VIH en Mujeres Embarazadas, 1998-2003.**



**D) Incorporación de nuevas dimensiones que den cuenta de la gestión.** La información mostrada hasta ahora no alcanza, por sí sola, para pensar la gestión, razón por la cual se comenzó a considerar la necesidad de incorporar otros instrumentos que permitan comprender el escenario en el cual se desarrolla la epidemia.

Un aspecto, también importante, es cómo se mira la gestión. La gestión está centrada, básicamente, en las personas, en la misión institucional, que se refiere a los objetivos estratégicos planteados anteriormente y en el impacto de las acciones. Se debe dar cuenta del impacto, no sólo es necesario tener buenos procesos, si se hacen bien las cosas, sino mostrar, efectivamente, resultados. En

principio, haciendo parangón de Matus, la gestión se entiende como "el arte de hacer posible lo que hoy nos parece imposible".<sup>12</sup>

Para mejorar la gestión se desarrollaron algunos indicadores. Primero, la *estimación del número de personas que viven con VIH/SIDA en la Ciudad de Buenos Aires*. El universo puede ser muy grande o muy chico y los costos o las necesidades de financiamiento van a variar, de acuerdo a la población meta en la cual se tenga que trabajar. Se hizo una estimación en base a la *prevalencia en grupos seleccionados* y de acuerdo con el número de homosexuales, de trabajadoras sexuales, de usuarios de drogas inyectables y no inyectables y de consultantes por enfermedades de transmisión sexual (ETS) hay en la Ciudad, se tomaron las *prevalencias de los sitios centinelas* que tenían estas poblaciones, y aproximadamente, entre 22.000 y 33.500 es el número de personas con VIH/SIDA en la Ciudad.

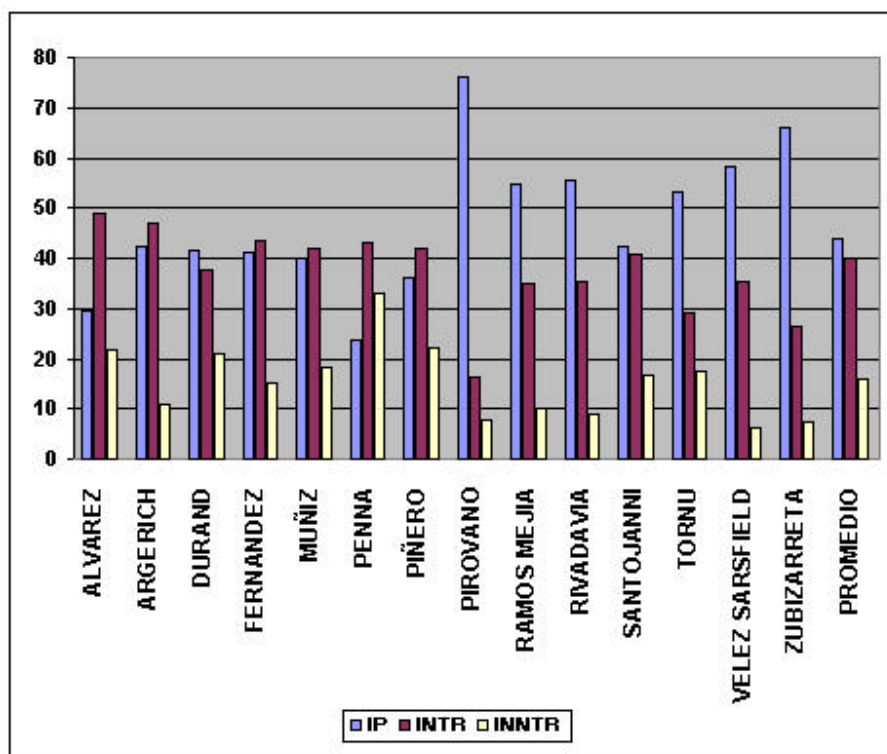
**Tabla 14: Estimación de Población con Sida en base a Prevalencias de Grupos Seleccionados.**

Poblaciones	Prevalencias	Personas Viviendo con VIH/SIDA	
		mínima	máxima
<b>General (15-49)</b>	0.9/1.2	11.815	15.754
<b>Homosexuales</b>	10.7/15.6	1.955	2.850
<b>Trabajadoras sexuales</b>	1.0/5.6	140	784
<b>Usuarios drogas inyectables</b>	44.3/61.0	2.370	3.264
<b>Usuarios drogas no inyectables</b>	4.38/8.85	2.441	4.932
<b>Consultantes ETS*</b>	3.0//5.6	3.175	5.927
<b>TOTAL</b>		<b>21.896</b>	<b>33.511</b>

\*ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual.

Otro de los indicadores es la *cantidad y tipo de medicación antirretroviral por hospital*. Con el objetivo de conocer el perfil de los medicamentos antirretrovirales solicitados por los diferentes hospitales del sistema, se analizaron los pedidos de medicación del período comprendido entre enero y abril de 2003 (Figura 9). Se estimaron los promedios y se establecieron los porcentajes de drogas solicitadas, tanto de familias de drogas como de cada una de las drogas antirretrovirales utilizadas. Este dato es interesante, porque permite ver grandes diferencias entre distintas instituciones. Estas diferencias pueden obedecer a la aplicación de criterios diferentes en las normativas, pero también detectar irregularidades vinculadas a intereses ajenos al tratamiento más adecuado para los pacientes.

<sup>12</sup> Tomado de Matus, C., "Adiós Señor Presidente".

**Figura 9: Distribución del Consumo por Grupos de Drogas ARV, por Hospital.**

La Tabla 15 muestra un nuevo dato: *el estadio clínico de las personas* en el momento en que llegan al hospital, porque distinguir sólo entre sida / no sida, después de 1996 es insuficiente. En el 2003 se comenzó a incorporar (en un número pequeño aún, 500 personas) el estadio clínico y esto permite direccionar las políticas: si debe hacerse más prevención, o terapias de rehabilitación, etc.

**Tabla 15: Estadío Clínico al Momento del Diagnóstico de Infección.**

ESTADÍO CLÍNICO	Número	%
S. Retroviral Agudo	8	1.6
Asintomático	305	60.5
Sintomático sin criterio de sida	75	14.9
Sida	110	21.8
Desconocido	6	1.2
	504	

Conocer la *prevalencia de VIH en mujeres que tienen partos en los hospitales* de la Ciudad permite la situación en mujeres en edad fértil y posibilita calcular, en concreto, cuántos medicamentos y leche serán necesarios. La sistematización de la información proveniente de 11 hospitales de la Ciudad durante 2000 y 2001 permitió estudiar las diferencias existentes entre instituciones.

Considerando un intervalo de confianza del 95%, las prevalencias de VIH en mujeres que tuvieron hijos en hospitales públicos de la ciudad fue de 1,15 / 1,43% para el año 2000, de 1,09 / 1,37% para el año 2001 y 1.28 / 1.6 para el año 2002, sin diferencia estadísticamente significativa (Tabla 16). La tabla permite observar la prevalencia y además saber dónde están las mujeres infectadas.

**Tabla 16: Partos de Mujeres con VIH en Hospitales del GCBA, 2000-2002.**

	2000	2001	2002
<b>Nº partos realizados</b>	25.426	24.599	21.608
<b>Nº partos mujeres VIH+</b>	328	303	309
<b>% partos mujeres VIH+</b>	1.29	1.23	1.43
<b>Intervalo de confianza -95%-</b>	1.15/1.43	1.09/1.37	1.28/1.60

La notificación de partos en mujeres que viven con VIH-SIDA se inició el 1º de enero de 2003. Al 30 de abril de 2003, han sido informados 44 mujeres VIH reactivas que dieron a luz. En la Tabla 17 se muestran las instituciones notificantes.

**Tabla 17: Partos VIH Reactivos en la Ciudad de Buenos Aires, por Hospital.**

HOSPITAL	Nº de casos
Durand	14
Penna	12
Piñero	10
Rivadavia	4
Álvarez	3
Vélez Sársfield	1
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>

Además fue considerado el *momento en que fue realizado el diagnóstico* (Tabla 18). Releyendo los datos se observa que el 61% el diagnóstico se realizó antes del embarazo. De alguna manera, esto estaría indicando que el testeo en población general está siendo efectivo. Sin embargo, hay todavía casi un 14% con diagnóstico absolutamente tardío en nuestra ciudad.

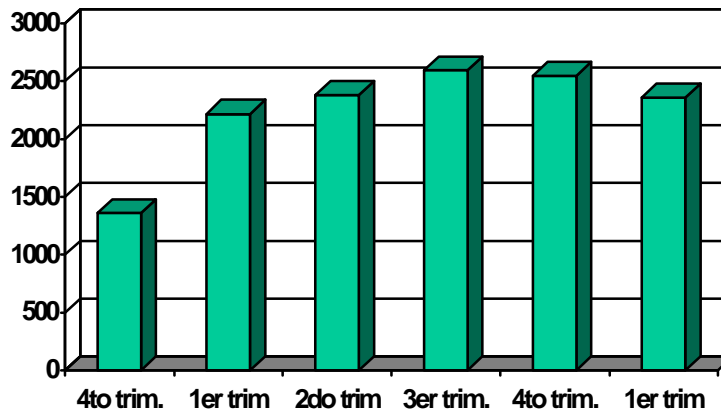
**Tabla 18: Momento del Diagnóstico.**

Momento de diagnóstico	Nº	%
<b>Antes del embarazo</b>	27	61.4
<b>Durante el embarazo</b>	11	25.0
<b>En el parto</b>	2	4.5
<b>En el Puerperio</b>	4	9.1

Resulta relevante mejorar los procedimientos que impactan en la calidad de vida de las personas. Un ejemplo es la accesibilidad al *estudio de carga viral*. Este es un análisis imprescindible para decidir su tratamiento y seguimiento. La Coordinación Sida ha agilizado y simplificado los trámites para su autorización, y se observa, desde el cambio de procedimiento, un incremento sostenido de la demanda. La Figura 10 muestra que desde el cuarto trimestre de 2001, cuando se empezó a instrumentar el sistema actual se han más que duplicado los estudios.



**Figura 10: Carga Viral.**



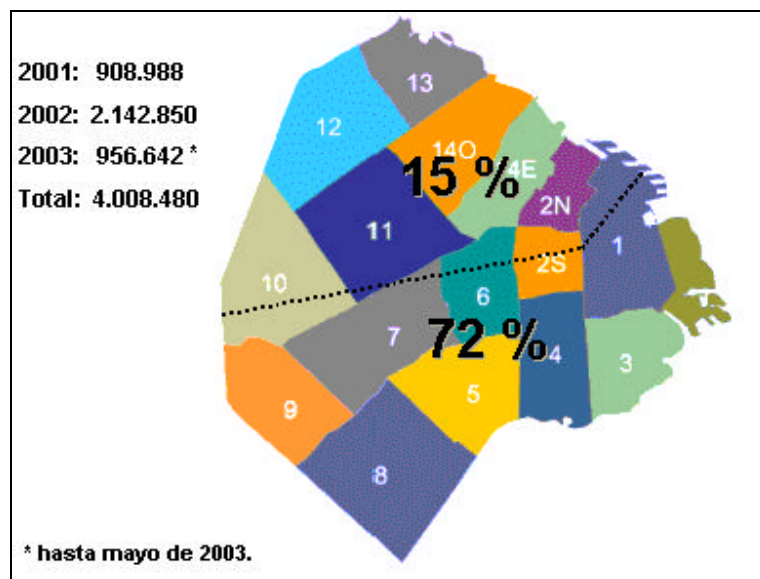
A continuación se presentan los datos correspondientes a la *distribución en la Ciudad de Buenos Aires de materiales preventivos*: impresos, como afiches y folletos (Tabla 19), y también *preservativos* (Figura 11), a partir de la creación de la Red de Prevención. Se obtuvieron los datos del número total de preservativos entregados entre los tres años y también por Zonas de la Ciudad, los CGP (Centros de Gestión y Participación).

En atención a la situación de vulnerabilidad diferenciada que muestran la Zona Sur y algunos sectores de la Zona Centro de la Ciudad es que se ha hecho hincapié en aumentar el número de bocas y, por ende, del material distribuido, en estos barrios. En la Zona Sur se distribuye el 72% y el 15% en la Zona Norte, mientras que el resto se distribuye en ONG´s para actividades móviles.

**Tabla 19: Distribución de Afiches y Folletos en la Ciudad de Buenos Aires.**

Material	2001	2002	TOTAL
Afiches	5.309	5.220	10.529
Folletos	211.022	312.145	523.167

**Figura 11: Distribución de Preservativos en la Ciudad de Buenos Aires.**



Otro tipo de indicadores no numéricos que se están desarrollando se refieren a la calidad de algunos servicios. Como ejemplo, en el CePAD (Centro de Participación, Asesoramiento y Diagnóstico), se hace referencia a:

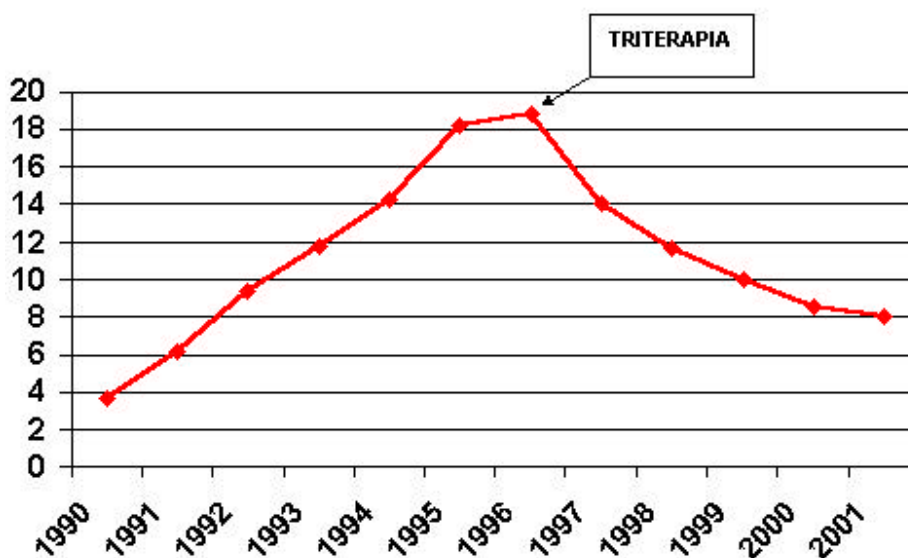
- Equipo:
  - Existencia de un equipo.
  - Composición.
- Accesibilidad:
  - Cantidad de horas y turnos que cubre.
  - Eliminación de trabas burocráticas.
  - Tiempo desde que la persona demanda hasta que tiene un resultado.
- Tipo y número de actividades de promoción y difusión que realiza.
- Tipo y número de actividades educativas, número de participantes.

Algunos resultados:

- ✓ La mortalidad por sida disminuyó un 59% entre 1996 y 2002 (571 a 236).
- ✓ Los enfermos por sida disminuyeron un 74 % entre 1996 y 2002 (905 a 232).
- ✓ El 88 % de embarazadas se realizó el test de VIH en el último año.
- ✓ El 90 % de las que fueron diagnosticadas VIH positivo recibió tratamiento.
- ✓ 300 bebés hijos de madres con VIH reciben leche maternizada.

En la curva que muestra la Figura 12, se observa la disminución de la mortalidad en el caso del sida, con la triterapia.

**Figura 12: Evolución de la Tasa de Mortalidad por Sida en la Ciudad de Buenos Aires, 1990-2001.**



Se realizó una evaluación de la gestión, tomando el 2000 como año base y, según se observa en la Tabla 20:

- Los casos de sida pediátricos eran 14, en el 2002, 3. Es decir, que **hubo una caída de casi el 80% en los casos.**

- La tasa de transmisión vertical, en el año 2000 estaba en el 20% y en el 2002, en el 8%, lo que habla de **una caída de más del 60%**, por lo cual nosotros podemos esperar ir hacia una transmisión vertical del 2%, que es la de los países más desarrollados.
- Los nuevos casos de sida en estos dos años **disminuyeron un 32%**.
- La tasa de mortalidad siguió **decaendo en un 10%**.
- La prevalencia en mujeres embarazadas, que en el 2000 estaba en 1,3, en el año 2002, 0,9 y en lo que va del 2003 0,7, representando una **caída del 30%**.

**Tabla 20: Evolución de los Indicadores, 2000-2002.**

	<b>Año 2000</b>	<b>Año 2002</b>	<b>% Disminución</b>
<b>Casos de Sida Pediátricos</b>	14	3	79
<b>Tasa Transmisión Vertical (%)</b>	20	7.8	61
<b>Nuevos Casos de Sida</b>	341	232	32
<b>Tasa de Mortalidad (por cien mil)</b>	8.6	7.7	10
<b>Prevalencia del VIH % embarazadas</b>	1.29	0.9	30

*Centro de Estudios de Estado y Sociedad*  
Sanchez de Bustamante 27  
1173 – Buenos Aires – Argentina  
Teléfonos (54 11) 4861-2126 / 5204  
Fax (54 11) 4862-0805  
[www.cedes.org](http://www.cedes.org)