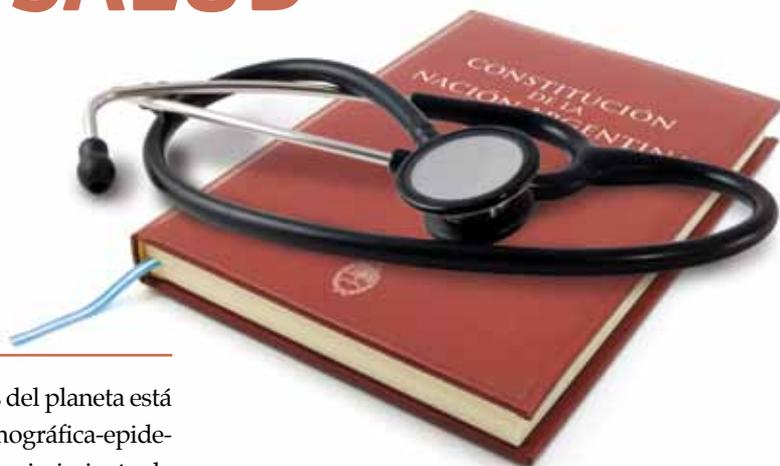


NECESIDADES, DERECHOS Y OBLIGACIONES EN EL SISTEMA DE SALUD



Por Santiago Spadafora

La mayoría de los centros urbanos del planeta está recorriendo una transición demográfica-epidemiológica caracterizada por un envejecimiento de su población y un aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas. Situación que no sólo tiene un impacto directo en la demanda de costosos servicios sanitarios para la atención de pacientes enfermos con patologías complejas, sino que también genera un creciente número de pacientes con diversas secuelas que requieren bienes y servicios para su rehabilitación. Esta situación ha producido un correlativo aumento de los costos de la atención de la salud, lo cual se ve reflejado como un incremento creciente del gasto en salud medido como porcentaje del PBI de los países. Incremento que provoca zozobras y tensiones al momento de decidir cómo asignar los presupuestos públicos entre los diversos ministerios que conforman los gobiernos responsables de administrar los diversos Estados.

En todos los países, los sistemas y servicios de salud han tratado de enfrentar esta verdadera epidemia de enfermedades crónicas (como es el caso de la diabetes, la hipertensión y la enfermedad de Alzheimer) con estrategias de atención primaria de la salud, fundamentalmente con acciones de promoción de hábitos de vida saludables, de diagnóstico precoz, de continuidad en la atención y adhesión a los tratamientos, así como

de prevención de las complicaciones. La idea que subyace en esta estrategia es la de acercar y facilitar los recursos de cuidado de la salud al entorno familiar, para tratar de comprimir la morbilidad hacia las etapas finales de la vida, procurando que hasta ese momento se pueda gozar de una mayor y mejor vida saludable.

Sin embargo, un elemento crítico de la presente transición demográfica-epidemiológica y las estrategias desarrolladas por los sistemas y servicios de salud para enfrentar la epidemia de enfermedades crónicas y su impacto en la calidad de vida de las personas y los costos de la atención de la salud, lo constituye la baja capacidad de los sistemas de salud para gestionar la continuidad de la atención en el marco de verdaderas redes integradas de servicios de salud; baja capacidad para gestionar la complejidad de los pacientes con patologías crónicas, articulando fluidamente las acciones de promoción y prevención, con las de atención y rehabilitación.

Esta baja capacidad de gestión finalmente incide negativamente en el logro de los objetivos de comprimir la morbilidad, disminuir los progresivos aumentos de costos en la atención de las enfermedades, y asignar mejor los recursos hacia

El autor es director de la Especialización en Administración Hospitalaria de Universidad ISALUD.

las actividades de promoción de hábitos y entornos de vida saludables y prevención de daños a la salud de las personas. Esta incapacidad de gestión, sumada tanto al reconocimiento global de la salud como un derecho humano inalienable, así como a la autonomía de la vigorosa presión de la oferta de tecnología de uso sanitario, han conformado los ingredientes de un cóctel explosivo en términos de costos, que ha convertido el gasto en salud en un tema candente de debate en todos los sistemas de salud.

En este marco, el gran desafío no es decir qué hacer, sino cómo hacerlo. Además, es en este punto dónde las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) juegan un papel determinante por su potencial contribución a mejorar la calidad, la equidad y la eficiencia de las prestaciones sanitarias.

Derecho a la salud y la necesidad de las personas

En el contexto anteriormente expuesto, deben considerarse dos aspectos muy relevantes:

- 1) La salud es hoy considerada un bien preferente y un derecho humano inalienable, incluido en numerosas constituciones;
- 2) Las personas sin cobertura social en salud tienen baja capacidad de convertir su necesidad de salud en demanda efectiva de servicios sanitarios.

Amplíemos los conceptos:

1) Bien (o servicio) meritorio (tutelar o preferente): es un bien prioritario para la comunidad por cuanto hace al bienestar general y, por lo tanto, es de interés que todas las personas lo consuman. Además, porque los beneficios de su consumo son superiores a los gozados por el propio consumidor (externalidad positiva).

Derecho a la salud: junto a los derechos económicos y culturales, es reconocido como un derecho social. Los derechos sociales (derecho a un empleo y a un salario, a la protección social, a una vivienda, a la educación y al cuidado de la salud, a un ambiente saludable, de acceso a la cultura y a todos los ámbitos de la vida pública), son conocidos como derechos de “segunda generación”; luego de los derechos civiles, que son los de “primera generación”.

Se trata de derechos propios del Estado Social

de Derecho, que aparecen históricamente como superación del Estado de Derecho Liberal. Los derechos sociales procuran una mayor equidad en las relaciones interhumanas, en la consideración de que no es posible ejercer la libertad si no existen mínimas condiciones materiales de existencia. En este marco, nuestra Constitución Nacional, así como numerosas Constituciones Provinciales, plasman de diverso modo el derecho a la salud. El derecho a la salud también es reconocido en los siguientes Tratados Internacionales con Rango Constitucional (Art.75 inc. 22 de nuestra Constitución):

- El artículo 12, inciso c, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pidesc), adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1966;
- El inciso 1 de los artículos 4 y 5 de la Convención sobre Derechos Humanos; Pacto de San José de Costa Rica, suscrito en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos en 1969.

2) Necesidad de salud: capacidad de las personas, de beneficiarse con prestaciones (bienes y servicios) que las propias ciencias de la salud han establecido como “necesarias” para mantener un estado saludable. Todas las personas tenemos “necesidad de salud” entendida, en la práctica, como la capacidad concreta de beneficiarnos con algún bien o servicio de salud disponible; así decimos que:

- La “necesidad de salud” de una mujer embarazada es recibir, por lo menos, seis (6) consultas durante su embarazo, realizarse una ecografía, recibir la vacuna antitetánica, consumir hierro y atender su parto en una institución de salud con una capacidad de resolución de acuerdo al tipo de embarazo (riesgo);
- La necesidad de salud de un niño menor de un año es recibir, por lo menos, 12 consultas para el control de su desarrollo, recibir la alimentación adecuada y completar el calendario de vacunas;
- La necesidad de salud de un paciente con diabetes es recibir las consultas especializadas de promoción, prevención, atención y rehabilitación que benefician su estado clínico de paciente diabético, así como la medicación antidiabética adecuada;

Los seguros privados de salud no necesitan pensar ni generar dispositivos para convertir la necesidad de salud de su población objeto en demanda efectiva de servicios de salud. Se trata de población con capacidad de hacerlo por sí misma

- La necesidad de salud de un paciente con hipertensión arterial es recibir las consultas especializadas de promoción, prevención, atención y rehabilitación que benefician su situación clínica de paciente hipertenso, así como la adecuada medicación antihipertensiva.
- Y así sucesivamente: la necesidad de salud de una determinada persona está dada por todas aquellos servicios (consultas, prácticas, etc.) y bienes (medicamentos, prótesis, etc.) que benefician su estado de salud y que las instituciones proveedoras de servicios de cuidado de la salud tienen la misión de proveer.

Sin embargo, no todas las personas específicamente mencionadas (mujeres embarazadas, niños menores de un año, pacientes diabéticos e hipertensos) tienen la capacidad de transformar esas necesidades concretas de salud en demanda efectiva de los bienes y servicios que las propias ciencias de la salud han dicho que las benefician. Esto es: los seguros y servicios privados de salud, que asisten a la población de mayores recursos, segmentan su población de usuarios para poder realizar el cálculo actuarial (probabilidad de utilización de servicios) y la selección por riesgo (barreras de ingreso a los pacientes más enfermos), para poder obtener las mayores utilidades posibles. Los seguros privados de salud no necesitan pensar ni generar dispositivos para convertir la necesidad de salud de su población objeto en demanda efectiva de servicios de salud. Se trata de población con capacidad de hacerlo por sí misma.

En cambio, los servicios de salud de propiedad estatal, que asisten a la población de menores recursos y sin otra cobertura social de salud, deberían conocer y segmentar la población a cargo para asegurarse de que transformen su necesidad de salud en demanda de servicios. Los servicios estatales de salud sí necesitan tener claro en su misión que deben pensar y generar dispositivos para convertir la necesidad de salud de su población objeto en demanda efectiva de servicios de cuidados de salud, por cuanto dicha población tiene baja capacidad para hacerlo por sí misma debido a las barreras de acceso extra-institucionales: geográficas, económicas y culturales.

Obviamente, los servicios estatales de salud deben, ante todo, **conocer, gestionar y minimizar la demanda insatisfecha generada por las pro-**

pias barreras de acceso intra-institucionales, así como conocer, respetar y armonizar las necesidades de salud propias de cada cultura. Si la gestión de las instituciones públicas proveedoras de servicios de cuidado de la salud no considera, ni monitorea ni rinde cuentas sobre estos aspectos clave de su misión, contribuirá directamente a que la salud, como un bien preferente y un derecho inalienable de las personas, continúe siendo una mera declamación “política”. Sólo conociendo quién es cada persona, dónde vive, así como los determinantes socio sanitarios de su entorno, es posible conocer la necesidad de salud de la población derechohabiente. Sólo conociendo la necesidad de salud de la población derechohabiente, puede preverse la demanda potencial de servicios de salud y, en consecuencia, facilitarse el ejercicio real del derecho a la salud. Sólo conociendo la demanda potencial deseable, es posible planificar la oferta de servicios de salud (la misión de los servicios de cuidado de la salud).

¿Qué podemos hacer, como servicios públicos de salud, para que las personas más vulnerables ejerzan su derecho a la salud, transformando su necesidad de salud en una demanda de servicios que disminuya su riesgo de enfermar y morir?

Sobre la base de todo lo antedicho, surge como objetivo esencial de los servicios de salud, nominalizar, georeferenciar y segmentar la población a cargo de los servicios de salud de propiedad estatal: la población sin otra cobertura social. Esto es, se debe realizar un censo de salud periódico de la población objeto de la misión de los servicios de salud del primer nivel de atención, para obtener y actualizar un padrón de beneficiarios con información relevante acerca de las variables demográficas, socioeconómicas, culturales y epidemiológicas de dicha población.

Esta información es clave para poder segmentar esta población de derecho en por lo menos cinco categorías, según su riesgo sanitario. La segmentación de la población es absolutamente necesaria para poder establecer las tasas de uso de cada una de las prestaciones de la cartera de servicios de la organización proveedora de servicios de salud y poder así planificar los recursos necesarios para poder brindarla.

Los cinco segmentos principales son:

- Personas sanas sin factores de riesgo: hábitos de vida y entornos saludables;

En cambio, los servicios de salud de propiedad estatal, que asisten a la población de menores recursos y sin otra cobertura social de salud, deberían conocer y segmentar la población a cargo para asegurarse de que transformen su necesidad de salud en demanda de servicios

- Personas sanas con factores de riesgo: hábitos de vida y entornos no saludables;
- Pacientes con enfermedades crónicas sin repercusión orgánica;
- Pacientes con enfermedades crónicas con repercusión orgánica pero que no requieren recursos de rehabilitación;
- Pacientes con secuelas que requieren recursos de rehabilitación.

Si no se nominaliza, georeferencia y segmenta la población sin cobertura social que, por otra parte, en su mayoría presenta una situación de desventaja económica y vulnerabilidad social, no es posible efectivizar el consumo de bienes y servicios que dicha población necesita, particularmente de promoción y prevención, ni es posible garantizar su derecho a la salud.

La contracara de las necesidades de salud de la población “a cargo” es la misión de las organizaciones proveedoras de servicios de cuidado de la salud. Dicho de otro modo, la misión de los hospitales y los centros de salud es producir los resultados que de ellas se espera para satisfacer las necesidades de salud de su población a cargo. Resultados que siempre son: producir todas las prestaciones comprometidas en la cartera de servicios, con calidad, eficiencia y equidad, para satisfacción de los pacientes y quienes prestan el servicio, aportando permanentemente, para cada una de dichas variables, la información necesaria para mejorar los procesos y la estructura que retroalimenten positivamente dichos resultados. Como puede observarse, la necesidad en salud tiene una íntima relación con los servicios de cuidado de la salud que prestamos, por cuanto:

- Somos los servicios de salud y quienes trabajamos en ellos, a través de las diversas disciplinas de la salud, quienes permanentemente definimos cuáles son los bienes y servicios que benefician el estado de salud de las personas;
- Somos los servicios de salud y quienes trabajamos en ellos, quienes tenemos por misión proveer los bienes y servicios que benefician el estado de salud de las personas; bienes y servicios de salud que nosotros mismos hemos dicho que benefician su estado de salud.

Como corolario de lo antedicho, surgen dos consecuencias críticas para la gestión de los servicios de cuidado de la salud:

- La necesidad de salud de las personas no es una entelequia o un concepto abstracto; es la contracara de la misión de las organizaciones donde nos desempeñamos proveyendo servicios de cuidado de la salud. Dicho de otra forma, la necesidad de salud de las personas y la misión de las organizaciones de salud son dos caras de una misma moneda (realidad);
- Para poder cumplir su misión, esto es, para poder desarrollar acabadamente las actividades que son el motivo por el cual existen, las organizaciones de salud deben conocer nominalmente a cada persona que constituye la población de derecho (a cargo) de dicha institución, conocer su edad, su sexo, sus condiciones socio-económicas y su estado de salud; no se conoce la necesidad de salud de la población “a cargo” si no se conoce la edad, el sexo, las condiciones socio-económicas y el estado de salud de cada una de las personas de dicha población a cargo.

Es absolutamente indispensable reconocer la relación que existe entre la necesidad de salud y el derecho a la salud de la población “a cargo”, con la misión de las organizaciones proveedoras de servicios de salud y los procesos que ellas realizan, iniciados necesariamente en un diagnóstico de situación demográfico-epidemiológica (censo de salud). Censo de salud que debiera ser el instrumento sistemático y periódico que permita nominalizar, georeferenciar y segmentar dicha población a cargo, para programar los recursos y garantizar que las necesidades de salud de la población más vulnerable se transformen en demandas efectivas de bienes y servicios, particularmente de promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

Finalmente, hoy es impensable gestionar la articulación entre necesidad y demanda de servicios que benefician el estado de salud de la población vulnerable, sin disponer de un sistema de información de calidad. Hoy esto es técnicamente posible, debido al desarrollo y a la disponibilidad que han alcanzado las TIC. Algún camino en este sentido se está recorriendo muy tibiamente. Sin embargo, para que se alcance la magnitud, la calidad y la sostenibilidad que la situación amerita, falta mayor voluntad política e involucramiento de los actores clave. 

Sobre la base de todo lo antedicho, surge como objetivo esencial de los servicios de salud, nominalizar, georeferenciar y segmentar la población a cargo de los servicios de salud de propiedad estatal: la población sin otra cobertura social