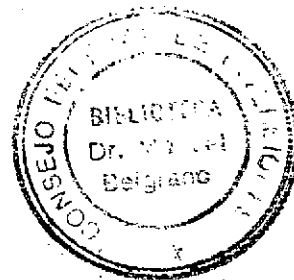


O/M.411
Q32

40569

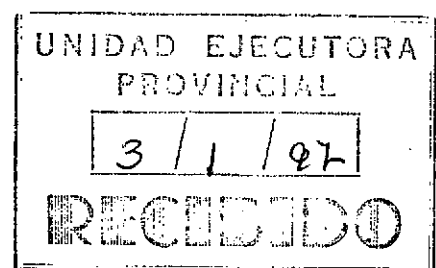
**ESTUDIO PARA LA FORMULACION DE UN
CONJUNTO DE PRESTACIONES BASICAS DE SALUD .
PROVINCIA DE MENDOZA
1997**



CONSULTOR: Dr. Carlos Enrique Quesada

O/M.411
Q32

N. 311.1



INDICE

	Página
Esquema-síntesis	1
Desarrollo. Concepto	3
Justificación	5
Análisis de factibilidad	6
Definición de la población objetivo	8
Estudio de las causas de morbilidad y mortalidad	10
Distribución, complejidad, producción y tasas de uso de los servicios de salud	14
Contenido de la PBS	27
Selección de intervenciones y determinación de su costo	29
Repercusión de la aplicación del PBS sobre el sistema estatal de salud	30
Financiación del PBS	30
Puesta en práctica del PBS	31
Etapas de la transición	31
Términos de referencia y actividades en 1997	33

ESQUEMA-SINTESIS PARA LA FORMULACIÓN DEL PROYECTO DE PRESTACIONES BASICAS DE SALUD

1. Concepto

- Las necesidades en salud superan a los recursos
- Imposibilidad de atender todos los problemas de toda la población
- Usar solo lo necesario para resolver los problemas importantes
- Garantizar el acceso de todos al PBS
- Financiar el PBS a los que carecen de recursos o cobertura.
- Criterio para formulación de un PBS:
 - a-Perjuicio colectivo que causa una enfermedad.
 - b-Eficacia relativa en función de costos de las intervenciones
 - c-Población beneficiaria
 - d-Recursos disponibles

2. Justificación

Consumo de servicios de salud en la situación actual y con la implantación de PBS

Situación actual	Situación con PBS
Predominio asistencial y alta complejidad	Preventivo-asistenciales
Escasas externalidades +	Prioridad para externalidades +
Baja eficiencia	Promueve la eficiencia
No contención de costos	Tendencia a la contención de costos
Derivaciones innecesarias	Funcionamiento en red
Planificación escasa	Requiere planificación
Inversión aleatoria	Inversión programada

3. Análisis de factibilidad

a- Etica

- El PBS promueve la equidad
- Establece claramente el tipo de servicios que garantiza el Estado.
- Establece a que población subsidia el Estado.
- Establece los servicios imprescindibles y los excluidos del PBS.

B- Política

- Definición de salud como política de Estado
- Influye sobre los subsectores de la seguridad social y privado.
- Requiere un proceso de consenso político y social.

C- Jurídica.

- Compatibilidad del PBS provincial con la legislación nacional.
- Contención del PMO determinado para las obras sociales.

D- Económico-financiera

- El PBS no supone aumento de recursos asignados a salud
- Utilización diferente de los recursos por: Reasignación a PBS y financiación de la demanda.

E- Organizacional

Situación actual y después de implantación del PBS del sector público de salud.

Situación actual	Situación con PBS
Organización anárquica	Organización vertebrada por PBS
"Ofrece los servicios que produce"	"Produce servicios según necesidades"
Importa prioritariamente el prestador	Importa prioritariamente el usuario

F- Técnico-médica

- Determinación de las capacidades de la estructura para prestar el PBS
- Determinación de las reconversiones necesarias.

G- Socio-cultural

Posibilidades de percepción negativa del PBS por los prestadores y los usuarios

Usuarios externos o pacientes	Usuarios internos o prestadores
Ajuste o recorte de servicios	Disminución de calidad de su trabajo
Exclusión de servicios	Coartación de la libertad profesional
Medicina para pobres	Tareas poco jerarquizadas
Corrección	Corrección
Consenso	Consenso
Educación	Capacitación
Comunicación	Normas jurídicas

4. Definición de la población objetivo

- Según responsabilidad:
 - Estado como garante: toda la población
 - Estado como financiador: población sin cobertura ni recursos
- Según tipo de intervenciones o servicios
 - Promoción y protección de la salud: toda la población
 - Prevención de enfermedad: variable según programas y grupos de riesgo
 - Diagnóstico y tratamiento: población sin cobertura ni recursos
 - Rehabilitación: población sin cobertura ni recursos
- Según tipo de cobertura de la población
 - Sin cobertura ni recursos: todos los servicios del PBS sin cargo
 - Sin cobertura pero con recursos: generar un seguro de PBS con cargo al beneficiario.
 - Con cobertura de seguridad social: Prestación de PBS según demanda con cargo a la organización responsable del seguro .

5. Estudio epidemiológico de las causas de morbilidad y mortalidad.

6. Distribución, complejidad, producción y tasas de uso de los servicios de salud públicos y privados.

7. Contenido del PBS en base a :

- Determinación de los problemas relevantes de salud
- Determinación de las necesidades de salud de la población.
- Determinación de las preferencias de los usuarios.
- Establecimiento de prioridades.

8. Selección de intervenciones

- Según criterios de costo-efectividad y costo-impacto.
- Según disponibilidad de recursos.

9. Repercusiones del PBS sobre decisión de inversiones en:

- Infraestructura
- Equipamiento
- Recursos humanos
- Insumos

10. Financiación del PBS

- Financiación de la demanda
- Pago por producción a prestadores hospitalarios
- Estructurar un sistema per capita para el primer nivel.

11. Puesta en práctica del PBS

- Decisión de financiar solo los insumos necesarios para PBS
- Establecer normas de diagnóstico y tratamiento de las intervenciones de PBS y reconocer solo lo realizado bajo normas.
- Formar recursos humanos capacitados en las prestaciones incluidas en el PBS
- Comunicar a la población el sentido, alcance y contenido del PBS.

12. Etapas de la transición hacia el PBS.

- Tomar la decisión de invertir solo en PBS
- Invertir solo en establecimientos de nivel inicial
- Invertir prioritariamente en áreas rurales
- Aumentar la eficiencia del sistema

13. Actividades en 1997 y términos de referencia para la formulación del PBS

- Estudio epidemiológico de morbi-mortalidad
- Estudio de costo-beneficio
- Encuesta de opinión
- Dirección del proyecto

DESARROLLO**PRESTACIONES BASICAS DE SALUD****1 - Concepto**

La definición de un conjunto de prestaciones básicas de salud (PBS) tiene como punto de partida la certeza de que no es posible atender todas las necesidades de salud de la totalidad de la población.

En otros términos, las necesidades superan a los recursos destinados a la finalidad salud. Además, el aumento de los fondos destinados a salud es siempre mayor que el crecimiento del PBI en todos los países.

El aumento real del costo de la atención de los problemas de salud se debe a un cambio de las características demográficas (envejecimiento de la población), a un nuevo perfil epidemiológico en cuanto a las formas de enfermar y morir (presencia de nuevas y costosas enfermedades como accidentes, SIDA, cáncer, crónicas no infecciosas, etc.), al aumento del nivel de vida que genera nuevas demandas y al mayor costo de la tecnología médica.

El aumento evitable de los costos es causado por la ineficiencia en la prestación de los servicios, la inequidad en la asignación de los recursos, la falta de calidad, y también por las diferentes formas de corrupción presentes en el sector.

La responsabilidad de los gobiernos consiste en garantizar el acceso universal a un conjunto de medidas de salud pública y servicios clínicos esenciales, cuidando especialmente que los pobres no queden excluidos de ellos.

Se prefiere usar la denominación Prestaciones Básicas de Salud (PBS) para transmitir la idea que no se trata de servicios "mínimos" u "obligatorios", términos que a nuestro criterio dan imagen de limitación o imposición, respectivamente, sino de aquellos servicios que permiten una cobertura integral para las necesidades esenciales.

Sin una definición explícita de un paquete de servicios esenciales y sin la vigilancia de que estos servicios lleguen efectivamente a todos, y en especial a los pobres, la distribución de los servicios se realiza en función de criterios de mercado recibiendo más servicios quienes tienen más capacidad económica. El mercado margina a los pobres, los enfermos crónicos y los viejos.

Actualmente la tecnología médica ofrece infinitas posibilidades para satisfacer las necesidades, que también son crecientes; pero su uso para cumplir con todas ellas significaría apostar al elevado costo con baja eficiencia. El PBS propone usar lo necesario para los problemas más importantes, priorizando la atención de aquellos que más lo necesitan.

Es evidente que en este contexto resulta necesaria la intervención del gobierno para garantizar la equidad mediante el establecimiento de regulaciones explícitas y la fijación de criterios para seleccionar qué servicios se incluirán en la PBS.

Aunque pueden mencionarse otros, los cuatro criterios básicos que deben tenerse en cuenta para formular una PBS son:

a - el perjuicio en términos de carga de morbilidad que causa una enfermedad, lesión o factor de riesgo;

b - la eficacia relativa en función de los costos de las intervenciones para disminuir dicho perjuicio;

c - la población beneficiaria de la PBS; y

d - los recursos disponibles.

El PBS financiado con fondos públicos debe llegar primero a los más pobres y no debiera beneficiar a ninguna persona con cobertura o recursos mientras hubiera una persona indigente sin la atención esencial.

En nuestra realidad, que es la de una comunidad de ingreso medio-alto, es posible que los recursos públicos alcancen para financiar más servicios que los establecidos como mínimos por estándares internacionales y locales. De ser así, estos servicios adicionales respecto a la PBS, que se financien con fondos públicos, también beneficiarán primero a los más pobres.

El desafío para el gobierno en términos de salud no es hacer muchas cosas sino ocuparse de lo más importante.

2 - Justificación

Actualmente la selección de los servicios a los que accede la población se realiza por mecanismos implícitos, aleatorios e inequitativos. En los efectores públicos, la teoría establece que la atención es universal y que se puede acceder a la totalidad de los servicios, desde una vacuna a un transplante.

En la práctica, como las demandas superan la disponibilidad de recursos, existe un racionamiento de servicios expresado en listas de espera, colas, diferimiento de intervenciones, exclusiones por razones de posibilidad económica, derivación informal de pacientes al sector privado, etc.

Por otro lado, el consumo de servicios se rige por criterios que no tienden a la maximización de beneficios, tanto en términos de salud como en cuanto a la contención de los costos. Los pacientes -poco informados en general- creen que son mejores los servicios complejos y caros, aunque éstos contribuyen poco a la mejoría del nivel de salud. Los médicos, influidos por una formación asistencialista y sesgada hacia la alta complejidad, inducen en exceso al consumo de servicios de poca eficacia en función de los costos.

La elección de servicios por estos mecanismos y sin formar conjuntos, resulta en un costo global más elevado, beneficia a menos personas e impacta poco en el nivel de salud general.

La aplicación de la PBS genera los siguientes beneficios:

1- Minimización del costo total

El principal argumento para agrupar los servicios que se pretende prestar es la minimización de su costo total. La mayor efectividad en función del costo del agrupamiento de servicios opera a través de tres mecanismos:

a- sinergismo entre las actividades asistenciales y preventivas;

b- costos de producción más bajos por conjuntos;

c- uso más racional de los recursos especializados por medio de la atención adecuada de pacientes en el primer nivel, lo que asegura un nivel apropiado de derivación hacia servicios de más alto costo.

2- Contribución a la determinación de prioridades y a la planificación de inversiones.

La utilización de la PBS es también una forma de garantizar que no se desatenderán los servicios de máxima prioridad. También simplifica el proceso de toma de decisiones sobre inversiones en infraestructura, equipos, capacitación y adquisición de insumos. En un sector como el público, caracterizado por la escasa tendencia a la planificación y previsión de necesidades, la aplicación de una PBS ayuda a definir la infraestructura de servicios, orienta sobre la necesidad de insumos imprescindibles, determina el perfil, el número, tipo y capacitación de los recursos humanos y las características del equipamiento necesario.

3 - Análisis de factibilidad

Se trata de efectuar un análisis de las posibilidades y dificultades que puede enfrentar el proyecto de PBS.

Se analizará la factibilidad en sus diferentes expresiones: ética, legal, económico-financiera, técnica, organizacional y socio-cultural.

3.1- Ética: Este aspecto de la viabilidad se analiza desde la doble posición del Estado como garante del derecho a la salud para todos y como responsable de financiar la salud para los carentes de cobertura.

La PBS es uno de los instrumentos aptos para garantizar el acceso de toda la población a aquellos servicios considerados imprescindibles, aunque debe acompañarse de otros mecanismos. En este sentido, es el marco que confiere forma real al derecho a la salud.

El problema ético más importante para el Estado es que al definir una PBS, aún suponiendo una selección correcta, esto implica la exclusión de otros servicios o acciones, hoy valorados como necesarios por la población. La certeza de que no hay recursos suficientes para ofrecer todos los servicios a toda la población es la base conceptual y ética que apoya el establecimiento de una PBS.

La PBS contribuye también a que el Estado pueda cumplir con la otra responsabilidad asumida que es financiar la atención de las personas carentes de cobertura, al concentrar los recursos públicos disponibles en las acciones más importantes.

3.2- Política

El proyecto de aplicación de una PBS, al igual que otros incluidos en el proceso de reforma del sector salud, supone cambios importantes en las relaciones hasta ahora vigentes en el sector público, con influencia previsible sobre los sectores de la seguridad social y privado.

Desde 1983 la provincia de Mendoza ha experimentado cambios importantes en el sector salud: construcción o renovación de toda la red hospitalaria y de centros de salud, equipamiento de los nuevos hospitales, transformación funcional por medio de instrumentos jurídicos (Leyes 5578 de recuperación de costos; 5532 de habilitación y acreditación; 6015 de descentralización, Ley Materno Infantil, Ley de medicamentos, etc.).

Casi todos estos cambios fueron realizados sobre el sector público, siendo los efectos sobre los otros subsectores escasos o nulos.

La propuesta de reforma actual en su conjunto (PBS, médicos de familia con población a cargo, uso racional de medicamentos, descentralización de todos los establecimientos del estado, etc.) supone una fuerte influencia sobre el conjunto de la sociedad y en particular, sobre la seguridad social y el sector privado.

La magnitud de los cambios propuestos y su impacto sobre la sociedad confieren a esta política el carácter de política de Estado cuya concreción requiere un proceso de consenso en dos niveles secuenciales: 1- Organizaciones políticas; 2- Organizaciones sociales y sectoriales.

3.3- Legal

El objetivo expresado en el decreto 1190/96 (art. 21) es contar con una ley que establezca la PBS. Se debe aclarar que a nivel nacional se ha definido el programa médico obligatorio (PMO) para las obras sociales sindicales por resolución 247/96. La Obra Social Provincial (OSEP) trabaja sobre un proyecto de PMO para ofrecer a sus beneficiarios.

La dificultad de resolución del problema legal está determinada por:

- La necesidad de compatibilizar los PMO que se establezcan ya que lo que el Estado garantiza a toda la población no puede ser incongruente con lo que determina el PMO de las obras sociales.
- El contenido del PMO según la óptica del Estado versus la visión de las obras sociales. La factibilidad de obtención rápida de un instrumento legal, asegurando su cumplimiento, está directamente relacionada con la factibilidad política.

3.4- Económico-financiera

La aplicación de la PBS no supone, en principio, aumentar los recursos asignados a salud. No obstante, significa un importante cambio en la utilización de los mismos por dos vías:

- a- La modalidad de pago a los establecimientos. El Estado debe pasar de financiar la oferta por medio de presupuestos elaborados por los establecimientos, a financiar la demanda, es decir pagar a los mismos por la producción de servicios, ahora los incluidos en la PBS.
- b- La reasignación de fondos desde los servicios tradicionales a las intervenciones determinadas por la PBS.

3.5- Organizacional

La aplicación de la PBS supone una fuerte influencia sobre la forma de organizar y prestar los servicios. La modalidad tradicional ha sido "vender lo que se produce" teniendo poco en consideración las necesidades y preferencias de los usuarios. Se debe pasar a una filosofía más empresarial en la que "producir lo que se vende" significa que la PBS se construye sobre las necesidades de la población. Se requiere un fuerte cambio de la cultura de las organizaciones prestadoras para cumplir con este objetivo.

3.6- Técnica

Desde el punto de vista técnico-médico, el análisis de factibilidad consiste en determinar la capacidad y en su caso, la reconversión que se requiere en la estructura, equipos, personal e insumos disponibles en el sector público para cumplir con la PBS.

3.7- Socio-cultural

Determinar este aspecto de la factibilidad de implementación de la PBS es complejo. Dos cuestiones deben considerarse:

- a- La posible resistencia de los usuarios por entenderse que es un "recorte" respecto de las prestaciones que se suponen necesarias. Esto requiere un amplio mecanismo de difusión, educación y consenso con las organizaciones sociales.
- b- La incompreensión de los usuarios internos o prestadores que pueden interpretar la PBS como una disminución del nivel de calidad de su trabajo en la medida en que la mayor parte de las acciones priorizadas en la PBS, si bien son las de mayor costo-efectividad, son también las de mayor simplicidad y bajo nivel de complejidad. Esto requiere un proceso de explicación, consenso y reconversión del perfil de los prestadores.

4 - Definición de la población objetivo

La estimación de población por tipo de cobertura se puede observar en el cuadro siguiente.

Cuadro 1. Estimación de la población según cobertura.

Mendoza, 1995.

TIPO DE COBERTURA	POBLACION (miles)	%
Sin cobertura ni recursos	300	20
Sin cobertura pero con recursos variables	300	20
Cobertura de seguridad social	750	50
Prepagos	150	10
TOTAL	1.500	100

La población objetivo es el 100% en el caso del Estado garante del PBS. Si se toma la responsabilidad de financiación del PBS por el Estado, la población objetivo es la que carece de cobertura y de recursos, aproximadamente coincidente con la población NBI (300.000 personas).

En relación a las intervenciones, existen algunas de ellas que, por su carácter de servicios públicos con externalidades positivas e imposibilidad de exclusión de beneficios, no son atractivas para el mercado y por el contrario es un interés del Estado su cobertura. Básicamente se trata de las intervenciones de promoción y protección en la salud dirigidas a toda la población.

Con respecto a las actividades preventivas que también tienen externalidades, la población a cubrir dependerá de los programas y grupos de riesgo priorizados y de la situación de cobertura del usuario.

En cuanto a las intervenciones de diagnóstico y tratamiento, el Estado financiará exclusivamente a las personas sin cobertura ni recursos. La población sin cobertura pero con algún nivel de recursos podría ser beneficiaria de un seguro de PBS implementado por el Estado.

La población con cobertura de algún ente de seguro atendida en el Estado por PBS ocasionará un gasto a su entidad.

La población beneficiaria del Estado, es decir aquella que no posee cobertura ni recursos, no tendrá coseguros, exclusiones ni carencias para las prestaciones del PBS, las que serán provistas con cargo al Estado.

En principio no debe instaurarse coseguros a esta población por los motivos siguientes:

a - Existencia de demanda insatisfecha que se expresa en un deterioro de su nivel de salud;

b - Carencia de recursos.

Posteriormente se podrá estudiar medidas tendientes a corregir posibles desviaciones de la demanda.

TITULO : ESTUDIO PARA LA FORMULACIÓN DE UN CONJUNTO DE PRESTACIONES BÁSICAS DE SALUD (PBS).

AUTOR: Quesada, Carlos Enrique

Contenidos:

El estudio analiza las necesidades de salud de la población y propone en función de los recursos disponibles para satisfacerlas la Formulación del Proyecto de Prestaciones Básicas de Salud (PBS), priorizando la atención de aquella población que más lo necesita.

Incluye un Análisis de Factibilidad que toma en cuenta la ética, la política, la faz jurídica, económica-financiera, organizacional, médica y socio-cultural. Estudia la Población Objeto, las causas de Morbilidad y Mortalidad, define el contenido de la PBS y su repercusión sobre decisiones de Inversión y Financiamiento entre los principales temas. Además, decide la oportunidad de la puesta en marcha del sistema de PBS, prevé la Etapa de transición para su aplicación de acuerdo a la realidad actual de Mendoza y propone la Formación y Capacitación de Recursos Humanos.

Los temas citados precedentemente han sido analizados y desarrollados en los informes respectivos, tomando en consideración la información estadística disponible volcadas en 26 cuadros, incluidos en los temas correspondientes.

El estudio propone finalmente Términos de Referencia y actividades previstas en 1997 para la formulación de un PBS que incluye: un estudio epidemiológico, el costo-beneficio del PBS, una encuesta de opinión y la dirección y consultoría del proyecto de PBS.

Las intervenciones de rehabilitación seleccionadas serán ofrecidas sin cargo a la población subsidiada por el Estado y con cargo a la entidad de seguro cuando corresponda.

5 - Estudio de las causas de morbilidad y mortalidad

El estudio de las formas de enfermar y morir de la población de Mendoza que permitirá hacer un análisis profundo de los perfiles de morbimortalidad y determinar las intervenciones adecuadas para reducir su impacto, ha sido incluido en su mayor expresión en el Proyecto de Reforma del Sector Salud como componente financiable por el BID.

No obstante, en este trabajo se hará algunas consideraciones preliminares a fin de iniciar y avanzar sobre el conocimiento del tema y contenido del estudio.

5.1. Estudio de las causas de morbilidad.

Un antecedente importante es el estudio realizado por Bobadilla et al sobre "Diseño, contenido y financiamiento de un paquete nacional de servicios de salud esenciales", publicado en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana en 1995. El mismo revela que, en los países en desarrollo demográfico, el 55% de la carga de enfermedad recae sobre los niños menores de 15 años.

Este fenómeno se expresó en 1990 como la pérdida de 660 millones de años de vida asociados a la discapacidad (AVAD) en el conjunto de los países en desarrollo demográfico.

La concentración se produce no solo en el grupo etéreo infantil, sino en las patologías: de hecho, el 71% de los AVAD perdidos son ocasionados por 10 causas.

El cuadro 2, tomado del mencionado trabajo, muestra la carga de morbilidad en niños < de 15 años en países en desarrollo demográfico.

Cuadro 2. Causas principales de la carga de enfermedad en niños en los países en desarrollo demográfico en 1990.

Enfermedades y lesiones	Millones de AVAD perdidos	(%)
Infecciones respiratorias	98	(14.8)
Morbilidad y mortalidad perinatal	96	(14.6)
Enfermedades diarreicas	92	(14.0)
Inmunoprevenibles	65	(10.0)
Malformaciones congénitas	35	(5.4)
Paludismo	31	(5.4)
Helmintos intestinales	17	(2.5)
Malnutrición proteico-energética	12	(1.8)
Carencia de Vitamina A	12	(1.8)
Carencia de yodo	9	(1.4)
Subtotal 10 primeras causas	467	(71)
TOTAL AVAD perdidos	660	(100)

Existen patologías como algunas enfermedades congénitas del sistema nervioso y errores congénitos del metabolismo, que aun siendo muy infrecuentes, reconocen intervenciones efectivas en función de los costos para su prevención por lo que debiera estudiarse su inclusión en el PBS.

Cabe destacar que dos de esas enfermedades (fenilcetonuria e hipotiroidismo congénito) deben por ley provincial de Mendoza ser objeto de acciones de prevención y diagnóstico.

En los adultos, la carga de enfermedad está menos concentrada: las 10 primeras causas de enfermedad y lesiones representan sólo 48% del total. La incidencia de las primeras causas de enfermedad se observa en el siguiente cuadro.

Cuadro 3. Causas principales de morbilidad en adultos en países en desarrollo demográfico en 1990.

	Millones de AVAD PERDIDOS	Porcentaje
ETS y SIDA	49.2	8.9
Tuberculosis	36.6	6.7
Enf. cerebrovascular	31.7	5.8
Morbimortalidad materna	28.1	5.1
Cardiopatía isquémica	24.9	4.5
EPOC	23.4	4.3
Accidentes tráfico	18.4	3.3
Trastornos depresivos	15.7	2.9
Pericarditis, endo y miocarditis y miocardiopatías	12.4	2.2
Homicidio y violencia	12.2	2.2
Subtotal	252.6	48.6
TOTAL AVAD perdidos	550	

En los cuadros 2 y 3 aparecen ordenadas por importancia, en relación a los AVAD perdidos, las diez primeras causas de enfermedad en niños < de 15 años y en adultos.

Esta jerarquización de las enfermedades por orden de "carga" sobre la sociedad de los países en desarrollo demográfico incluida en el Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993 del Banco Mundial, expresa la situación del conjunto, pero es solo indicativa de lo que ocurre en un país específico.

No obstante, puede ser la base para la conformación de la PBS en cualquier realidad geográfica o demográfica, en caso de no contar con la información, los recursos o el tiempo necesarios para realizar un estudio profundo de morbilidad y mortalidad.

Un estudio preliminar desarrollado por el Departamento de Epidemiología de la provincia de Mendoza, ha identificado las primeras cinco causas de egresos hospitalarios por departamento de residencia, hospital y grupos étnicos. En el mismo estudio se ha identificado las primeras cinco causas de muerte de la población según residencia, cuantificándose las brechas de mortalidad en la estratificación según condiciones de vida de los distintos departamentos.

En lo referente a morbilidad, dicho estudio indica que en menores de 1 año la primera causa de egresos corresponde a las enfermedades infecciosas en todos los departamentos. Igual situación se observa con la 2da. causa que son las enfermedades relacionadas con el bajo peso al nacer y prematurez. La tercera causa de egresos la constituye el resto de enfermedades perinatales. La cuarta causa se reparte entre otras enfermedades bien definidas y las enfermedades congénitas, según el departamento. La quinta causa es una mezcla de accidentes, otras bien definidas, mal definidas, etc.

En los niños de 1 a 4 años la primera causa de egresos en todos los departamentos son las enfermedades infecciosas y la segunda, en la mayoría de ellos, los accidentes. En este grupo de edad, los accidentes aparecen también como tercera causa en varios departamentos. La conclusión es que los accidentes de todo tipo son muy importantes como carga de morbilidad en esa etapa de la niñez.

Lo más destacable del grupo de 5 - 14 años es que la primera causa de egresos son los accidentes.

En el grupo de 15 a 49 años tiene una enorme gravitación la presencia de las mujeres, siendo los partos y las patologías relacionadas a la gestación la primera causa de egresos.

En las personas de 50 a 64 años la primera causa de egresos son las enfermedades OBD en todos los departamentos. La segunda causa de egresos son las HER y COR. Los tumores aparecen con importancia significativa como 5ta. causa en varios departamentos.

En el grupo de > de 65 años las OBD y las cardiovasculares constituyen la primera causa, predominando las COR como segunda causa.

La situación comentada anteriormente está esquemáticamente expresada en el cuadro 4.

Cuadro 4. Causas de egresos por grupos de edad. Mendoza 1992 a 1994

Edad Causa	Menor de 1 año	1 a 4	5 a 14	15 a 49	50 a 64	Mas de 65 años
1ra	Infecciosas	Infecciosas	Accidentes OBD	Embarazo parto y puerperio	OBD	OBD
2da	Perinatales	Accidentes OBD	OBD accidentes	OBD	Cardiovasc HER	Cardiovasc
3ra	Otras perinatales	OBD Accidentes	HER Infecciosas	Accidentes	HER cardiovasc	Infecciosas
4ta	Congénitas OBD	Mal definidas	HER Infecciosas	HER accidentes	Tumores	HER tumores
5ta	Congénitas OBD	Congénitas HER	Mal definidas	TME accidentes	Tumores	HER

OBD: Otras enfermedades bien definidas

HER: Enfermedades quirúrgicas abdominales

TME: Trastornos mentales

En lo que se refiere a conocimiento de la carga de enfermedad a través de las consultas, se debe señalar que al momento actual esto no es posible ya que los diagnósticos de consultas, aunque se registran y se codifican, no se procesan.

5.2. Estudio de las causas de mortalidad

En cuanto a causas de muerte, se observa que las cinco primeras ocasionan el 80% de los fallecimientos. En términos globales, la primera causa de muerte en Mendoza en los años 92 a 94 fue el grupo de enfermedades cardiovasculares.

La segunda causa son los tumores y la tercera el resto de enfermedades bien definidas. Como cuarta causa de muerte aparecen las enfermedades infecciosas y en quinto lugar los accidentes.

Cuando se examina la mortalidad por grupos de edades, se observa que en el grupo de < de 1 año, la primera causa son las perinatales y la 2da. las enfermedades congénitas. Las causas perinatales dependen de la cobertura y la calidad de atención del embarazo y el parto y constituyen la mayor parte de la mortalidad infantil.

En el grupo amplio de 1 a 49 años la primera causa de muerte son los accidentes, denotando la fuerte incidencia de esta patología en la población de Mendoza.

A partir de 50 años de edad, la primera causa de muerte son las enfermedades cardiovasculares.

Los tumores malignos son la segunda causa de muerte en el amplio grupo etareo que va desde los 5 años hasta la finalización de la vida.

Las características que asume la mortalidad en Mendoza están expresadas en el cuadro 5

Cuadro 5. Cinco primeras causas de mortalidad por grupo etáreo. Mendoza, 1992 a 1994

	PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA	QUINTA
Causa %	COR 34.7	TUM 19.4	OBD 11.1	INF 7.3	ACC 6.8
Total					
< de 1 año	PER	CNG	INF	OPN	OBD
1 a 4 años	ACC	INF	OBD	CNG	TUM
5 a 14 años	ACC	TUM	OBD	INF	VIO
15 a 49 años	ACC	TUM	COR	OBD	VIO
50 a 64 años	COR	TUM	OBD	ACC	MTB
> 65 años	COR	TUM	OBD	INF	MTB

COR: Cardiovasculares

TUM: Tumores malignos

OBD: Otras enfermedades bien definidas

CNG: Enfermedades congénitas

PER: Perinatales

ACC: Accidentes

OPN: Otras enfermedades perinatales.

VIO: Violencias

MTB: Metabólicas

La profundización de los estudios de morbilidad y mortalidad, tal como se ha propuesto en el documento elaborado en conjunto con la misión BID en fecha 8 - 11 de octubre 1996, permitirá un conocimiento mas preciso y profundo del tema, que será aplicado en la elaboración del PBS.

6 - Distribución, complejidad, producción y tasas de uso de los servicios preventivos y asistenciales públicos y privados.

6.1. Distribución, complejidad y producción de los servicios de salud

6.1.1. Servicios preventivos

La mayor parte de las acciones de promoción y protección de la salud y prevención de la enfermedad se realiza a través de los municipios, centros de salud y hospitales, en forma descentralizada. Algunas acciones se realizan desde el nivel central.

La actividad privada realiza escasas actividades preventivas. Las obras sociales y los sistemas de prepago no incluyen en sus programas médicos acciones de prevención.

Los programas preventivos que tienen un alcance provincial y una cobertura adecuada son el de inmunizaciones, prevención y control del cólera y otras enfermedades diarreicas y Sida. El resto de enfermedades prevalentes y las patologías que ocasionan el mayor número de muertes, cuentan con acciones de promoción y prevención aisladas, de baja cobertura poblacional y geográfica.

Cuadro 6. Porcentaje de cobertura de inmunizaciones en menores de 1 año (Sabin, Triple y BCG) y niños de 1 año (Antisarampionosa). Mendoza, 1994.

PROVINCIA	SABIN	TRIPLE	BCG	ANTISARAMPIO NOSA
Mendoza	87.5	86.8	104.1	93.9

Las acciones de prevención para enfermedades cardiovasculares, neoplasias malignas, accidentes, diabetes, enfermedades respiratorias, enfermedades de transmisión sexual son poco sistemáticas. En términos generales, en un contexto de escasa iniciativa estatal respecto a las acciones preventivas, las conductas preventivas sólo son asumidas por la población con mayor nivel socio cultural, mientras que los más afectados no logran acceder siquiera al conocimiento que les permitiría .

La asignación presupuestaria del área específica (Dirección de Promoción y Protección de la Salud) es de unos \$ 600.000 anuales, que representa alrededor del 3% del presupuesto de salud. La participación del área ha aumentado del 2 al 3% en los últimos años 10 años.

Las acciones preventivas no son registradas como prestaciones individualizadas en la mayoría de los servicios. Esto impide conocer con exactitud cual es la verdadera asignación de recursos a esta actividad en los CdeS y hospitales. Una dificultad adicional para la tarea de promoción y prevención es la falta de interés de los recursos humanos del sector respecto de las acciones preventivas, las que aparecen como de menor jerarquía frente a los servicios asistenciales de alta complejidad

6.1.2. Centros de Salud (CdeS)

La provincia de Mendoza cuenta con alrededor de 220 CdeS, la mayor parte de ellos distribuidos en las zonas urbanas y urbano marginales de las cuatro regiones demográficas y productivas : Norte, Este, Centro y Sur. Unos 190 de ellos dependen del Ministerio de Salud y el resto son municipales.

La estructura de conducción de los CdeS provinciales está formada por una Dirección de Atención Ambulatoria en el nivel central y 18 áreas departamentales , cada una integrada por todos los CdeS y dirigida por un Coordinador departamental. La ejecución presupuestaria y las decisiones están centralizadas.

Estos efectores atienden a toda la población que demanda asistencia y lo hacen de forma gratuita. Se dispone de información que indica que un porcentaje variable, pero no menor del 20%, de los pacientes que se atienden en los CdeS tienen algún sistema de cobertura .

Los CdeS son efectores de atención ambulatoria de baja y mediana complejidad. En la mayoría de los departamentos existe un CdeS de mediana complejidad, que implica la oferta de algunos servicios de diagnóstico (Rx, ecografía y laboratorio) y algunas especialidades (gineco-obstetricia, cardiología, ORL, etc.). La mayoría son de baja complejidad y ofrecen servicios de enfermería, clínica general, pediatría, gineco-obstetricia y odontología.

El equipo de salud en los CdeS de baja complejidad está constituido por enfermero y médico general. En muchas ocasiones estos CdeS de baja complejidad quedan sin personal debido a dificultades administrativas que impiden las sustituciones por enfermedad o licencia .

En conjunto, los CdeS realizan alrededor de 1.250.000 consultas anuales. Fuera del nivel de coordinación que se ejerce en cada departamento y de las derivaciones que realizan a hospitales , el funcionamiento en red y el sistema de referencia y contrarreferencia presenta muchas dificultades operativas.

Los CdeS no tienen población a cargo ni un área de influencia bien determinada. La extensión de su acción a la comunidad es poco relevante debido a la escasez de recursos y a la falta de una orientación explícita del personal en tal sentido .

El cuadro siguiente muestra las consultas realizadas por los CdeS en una serie de 5 años, desde 1990 hasta 1994. Se observa un aumento global del 32.6% de las consultas en el período considerado, tomando como base las consultas del año 1990. Es indudable que hubo en estos años una transferencia de consultas del sector obras sociales y aún privado a los CdeS públicos. Las causas de este fenómeno pueden encontrarse en la crisis de las obras sociales, la gratuidad de las consultas en los CdeS, el empobrecimiento de la población que antes no usaba los efectores públicos, el mejoramiento de la oferta, etc.

Las consultas en los CdeS provinciales aumentaron un 22% , mientras que las consultas en los CdeS de jurisdicción municipal aumentaron 133% en el período considerado.

Cuadro 7. Consultas externas en CdeS. provinciales y municipales. Mendoza, 1990-1994

Años	1990	1991	1992	1993	1994
M. de Salud	838.565	926.550	947.522	979.134	1.021.877
Coni y SAM	24.723	218.374	22.079 *	24.679 *	30.999 *
Municipales	86.991	107.772	124.515	167.965	206.892
TOTAL	950.279	1.252.696	1.094.116	1.171.778	1.259.768

SAM : Servicio Asistencial Móvil

* : Desde 1992 , las consultas del SAM están incluidas en cada departamento

Se observa lo siguiente:

- Los CdeS provinciales aumentaron considerablemente el número de atenciones. Las causas de esto: la provincia aumenta gradual y progresivamente la oferta, aunque no lo hace en función de una adecuada planificación, sino en base a una serie de parámetros donde la subjetividad de los actores, la demanda, o directamente los reclamos, tienen peso importante.
- Las consultas en CdeS municipales aumentaron varias veces más que las de los provinciales en el periodo considerado. Los municipios han asumido de forma aún menos planificada los posibles o supuestos déficits de la administración provincial, instalando muchos efectores de primer nivel. El importante incremento del número de consultas en estos efectores se debe al mayor número de ellos y al aumento de las consultas en los que ya había.

6.1.3. Hospitales

La provincia de Mendoza cuenta con 22 hospitales públicos y 6 establecimientos pequeños dotados en conjunto de 2.533 camas. La obra social provincial (OSEP) posee dos hospitales propios y el Instituto de Servicios de Salud para personal Ferroviario posee un establecimiento. El Ejército Argentino posee un hospital situado en la ciudad de Mendoza. Además, existen 48 establecimientos privados que tienen 1.519 camas. La provincia no dispone de datos de consultas o egresos de los hospitales privados.

Esto hace un total de 4.641 camas de internación lo que significa 3.0 camas por mil habitantes. Es destacable que solo con la red de establecimientos del sector público provincial (1.7 camas por mil habitantes) se podría satisfacer las necesidades de camas de internación de 1.5 millones de personas en el supuesto que se utilizaran los recursos con eficiencia y se aplicaran todos los procedimientos modernos de diagnóstico y tratamiento ambulatorios

Cuadro 8. Dependencia administrativa y número de camas de los establecimientos con internación . Mendoza, 1994.

DEPENDENCIA	Nº ESTABLECIMIENTOS	Nº DE CAMAS	PORCENTAJE
Provincial	28	2.533	56.2
OSEP	2	170	3.8
Otras OO SS	1	183	4.1
Privados	48	1.519	33.7
FF. AA.	1	100	2.2
TOTAL	80	4.505	100

Los hospitales públicos de baja complejidad, están ubicados en los departamentos de Lavalle, La Paz, Santa Rosa, Rivadavia, San Carlos (Eugenio Bustos), Malargue , Tupungato, Las Heras (Uspallata) y Maipú (Hosp Metraux).

Los hospitales de complejidad media son : Hosp. Paroissiens (Maipú), Hosp. T.J. Schestakow (San Rafael) y Hosp Perrupato (San Martín) Scaravelli (Tunuyán) y General Alvear.

Los de alta complejidad son el Hosp. H. J. Notti (pediatría), el Hosp. Central (general de agudos) y el Hosp. Lagomaggiore (general + obstetricia).

Adicionalmente, existen dos hospitales psiquiátricos (Sauce y Carlos Pereyra) en el área del Gran Mendoza, dos Hospitales geriátricos (Gailhac y Jaime Prat), el primero en el Gran Mendoza y el segundo en el departamento de San Rafael y un hospital de infecciosas en reconversión a hospital geriátrico en la ciudad de Godoy Cruz (J. N. Lencinas).

-Producción de servicios de los hospitales

Cuadro 9. Consultas externas por grupos de hospitales. Mendoza, años 1990 a 1994

HOSPITAL	1990	1991	1992	1993	1994
Grupo 1	487.396	505.189	503.892	523.377	540.569
Grupo 2	478.691	486.800	472.945	491.618	474.817
Grupo 3	314.278	326.961	331.097	322.248	314.555
Grupo 4	48.094	51.825	61.108	63.452	66.307
TOTAL	1.328.459	1.370.775	1.369.042	1.400.695	1.396.248

Grupo 1: Hospitales de alta complejidad del Gran Mendoza + Hospital Lencinas (n= 4)

Grupo 2: Hospitales de complejidad media, regionales (n= 5).

Grupo 3: Hospitales de baja complejidad, departamentales (n= 9).

Grupo 4: Hospitales monovalentes (psiquiatría, geriatría) , (n= 4).

Las variaciones del número de consultas, tanto globales como por grupos de hospitales, son poco significativas. Sin embargo, el mayor aumento se registró en los hospitales de grupo 1 (alta complejidad) y fue del 11% en 5 años. Esta circunstancia podría tener relación con el reemplazo del antiguo Hospital E. Civit por el Hospital Notti (pediátrico), que concentró en poco tiempo la demanda de pediatría del Gran Mendoza, incluida buena parte de las consultas de baja complejidad.

Cuadro 10. Egresos por grupos de hospitales. Mendoza, años 1990-1994

Hospitales	1990	1991	1992	1993	1994
Grupo 1	35.268	35.060	34.292	33.746	36.338
Grupo 2	28.498	31.005	31.111	32.584	33.018
Grupo 3	11.203	11.456	11.276	10.640	10.442
Grupo 4	1.350	1.643	1.942	1.635	1.699
TOTAL	77.319	79.164	78.621	78.605	81.497

Se produjo un aumento global de 4.178 egresos (5.4%) en el periodo considerado.

El grupo de hospitales que más aumentó los egresos fue el de mediana complejidad (grupo 2) que lo hizo en un 16%. En cambio, el grupo de baja complejidad (grupo 3) disminuyó sus egresos en un 7%.

Al parecer, la mayor disponibilidad de medios de diagnóstico y tratamiento de los hospitales del grupo 2 y su ubicación geográfica en las ciudades cabecera de las regiones de la provincia, los hace actuar como concentradores de la demanda, en desmedro de los hospitales departamentales del grupo 3.

Existen también razones vinculadas con el menor crecimiento económico y demográfico de los departamentos rurales que explican la disminución de los egresos de los hospitales de esos departamentos.

Cuadro 11. Promedio de camas disponibles por grupos de hospitales. Mendoza, años 1990 a 1994

HOSPITAL	1990	1991	1992	1993	1994
Grupo 1	1.065	1.041	1.026	993	986
Grupo 2	878	855	795	805	812
Grupo 3	319	317	316	323	326
Grupo 4	421	433	439	423	409
TOTAL	2.683	2.646	2.576	2.544	2.533

Se aprecia una disminución del 5.6% del número total de camas. El grupo 1 disminuyó 7.4% y el grupo 2 lo hizo en 7.6%. La disminución de camas no es representativa de una política explícita de sustitución de internaciones por procedimientos ambulatorios de diagnóstico y tratamiento.

Cuadro 12. Giro de camas por grupos de hospitales. Mendoza, años 1991 a 1994

HOSPITAL	1990	1991	1992	1993	1994
Grupo 1	33.1	33.7	33.4	34.0	36.9
Grupo 2	33.6	36.3	39.1	40.5	40.7
Grupo 3	35.1	36.1	35.7	32.9	32.0
Grupo 4	3.2	3.8	4.4	3.9	4.2
TOTAL	28.8	29.9	30.5	30.9	32.2

El giro de camas (veces que se ocupa una cama de hospital en el año) es un indicador de eficiencia que mostró un aumento del 11%. Los hospitales que más aumentaron fueron los de complejidad media (21%). Los hospitales de baja complejidad bajaron casi el 6% el giro de camas.

Cuadro 13. Promedio de días de estada por grupos de hospitales. Mendoza, 1990 a 1994

HOSPITAL	1990	1991	1992	1993	1993
Grupo 1	9.2	9.1	8.7	8.2	7.5
Grupo 2	5.8	5.6	5.6	5.5	5.4
Grupo 3	4.1	4.2	4.0	3.9	3.9
Grupo 4	101.5	83.2	71.5	82.0	79.5
TOTAL	8.8	8.5	8.4	8.0	7.7

Se aprecia una disminución global de 1 día de promedio de estada y disminuciones algo más significativas en el grupo 1 de hospitales complejos y en el grupo 4 de hospitales psiquiátricos y geriátricos.

El análisis por hospitales muestra que el Hosp. Central mantiene un promedio de días de estada alto (12.4 días) en 1994. El Hosp. Lagomaggiore tiene 6.3 días en el mismo año, promedio que es relativamente bajo porque se incluyen en él los egresos por partos que no suelen pasar de 2-3 días de internación.

En este punto se debe destacar que en los hospitales de alta complejidad, el 15% de los días cama ocupados son de tipo preoperatorio y una cantidad no determinada son postoperatorios, denotando importantes ineficiencias de gestión.

Cuadro 14. Porcentaje ocupacional por grupos de hospitales. Mendoza, años 1990 a 1994

HOSPITAL	1990	1991	1992	1993	1994
Grupo 1	83.8	84.0	79.3	76.4	76.0
Grupo 2	53.8	55.2	60.2	60.8	59.8
Grupo 3	39.8	41.4	39.0	34.9	34.5
Grupo 4	89.0	86.3	86.3	86.7	90.6
TOTAL	69.6	70.0	69.7	67.9	67.8

El porcentaje ocupacional global se mantiene en cifras similares a lo largo del periodo considerado. Los hospitales de alta complejidad del Gran Mendoza tienen alrededor de 80% de ocupación, los regionales de mediana complejidad tienen 60% y los departamentales de baja complejidad no pasan de 35% en conjunto al final del periodo. Los hospitales de enfermos crónicos se manejan con 90% de ocupación.

La escasa ocupación de los hospitales departamentales evidencia su baja capacidad de resolución. Se observa que aún los hospitales regionales de complejidad media están subocupados y que los centrales presentan una ocupación adecuada.

Lo que puede inferirse respecto a esta red de servicios es que tiene poca capacidad de resolver los problemas localmente y utiliza excesivamente la derivación de pacientes a los niveles regionales y centrales.

Es obvio que existen formas distintas a la derivación para superar los problemas derivados de la falta de capacidad resolutoria: atención en otra red de servicios o diferimiento de la atención. En el primer caso el paciente debe hacer frente a los gastos y en el segundo pierde una oportunidad de atención.

Cuadro 15. Nº de partos por grupos de hospitales. Mendoza, años 1990 a 1994

HOSPITAL	1990	1991	1992	1993	1994
Grupo 1*	9.360	9.379	9.184	8.286	7.888
Grupo 2	6.674	7.542	7.395	7.316	7.778
Grupo 3	3.204	3.633	3.411	3.067	2.974
TOTAL	19.238	20.914	19.990	18.669	18.640

* Solo hospital Luis Lagomaggiore

Del análisis del cuadro precedente pueden extraerse las siguientes conclusiones:

- El Hospital Lagomaggiore realizó en 1994 el 42.3% de los partos del sector público. Sin embargo, este último año considerado efectuó 1.472 partos menos que en 1990, lo que representa un 15.8% de disminución.
- Los hospitales del grupo 2 de complejidad media realizaron 1.104 partos más entre 1990 y 1994.



- Es posible inferir que hubo una transferencia de partos hacia los hospitales regionales, cuestión que formaba parte de la política sanitaria en esos años.
- Los hospitales de baja complejidad realizaron 230 partos menos en el periodo, situación de declinación coincidente con otros indicadores de estos efectores.
- Los partos representan el 22.9% de los egresos del sector público.
- El sector público realiza el 57.6% del total de partos (32.379) que se produjeron en Mendoza en 1994.

Cuadro 16. Prestaciones de odontología por grupos de hospitales. Mendoza, años 1990 a 1994

HOSPITAL	1990	1991	1992	1993	1994
Grupo 1	33.834	38.655	38.302	38.100	42.721
Grupo 2	48.740	44.451	39.204	39.702	44.918
Grupo 3	31.150	27.794	28.304	33.743	37.163
Grupo 4	7.518	5.226	3.909	7.006	4.637
TOTAL	121.242	116.126	109.719	118.551	129.439

En relación a la información del cuadro precedente puede observarse:

- Los hospitales del grupo 1 aumentaron en 8.837 las prestaciones odontológicas, lo que representa 26% de incremento. El Hospital Notti realizó 4.693 prestaciones más en el periodo, lo cual significa el 53% del incremento total.
- Los hospitales de los grupos 2 y 4 realizaron menos prestaciones odontológicas.
- Los hospitales del grupo 3 efectuaron 6.113 prestaciones más, es decir aumentaron el 19% su rendimiento odontológico.

Cuadro 17. Prestaciones de laboratorio por grupos de hospitales. Mendoza, años 1990 a 1994.

HOSPITAL	1990	1991	1992	1993	1994
Grupo 1	1.113.573	1.117.900	1.200.155	1.088.974	1.219.540
Grupo 2	494.806	495.923	517.387	449.177	519.779
Grupo 3	211.284	215.198	226.568	219.146	226.502
Grupo 4	43.763	55.865	42.335	44.564	46.899
TOTAL	1.863.426	1.884.886	1.986.445	1.801.861	2.012.720

La información sobre prestaciones de laboratorio permite concluir que:

- El grupo 1 realizó en conjunto 105.967 prestaciones más en el periodo considerado. Algunos hospitales bajaron el número y otro, el Hosp. Lagomaggiore, aumentó en 151.139 los exámenes de laboratorio.
- El resto de los grupos mantuvieron estable la actividad de laboratorio.

- La ratio prestaciones de laboratorio/consulta externa fue en 1994 de 1.13 para el grupo 1, 0.65 para el grupo 2, 0.61 para el grupo 3 y 0.48 para el grupo 4. Es esperable la disminución de este indicador a medida que disminuye la complejidad del establecimiento.

Cuadro 18. Prestaciones de laboratorio en consulta externa e internación por grupos de hospitales. Mendoza, 1994

HOSPITAL	INTERNACION	CONSULTA EXT.	TOTAL
Grupo 1	607.269	612.271	1.219.540
Grupo 2	209.941	309.838	519.779
Grupo 3	33.578	192.924	226.502
Grupo 4	15.301	31.598	46.899
TOTAL	866.089	1.146.631	2.012.720

- En todos los grupos de hospitales las prestaciones de laboratorio en consultas externas superan a las de internaciones.
- Este fenómeno es especialmente notorio en los hospitales del grupo 3, en los que estaría denotando la escasa complejidad, capacidad resolutive y subocupación del sector internación.
- En los hospitales del grupo 4 (psiquiátricos y geriátricos) las prestaciones en consulta externa doblan a las de internación. Se debe mencionar que en estos hospitales el sector de consulta externa funciona casi como un CdeS.

Cuadro 19. Estudios radiológicos totales por grupos de hospitales. Mendoza, años 1990 a 1994

HOSPITAL	1990	1991	1992	1993	1994
Grupo 1	75.048	87.332	92.061	101.046	106.169
Grupo 2	40.687	48.769	47.143	57.513	81.693
Grupo 3	12.763	17.845	19.662	20.342	23.271
Grupo 4	--	--	--	--	--
TOTAL	128.498	153.946	158.866	178.901	211.133

Del análisis del cuadro se puede concluir:

- Los hospitales del grupo 1 aumentaron el 41.5% las prestaciones radiológicas
- Los hospitales del grupo 2 las aumentaron en 100.8%
- Los hospitales del grupo 3 aumentaron un 82.3% las prestaciones radiológicas.
- El conjunto de los hospitales produjo 64.3% mas prestaciones radiológicas.
- Es improbable que este aumento, tanto global como por grupo de hospitales, sea producido solo por un aumento de la demanda real. Otros factores podrian ser la

mayor disponibilidad de insumos y el mayor tiempo de funcionamiento de equipos y una mejor organización para la prestación de los servicios.

Cuadro 20. Estudios radiológicos totales, en consulta externa e internación, por grupos de hospitales. Mendoza, año 1994.

HOSPITAL	INTERNACION	CONSULTA EXT.	TOTAL
Grupo 1	21.854	84.315	106.169
Grupo 2	24.089	57.604	81.693
Grupo 3	2.297	20.974	23.271
Grupo 4	--	--	--
TOTAL	48.240	162.893	211.133

Es posible observar las siguientes cuestiones:

- En el conjunto de hospitales se realizan 2.37 veces mas prestaciones radiológicas en consulta externa que en internación.
- Los hospitales del grupo 1 realizan cuatro veces mas prestaciones radiológicas al sector externo que a la internación.
- Los hospitales del grupo 3 han aumentado 10 veces sus prestaciones radiológicas.
- En este periodo se ha normalizado el funcionamiento o instalado equipamiento en varios establecimientos.
- El número de estudios radiológicos por consulta externa fue de 0.16, 0.12 y 0.07 para los hospitales de los grupos 1, 2 y 3 respectivamente. Promedio: 0.1
- El número de estudios radiológicos por egreso fue de 0.6, 0.7 y 0.2 en los hospitales de los grupos 1, 2 y 3 respectivamente.. Promedio : 0.5.

6.2. Tasas de uso de los servicios

6.2.1. Aspectos generales

Se debe tener en cuenta las características demográficas de la población y su evolución en el tiempo para poder evaluar la demanda de servicios de salud.

Mendoza creció 18.1% en el último periodo intercensal (1980-91), es decir a un promedio de 1.64% anual. La proyección del crecimiento a 1994 es de 1.474.228 habitantes con una distribución porcentual por edades que se muestra en el cuadro siguiente.

Cuadro 21. Distribución de la población por grupos de edad. Mendoza, 1994.

EIDADES						
de 1 año	1 a 4 años	5 a 14 años	15-49 años	50-64 años	> 65 años	Total
433	100.247	325.804	692.887	178.381	144.474	1.474.228

El análisis de la estructura porcentual demuestra que Mendoza tiene 31% de población menor de 15 años (458.484 personas) y 9.8% de población mayor de 65 años (144.474).

La proporción de menores de 15 años es similar a la de Argentina mientras que la de mayores de 65 años es algo mayor (8.4% para el país).

Según el Informe para el Desarrollo Mundial del Banco Mundial (1993), Argentina tendrá en el año 2.025 una población menor de 15 años del 21.7% y una población mayor de 65 de 13.1%. Si aplicamos estos porcentajes a la población de Mendoza en 1994, tendríamos 319.907 niños menores de 15 años y 193.123 mayores de 65 años. Se asume que la población de Mendoza es de características demográficas similares al promedio del país.

La tendencia dominante es una disminución de la base demográfica y un ensanchamiento de la cúspide donde se ubican las personas de mayor edad. Esto supondrá una demanda de servicios de salud diferente de la que se observa actualmente.

A los efectos del estudio se utilizará algunos estándares de demanda de servicios aceptados internacionalmente. Para consultas ambulatorias se acepta que la demanda es en promedio de 4.5 consultas por habitante y año, aunque existen también indicadores diferentes según grupos de edad que no han sido utilizados en este estudio. En cuanto a egresos se adopta el indicador de 9 por cada 100 habitantes por año.

6.2.2. Servicios preventivos

Estos servicios son gratuitos y en principio ofrecidos a toda la población por los establecimientos públicos. Las organizaciones de la seguridad social ofrecen escasos servicios preventivos. Las empresas privadas de medicina prepaga no ofrecen servicios de este tipo.

Debido a que en el sector público no se registran adecuadamente las prestaciones preventivas es muy difícil conocer las tasas de uso y los costos de las mismas.

El programa preventivo de mayor utilización por la población es el de inmunizaciones y alcanza porcentajes de cobertura aceptables.

6.2.1. Servicios ambulatorios

El sector público realizó en 1994 un total de 2.656.016 consultas, esto es 1.77 consultas/habitante/año. En la tabla que sigue se puede observar la población por departamento y el número de consultas totales (hospitales y CdeS) realizadas a la población residente en cada departamento. Las diferencias con el cuadro nº 7 se deben a que en aquel se contabilizaron también las consultas de los CdeS municipales, el Servicio Asistencial Móvil (SAM) y del Centro E. Coni.

Cuadro 22. Población y consultas totales realizadas y esperadas por departamentos según estándar, en establecimientos del sector público. Mendoza, 1994

Departamento	Población	Realizadas	Esperadas	Real./Esperadas
Capital	125.070	331.332	562.815	58.9%
Gral. Alvear	43.908	72.416	197.586	92.3%
Godoy Cruz	185.134	183.074	833.103	22%
Guaymallén	230.669	414.804	1.038.010	40%
Junín	30.099	56.686	135.445	38.9%
La Paz	8.534	17.537	38.403	45.7%
Las Heras	163.091	166.460	733.909	22.7%
Lavalle	28.690	84.350	129.105	65.3%
Luján	84.233	89.308	379.048	23.6%
Maipú	131.564	199.908	592.038	33.8%
Malargüe	23.492	33.785	105.714	32%
Rivadavia	49.192	121.243	221.364	54.8%
San Carlos	25.324	57.980	113.958	50.9%
San Martín	102.888	175.853	462.996	38%
San Rafael	165.504	251.898	744.768	33.8%
Santa Rosa	14.999	31.294	67.495	46.4%
Tunuyán	37.984	87.834	170.928	51.4%
Tupungato	23.853	46.365	107.338	43.2%
Total	1.474.228	2.418.127	6.634.023	36.5%

Estándar: 4.5 consultas/habitante/año

Como conclusión del cuadro anterior se puede extraer lo siguiente:

- El sector público realiza el 36.5% de las consultas que se espera demande la población de Mendoza. El número de consultas supera el que demandaría la población NBI (17.9%) y aún la que debiera realizar la población que se ubica por debajo de la línea de pobreza (30%). Esto significa que el sector público atiende demanda de atención ambulatoria de sectores sociales mas amplios.
- En 5 departamentos las consultas realizadas por el sector público superan el 50% de la demanda esperada. Esto podría deberse a la buena calidad de los mismos, a que no hubiera otros servicios o a fenómenos inexplicables.
- Salvo en Capital, en los departamentos mas urbanizados la tasa de utilización de los servicios públicos es menor, posiblemente porque la población tiene mayor poder adquisitivo y recurre a los servicios privados.
- En los departamentos con mayor proporción de población rural, la utilización del sector público es mayor, posiblemente porque son los únicos disponibles.

No se dispone de datos de consultas ambulatorias del sector obras sociales y privado.

6.2.2. Servicios de internación

Se considerará la información proveniente de los establecimientos públicos con internación ya que son los únicos que proveen información. En el cuadro siguiente la información de egresos ha sido procesada de acuerdo al departamento de residencia del paciente.

Cuadro 23. Egresos por departamento de residencia del paciente, egresos esperados según estándar y relación porcentual entre ambos. Mendoza, 1994.

Departamento	Población	Realizados	Esperados	Real/Esperados
Capital	125.070	3.754	11.256	33.4%
Gral. Alvear	43.908	3.645	3.951	92.3%
Godoy Cruz	185.134	5.697	16.662	34.2%
Guaymallén	230.669	10.335	20.760	49.8%
Junín	30.099	1751	2.709	64.6%
La Paz	8.534	1.056	768	137%
Las Heras	163.091	8.608	14.678	58.6%
Lavalle	28.690	2.239	2.582	86.7%
Luján	84.233	3.315	7.580	43.7%
Maipú	131.564	6.917	11.840	58.4%
Malargüe	23.492	2.121	2.114	100.3%
Rivadavia	49.192	3.231	4.427	73%
San Carlos	25.324	1.841	2.279	80.8%
San Martín	102.888	6.118	9.260	66.1%
San Rafael	165.504	12.092	14.895	81.2%
Santa Rosa	14.999	1.380	1.349	102%
Tunuyán	37.984	3.698	3.418	108%
Tupungato	23.853	1.827	2.146	85.1%
Total	1.474.228	81.489	132.674	61.4%

Del análisis de la información sobre egresos del sector público puede inferirse lo siguiente:

- Los egresos del sector público representan el 61.4% de la demanda esperada de la población de Mendoza. La red de hospitales públicos atiende egresos de población con cobertura o recursos.
- En 12 departamentos el sector público supera la media de 61.4%. Los departamentos con menos peso del sector público en egresos son los del Gran Mendoza.
- En los departamentos rurales el efector estatal resuelve la mayor parte de los egresos debido a su condición de oferta única o a la superior calidad de servicios que ofrece.

7 - Contenido de la PBS

El contenido de la PBS debe estar directamente relacionado con los problemas de salud que mas pesan sobre la población. Hemos observado, según el estudio sobre mortalidad realizado por el Departamento de Epidemiología de Mendoza, que casi el 80 % de las muertes son debidas a las cinco primeras causas identificadas.

Las patologías incluidas en este grupo son susceptibles de ser abordadas con intervenciones eficaces en función de los costos.

En relación a la morbilidad en países en desarrollo demográfico, el estudio de J.L. Bobadilla et al define un conjunto de intervenciones principales para niños y adultos dirigidas a las diez primeras causas de enfermedad, haciendo mención del costo por AVAD evitado. Los dos cuadros siguientes muestran la información referida.

Cuadro 24. Causas de enfermedad en niños en países en desarrollo demográfico en 1990, intervenciones principales y costo por AVAD ganado.

Enfermedades	Intervención principal	Costo por AVAD ganado
Infección respiratoria	TINE	30-100
Morbi-mortalidad perinatal	Atención prenatal y del parto Planificación familiar	30-100 20-150
Enfermedades diarreicas	TINE	30-100
Enf. inmunoprevenibles	PAI mas otras intervenciones	12-30
Malformación congénita	Intervenciones quirúrgicas	Alto
Paludismo	TINE	30-100
Parasitosis intestinal	Programa de salud escolar	20-34
Malnutrición prot-energética	TINE	30-100
Carencia de Vit. A	Suplemento de Vit. A	12-30
Carencia de yodo	Suplemento de yodo	19-37

Referencias:

AVAD: Años de vida asociados a discapacidad.

TINE : Tratamiento integral del niño enfermo

PAI: Programa ampliado de inmunizaciones.

Cuadro 25. Causas de enfermedad en adultos de países en desarrollo demográfico en 1990, intervenciones principales y costo por AVAD ganado.

Enfermedades	Intervenciones	Costo por AVAD ganado
ETS y SIDA	Preservativos + IEC	3-18
Tuberculosis	Quimioterapia breve	3-7
Enfermedad cerebrovascular	Tratamiento de casos	Alto
Morbimortalidad materna	Atención prenatal y del parto	30-110
Cardiopatía isquémica	Control del tabaquismo	35-55
Enf. Pulmonar obstructiva	" " "	35-55
Accidentes de tráfico	Control del alcoholismo	35-55
Trastornos depresivos	Tratamiento de casos	500-800
Peri, mio, endocarditis y miocardiopatía	Tratamiento de casos	Alto
Homicidio y violencia	Control del alcoholismo	35-55

Referencias:

ETS: Enfermedades de transmisión sexual.

IEC: Información, educación y comunicación.

En muchos aspectos la realidad descrita en los cuadros anteriores es similar a la de Mendoza. La determinación de las intervenciones surgirá del estudio de morbilidad y mortalidad previsto en el punto 1 de "actividades para la formulación del PBS".

La consideración de las preferencias de los usuarios tendrá lugar a partir de los datos de la encuesta de opinión prevista en el punto 3 de las actividades programadas para 1997.

8 - Selección de intervenciones y determinación de su costo.

El trabajo ya mencionado de Bobadilla et al realiza un análisis de las intervenciones de salud pública y servicios clínicos a incluir en un "paquete de servicios de salud mínimos" para países de ingresos medios. El cuadro que sigue reproduce el citado análisis.

Cuadro 26. Razones de costo-efectividad de intervenciones de salud incluidas en el PBS de países de medianos ingresos

Salud Pública	Costo x beneficiario	Costo per capita	AVAD ganados x 1000 hab.	Efectividad	Costo AVAD x
PAI +	28.6	0.8	4	0.77	25-30
Programa salud escolar	6.5	0.6	5	0.58	38-43
Control tabaco y alcohol	0.3	0.3	9	0.14	45-55 /
Prevención SIDA	132.3	2.0	15	0.58	13-18
Otras medidas	5.2	3.1	-	-	-
Subtotal		6.9			
Servicios clínicos					
Quimio anti TBC	275.0	0.2	6	0.51	5-7
TINE	8.0	1.1	21	0.25	50-100
Planificación familiar	20.0	2.2	6	0.70	100-150
Tratamiento ETS	18.0	0.3	3.7	0.42	10-15
Atención prenatal y obstétrica	255.0	8.8	25	0.42	60-110
Atención limitada	13.0	2.1	-	0.03	400-600
Subtotal	-	14.7	-	-	133
TOTAL		21.5			

Según este estudio, el costo de un conjunto básico de medidas de salud pública y servicios clínicos adecuados para atender las necesidades de salud de la población de una comunidad de ingresos medios (ingreso per capita= \$2.500) es de \$21.5 por habitante/año.

La realidad de Mendoza no es idéntica a la señalada en el trabajo mencionado y por esa razón resulta necesario realizar los estudios de morbilidad y mortalidad.

De acuerdo a las prioridades establecidas por el estudio de morbilidad y mortalidad, se elegirán las intervenciones a incluir en la PBS.

Estas serán las mejores estrategias de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que la técnica permita y los recursos posibiliten, para reducir al máximo posible el impacto de los problemas de salud. Esta definición de "intervenciones" incluye -además- el criterio de costo-efectividad, es decir que deben ser las que obtengan más beneficio en términos de salud en relación a su costo.

Se determinará el costo de las mismas, y esto puede hacerse por:

1 - Costeo de actividades concretas

2 - Costeo de un sistema departamental (hospital, C. de S. y médicos de familia) con capacidad para prestar los servicios del PBS.

Esta actividad se contempla en el punto 2 de "Actividades para la formulación del PBS."

9 - Repercusión de la aplicación del PBS sobre el sistema estatal de salud.

Para evaluar las modificaciones a introducir fundamentalmente en la oferta de servicios es necesario comparar los resultados del análisis efectuado en el punto 6 con las intervenciones incluidas en el PBS.

De este contraste surgirá el perfil que la aplicación del PBS requiere de los servicios en los aspectos de infraestructura, equipamiento, capacitación de recursos humanos e insumos.

Este proceso puede dar lugar a modificaciones en todo el sistema en los rubros señalados.

10 - Financiación del PBS

El Estado como financiador debe asegurarse que los servicios incluidos en el PBS cumplan con dos requisitos:

1 - que la población pobre (NBI) tenga libre acceso a ellos, y

2 - que las intervenciones elegidas sean las más efectivas en función de los costos, cumpliendo de esta forma con la equidad y la eficiencia.

En virtud de la restricción económica, la posibilidad de financiación del PBS supone que las exclusiones se justifican técnicamente y son iguales para toda la población.

Una definición general útil para determinar la financiación del PBS es que el Estado subvencione los servicios preventivos a toda la población y subvencione los servicios clínicos solo a la población carente de recursos o cobertura de otra índole.

Otra recomendación es que el Estado pague a los establecimientos propios por las prestaciones del PBS que realicen a los beneficiarios que previamente se haya definido, abandonando la práctica histórica de asignar fondos por presupuestos históricos a los hospitales.

11. Puesta en práctica del PBS

Las autoridades sanitarias se enfrentan con diversos problemas a la hora de implementar un PBS, algunas de las cuales han sido mencionadas en el punto 3 (Análisis de factibilidad).

Una forma de enfrentar las dificultades incluye una serie de medidas dirigidas a lograr que toda la estructura del sector público de salud tenga como prioridad la prestación del PBS.

Estas medidas básicas son las siguientes:

- Determinar con exactitud cuales son los insumos (equipos, personal, medicamentos y otros) que se requieren para satisfacer el PBS y proceder a su financiación exclusiva, no destinando fondos para otros servicios.
- Establecer normas precisas de diagnóstico y tratamiento para las intervenciones del PBS. No establecer normas para servicios excluidos del PBS.
- Promover la formación de médicos y enfermeras capacitados en la prestación del PBS. En el caso de Mendoza consiste en reforzar el sistema de capacitación de médicos de familia y fortalecer la relación con la escuela de medicina para que se incluya en la formación de grado los contenidos del PBS. Un deficit importante lo constituye la formación de enfermería, profesión en la cual Mendoza no cuenta ni con el número ni con la calidad adecuados.
- Comunicar al público el significado y contenido del PBS, los establecimientos que pueden prestar los servicios y a qué población están dirigidos. En caso de ser necesario, comunicar también los pasos que deben dar los beneficiarios para acceder a los servicios.

12. Etapas de la transición para aplicar el PBS

La realidad actual de Mendoza es que las instalaciones, el equipamiento y el personal no están adaptados a los requerimientos de un PBS.

La estructura sanitaria posee demasiadas camas de internación, con muchas de ellas de alta complejidad. Los médicos están concentrados en las ciudades y faltan en el

campo. La enfermería es escasa en número y de un bajo nivel de capacitación. La asignación del presupuesto de salud estatal está dirigida prioritariamente a los establecimientos hospitalarios, mientras que los CdeS y las acciones preventivas poseen escasa dotación de recursos.

En este escenario puede ser difícil aplicar el PBS de manera rápida ya que sería necesario un cambio cultural del sector y la transformación brusca de no pocos establecimientos.

Por estas razones se hace imprescindible diseñar y poner en práctica una serie de medidas coherentes, estables en el tiempo y consensuadas, que permitirán alcanzar el objetivo en el mediano plazo.

Estas medidas son las siguientes:

- Tomar la decisión de invertir sólo en aquellos recursos físicos y humanos que contribuyan a la implementación del PBS. Desalentar las inversiones en servicios de alta complejidad y en formación de especialistas y superespecialistas.
- Destinar una proporción importante de los gastos corrientes al funcionamiento y mantenimiento de los establecimientos de menor nivel de complejidad que son los que mejor pueden ofrecer la mayor parte de las intervenciones del PBS.
- Tomar la decisión de priorizar los establecimientos situados en las áreas rurales y urbano-marginales, teniendo en cuenta que en esos sitios reside la población con peores indicadores de salud.
- Los sistemas deben funcionar con eficiencia. Un PBS bien diseñado de acuerdo a los patrones de morbilidad y mortalidad puede fracasar si los servicios no son eficientes. Para esto se requiere un adecuado sistema de referencia, un sistema de comunicación y traslados eficiente, un equipo de recursos humanos dispuesto a trabajar en zonas rurales y provisión adecuada y permanente de medicamentos.

13. Términos de referencia y actividades previstas en 1997 para la formulación de un PBS

13.1. Estudio epidemiológico de morbilidad y mortalidad y determinación de las intervenciones a incluir en el PBS.

El estudio se realizará tomando los fundamentos expresados en el punto 5 del presente informe, utilizando los registros estadísticos de morbilidad y mortalidad del Ministerio de Salud y los que el equipo de trabajo pudiera elaborar.

El esquema de los requerimientos es el siguiente:

Recursos humanos	Cantidad	Plazo	Costo unitario (\$)	Total (\$)
Epidemiólogo	2	3 meses	2.000	12.000
Técnico estadísticas	1	3 meses	1.500	4.500
Operador PC	1	3 meses	1.000	3.000
Médico auditor	1	3 meses	2.000	6.000
Médico clínico	1	3 meses	2.000	6.000
Subtotal	6	3 meses	-	31.500

13.1.1. Perfil de los recursos humanos requeridos.

- Médico epidemiólogo: Experiencia profesional mayor de 5 años y conocimiento de la realidad epidemiológica provincial.
- Técnico en estadísticas: Título universitario. Experiencia profesional mayor de 5 años. Conocimiento práctico de la realidad provincial.
- Médico auditor: Experiencia laboral comprobada como auditor de prestaciones médicas mayor de 5 años.
- Médico clínico: Formación profesional mediante residencia en Clínica médica. Experiencia profesional mayor de 5 años.
- Operador de PC : Experiencia laboral comprobada. Manejo del software a aplicar

13.2. Estudio de costo-beneficio del PBS que incluye el costeo de las intervenciones seleccionadas y costeo de la morbimortalidad reducible.

El esquema de los requerimientos es el siguiente:

Recursos humanos	Cantidad	Plazo	Costo unitario	Costo total
Economista	1	3 meses	2.000	6.000
Epidemiólogo	1	3 meses	2.000	6.000
Subtotal	2	3 meses	-	12.000

Este estudio se realizará al finalizar el estudio del punto 1 ya que los resultados del mismo constituyen los insumos del presente.

13.2.1. Perfil de los recursos humanos requeridos

- Economista : Experiencia en economía de la salud mayor de 5 años.
- Epidemiólogo: Idem a 1.2. En ambos casos , conocimiento de la realidad provincial.

13.3. Encuesta de opinión sobre PBS dirigida a usuarios y prestadores de los servicios

Se trata de efectuar una encuesta de opinión a usuarios y prestadores buscando información sobre preferencias, aceptabilidad, contenido, valoración de las intervenciones, etc.

Los requerimientos se muestran en el cuadro siguiente:

Recursos humanos	Cantidad	Plazo	Costo Unitario (\$)	Costo Total (\$)
Equipo de encuestas	1	2 meses	20.000	20.000
Subtotal	1			20.000

13.3.1. Se prevé la contratación de un equipo institucional de reconocida capacidad y experiencia en el diseño y análisis de encuestas de salud.

13.4. Dirección y consultoría del proyecto de PBS.

En este ítem se incluye la dirección global del proyecto y la eventual contratación de servicios de consultoría no previstos en los apartados anteriores, que pudieran ser necesarios de acuerdo al avance del estudio.

El esquema de los requerimientos es el siguiente:

Recursos humanos	Cantidad	Plazo	Costo unitario/mes(\$)	Costo total (\$)
Director	1	6 meses	3.000	18.000
Consultores	a determinar	-		18.000
Subtotal				36.000

13.4.1. Perfil del recurso humano requerido.

- Director: Medico con experiencia en Salud Pública, experiencia laboral comprobada en el área y amplio conocimiento de la realidad sanitaria provincial.

MONTO TOTAL DEL PROYECTO..... \$
99.500