2

RESIDENCIAS DE CARDIOLOGÍA

CONTENIDOS TRANSVERSALES

EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

Material producido por el Área de Docencia de la Sociedad Argentina de Cardiología.

—

Autoría:

Amanda Galli, Marisa Pagés y Sandra Swieszkowski

Colaboradores:

Rubén Kevorkian, Hugo Grancelli, Patricia Blanco, Graciela Gimeno y Daniela Lobianco

Buenos Aires, diciembre 2017

Unidad 2

EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

Propósito: promover la adquisición de conocimientos y habilidades suficientes para que el cardiólogo esté motivado y preparado para

- Ejercer su profesión teniendo en cuenta las características del sistema de salud argentino.

Temario

- Breve historia del sistema de salud en argentina
- Características del sistema actual.
- El gasto en salud en Argentina.
- Prioridades en materia de salud.
- Legislación sobre ejercicio profesional

El Sistema de Salud Argentino[1]

Sistema de salud: un sistema de salud es un modelo de organización social para dar respuesta a los problemas de salud de la población.

Los sistemas de salud no surgieron solos, fueron desarrollados por los países en forma conjunta con las demás estrategias de acción y protección social. Las distintas formas de atención a la salud aparecen relacionadas con los sistemas previsionales y de asistencia social.

En la Argentina, en 1943 se dio el primer paso hacia el reconocimiento de la salud pública como problema de interés específico con la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social que en 1949 se transformó en Ministerio de Salud.

1. El documento ha sido elaborado con base en la siguiente bibliografía:
   - OPS/OMS. Transformando los servicios de salud hacia redes integradas. Elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina. N°71. Año | 2017
   - Arce H. Organización y financiamiento del sistema de salud en la Argentina. MEDICINA (Buenos Aires) 2012; 72: 414-418.
   - Mariana Belló, Victor M Becerril Montekio. Sistema de salud de Argentina. Salud Pública de México, 2011, 53, supl.2-1 Disponible en: http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/06.pdf
   - Ministerio de Salud de la Nación. 2010. El acceso a la salud en argentina III encuesta de utilización y gasto en servicios de salud.
   - Cetrángolo O, San Martín M, Goldschmit A, Quintana L, Aprile M, El sistema de
   - salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros / 1a ed. - Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD, 2011.
   - Ministerio de Salud de la Nación. Programa de Equipos Comunitarios. Módulo 1: Salud y Sociedad.
   - Ministerio de Salud de la Nación. Curso Salud social y comunitaria. Módulo 1 Salud y Sociedad y Módulo 5 Políticas de Salud.
   - González G G, Tobar F. Salud para los argentinos. Ediciones Isalud. 2004.
   - Doval HC. Malestar en la medicina. Insatisfacción y descontento en los médicos. Rev Argent Cardiol 2007; 75: 336-9

Breve Historia del Sistema de Salud en Argentina

Todas las sociedades, cualquiera sea su evolución cultural, cuentan con algún tipo de medicina. En nuestro territorio, la que preexistió a la llegada del conquistador europeo, todavía se mantiene viva en regiones con tradición indígena como la puna norteña, o en poblaciones rurales. El español trajo a América su medicina occidental, representada tanto por los cirujanos que acompañaban las expediciones militares cuanto por quienes -en buena o dudosa ley- ejercieron luego sus artes curativas por los asentamientos coloniales. Desde 1611 la ciudad-puerto tenía un pequeño hospital, limitado primero a la atención de los militares del presidio; una cédula real de 1745 lo convirtió en Hospital General de Hombres, a cargo de los padres betlemitas y sostenido en parte por la caridad pública. Hasta tan lejos se remonta esta recurrente combinación de finanzas oficiales y beneficencia que muchos hospitales y sus "cooperadoras" reproducen en la actualidad.

Hacia 1780 el virrey Vértiz instala en Buenos Aires el Tribunal del Protomedicato, cuyas funciones y facultades permiten considerarlo el primer organismo de salud pública de nuestras tierras.

El Protomedicato era un cuerpo técnico encargado de

- vigilar el ejercicio del arte de curar
- ejercer una función docente
- atender a la formación de profesionales.

El protomedicato del Río de la Platafue la institución encargada de la salud pública y de la formación de médicos desde el 17 de agosto de 1780 hasta el 11 de febrero de 1822. También contaba con un tribunal especial para castigar las faltas cometidas por los facultativos y para perseguir a los curanderos.

El primer protomédico fue Michael O'Gorman (1749?-1819), de origen irlandés, que había estudiado en París y Reims y que llegó al Río de la Plata en 1776. Dictó los primeros cursos en 1801. Los estudios de medicina no lograron atraer interesados: en la camada de 1804 hubo sólo cuatro inscriptos; en las de 1807 y 1810 ninguno. En 1812 sólo tres estudiantes, que practicaban en el ejército, estaban por graduarse.

- 1822 se creó el Departamento de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.
- 1877. Carrera de Ciencias Médicas en la Universidad de Córdoba.
- 1897. Escuela Preparatoria de Medicina en la Universidad de La Plata.
- 1949. Escuela de Medicina en la Universidad Nacional de Tucumán.

EJERCICIO 1

Formación de profesionales médicos.

1) ¿Sabe Ud. cuántas carreras de medicina están funcionando hoy en nuestro país? ¿Tiene idea de cuántos médicos se gradúan por año?

Consulte el Anexo N° 1.

2) ¿Son muchos los médicos que tiene Argentina? Son muchos los cardiólogos en Argentina? Consulte:

- Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud. Los recursos humanos de Salud en Argentina. Año 2015. Disponible en http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos_fuerza_trabajo/RHuS_ARG_2015.pdf
- Borracci R. Número de cardiólogos en la Argentina. Informe basado en el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino. Rev. argent. cardiol. 2014, 82, 4. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/pdf/rac/v82n4/v82n4a12.pdf

3) Comparta con sus colegas y elaboren un resumen y algunas conclusiones. Informe de 300 palabras como máximo.

A comienzos del siglo XIX se inicia la creación de hospitales sobre todo en Buenos Aires por su caudal de población. En general, la intervención del Estado en la salud fue impulsada por las epidemias y grandes catástrofes tanto naturales (sequías, inundaciones y terremotos) como humanas (guerras y revoluciones).

En la Argentina los primeros hospitales públicos surgen para atender a ex combatientes de las campañas del desierto emprendidas por Juan Manuel de Rosas.

En poco tiempo hubo una seguidilla fundacional de hospitales, dispensarios, asilos y pequeñas salas de atención, en todo el territorio nacional, orientados a solucionar los problemas de salud de los grupos de bajos recursos económicos.

Cabe destacar la actividad de las colectividades extranjeras. La medicina mutual -un rasgo peculiar de la Argentina- surge con la incorporación masiva de inmigrantes, que fundan sociedades de socorros mutuos basadas en el agrupamiento por colectividades étnicas. Ya por 1827 los comerciantes ingleses habían establecido una precursora Sociedad Filantrópica y a fin de siglo XIX se advierte el auge de las mutualidades, tales como Hospital Italiano, Español, Británico o Francés. Estas mutuales fueron perdiendo

poco a poco su importancia dentro del sistema, especialmente por el desarrollo avasallador de las obras sociales.

Las obras sociales se iniciaron generalmente vinculadas a la acción de asociaciones gremiales de trabajadores. A partir del año 1940 el Estado toma intervención en el tema y con diferentes medidas de gobierno convalida legalmente la existencia de las "obras sociales" existentes y crea otras nuevas.

El Decreto 30.655/44 crea la Comisión de Servicio Social con la finalidad de "propulsar la implantación de Servicios Sociales en los establecimientos de cualquier ramo de la actividad humana donde se prestan tareas retributivas". Esta normativa alentó indudablemente la gestación y crecimiento de diversas obras sociales sindicales en el mismo momento en que el Estado creaba otras obras sociales por ley o decreto. Ejemplo de estos últimos casos son los decretos 9.644/44 (Ferroviarios), 41.32/47 (Ministerio del Interior). 18.484/48 (Secretaría de Trabajo y Previsión), 18.909/48 (Agricultura y Ganadería) y 39.715/48 (Educación) y las leyes 13.987 y 14.171 (Bancarios),14.056 (Vidrio) y 14.057 (Seguros).

El dictado de la ley 18.610 en el año 1971, ordenó y consolidó con criterio general el régimen de obras sociales de nuestro país. **Establece la obligatoriedad legal de la afiliación de los trabajadores y la contribución pecuniaria a las obras sociales.**

Los prestadores privados son hoy los principales proveedores de servicios asistenciales para los beneficiarios de las obras sociales y han constituido grandes organizaciones representativas de los prestadores de todo el país como la Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados (CONFECLISA), Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), Confederación Odontológica de la República Argentina (CORA) y Confederación Unificada Bioquímica de la República Argentina (CUBRA).

Características del Sistema Actual

El sistema de salud argentino se caracteriza por una excesiva fragmentación, que se da en primer lugar en tres grandes subsectores:

- Público.
- De la seguridad social.
- Privado.

Figura N1. Fragmentación del sistema.

Fuente: https://sites.google.com/site/lasaludcomoderechosocial/el-sistema-de-salud-en-argentina

DIARIO LA NACIÓN. lunes 11 de septiembre de 2017

La división del sistema genera sobrecostos

La salud en la Argentina se trata a través de obras sociales, prepagas y hospitales públicos. "Es un sistema complejo que tiene altos costos de transacción", según el Ministerio de Salud. "Para nosotros es fundamental establecer vasos comunicantes entre las tres partes, para que el gasto sea más eficiente y todos funcionen bien", argumentan. Por ejemplo, se está implementando enlos hospitales públicos la carga digital de las prestaciones de personas con obra social, que además va a pagar la Superintendencia en forma directa.

Por esa superposición, según el especialista Julián De Diego, "se termina generando muy mala calidad en los servicios. Mucha gente que tiene obra social paga además la prepaga, aunque no se triangule". Explica que algunas obras sociales "hicieron una triangulación con el sistema de prepagas, con lo que el trabajador normalmente debe pagar la diferencia. Así, tiene duplicado su gasto de salud para tener una atención razonable".

Fue el presidente de facto Juan Carlos Onganía quien "les dio las obras sociales a los sindicatos. Es el único país del mundo donde se cobra un sistema de salud de manera compulsiva. Hay un sistema parecido en Alemania, donde los sindicatos brindan servicios especiales de salud, pero son voluntarios", dice De Diego. Y concluye con otro llamado de atención: "Hay obras sociales que también se dedicaron al turismo y tienen hoteles, algunos de los cuales terminaron en crisis. Esos fondos, que se tendrían que haber destinado a la salud, fueron para las vacaciones".

"Ése es un tema de larga data", explican en Salud. "En el mundo hay tres sistemas: el inglés (con cobertura gratuita en hospitales, ambulancias y consultas médicas, pero no de medicamentos); el alemán, organizado por actividad, y el americano, de seguros privados. En la Argentina desde hace casi 5 décadas tenemos un mix de los tres. Es complejo y hay que favorecer la intercomunicación de los tres, porque si no los costos de las transacciones son muy altos y sus ineficiencias, también", concluyen.

Esta fragmentación se expresa en

- Distintas fuentes de financiamiento.
- Diferentes coberturas, coseguros y copagos aplicados.
- Diferentes regímenes y órganos de control y fiscalización.

La fragmentación continúa hacia dentro de cada uno de los subsectores[2]:

- El **subsector público**, fragmentado en los niveles Nacional, Provincial y Municipal queda sometido a normativas emanadas de las distintas jurisdicciones. Es importante señalar que la mitad de la población del país no tiene cobertura social y su atención depende exclusivamente del subsector público.
- El **subsector de la seguridad social:** implica cuatro universos diferentes:
  1. **Obras sociales nacionales** (285 en total, con cobertura a una población de once millones) y, entre ellas, una de especiales características: el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (habitualmente conocido como PAMI, siglas de Plan de Atención Médica Integral), que da cobertura a aproximadamente a tres millones de habitantes.
  2. **Obras sociales provinciales** (una por cada provincia y la Ciudad Autónoma deBuenos Aires), que dan cobertura a unos cinco millones de personas.
  3. **Obras sociales de las Fuerzas Armadas y de Seguridad**, cubriendo aproximadamente ochocientas mil personas
  4. **Obras sociales de las universidades nacionales y de los poderes Legislativo y Judicial**, con trescientos veinte mil beneficiarios.
- El **subsector privado**, que, en lo que hace a los seguros voluntarios (medicina prepaga), se halla expresado en numerosísimas entidades, con una población cubierta de aproximadamente dos millones ochocientos mil personas.

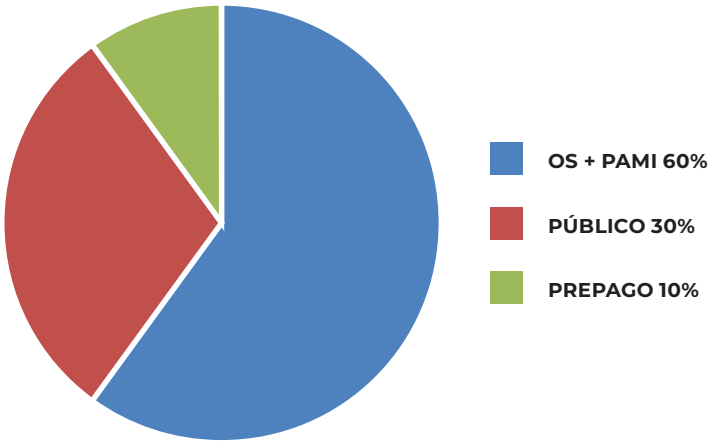
Las obras sociales sindicales, el PAMI y las obras sociales provinciales, en conjunto aportan cobertura a alrededor de 22 millones de personas según las estadísticas disponibles de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Según datos del Censo de 2010 (los últimos disponibles), el 36% de la población no tiene cobertura médica, no tiene seguridad social (PAMI y obras sociales sindicales) ni tiene capacidad para pagar atención privada y se atiende en hospitales y centros de salud públicos.

2. Los datos han sido tomados de
- La salud como derecho social. https://sites.google.com/site/lasaludcomoderechosocial/el-sistema-de-salud-en-argentina (consultado mayo 2017)
- Módulo 5. Políticas de salud. Unidad 2. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación s/f. http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001030cnt-modulo_5_politicas-salud.pdf

El porcentaje de personas que se atienden en hospitales y centro de salud públicos en todo el país esconde importantes desigualdades, ya que hay grandes diferencias entre las provincias. Mientras que en Chubut, Tierra del Fuego y CABA la población que no tiene cobertura es menos del 30%, en Chaco, Formosa y Santiago del Estero es del 50% y más.

Figura N° 2. Porcentaje de la población atendida según subsector



Fuente: Arce H. Organización y financiamiento del sistema de salud en la Argentina. MEDICINA (Buenos Aires) 2012; 72: 414-418.

En síntesis: de cada 10 personas de la población, casi 6 están afiliadas a una obra social, menos de 1 a empresas de medicina prepaga (de forma directa o vía obra social) y 3 no están afiliadas a ningún sistema.

EJERCICIO 2

1. Analice con sus colegas qué obstáculos /problemas advierten en su propia práctica por esta fragmentación /segmentación del sistema de salud argentino.
2. Registren las 2 ó 3 ideas principales que aparezcan en el intercambio de experiencias.

Recursos disponibles

Actualmente el sistema de salud argentino cuenta con 17.485 establecimientos asistenciales incluyendo los de gestión pública, de la seguridad social y del sector privado.

- 14.534 establecimientos sin internación, de los cuales 6.456 son del subsector público. (45%)
- 3.311establecimientos con internación de los cuales 1.271 son del subsector público. (38%)

Cantidad de camas hospitalarias cada 1.000 habitantes[3]. En Argentina hay 4,5 camas cada 1,000 habitantes. Alemania tiene 8,3 camas, España 3,2, Italia 3,5. EEUU: 3
Países de la región: Bolivia: 1,1 camas, Paraguay: 1,3, Colombia: 1,4, Perú: 1,5
Chile: 2, Brasil: 2,3, Uruguay: 3

Cantidad de médicos[4]. En el país hay 166.187 médicos: 3,94 médicos cada 1.000 habitantes.

En la comparación internacional, Argentina aparece posicionada al mismo nivel que varios países como por ejemplo España, Suiza, Italia y Australia.

Argentina duplica la cantidad de médicos cada mil habitantes con que cuenta Brasil, por ejemplo, y casi cuadruplica los de Chile y Perú.

Matrículas de médicos por jurisdicción por 1000 habitantes. Como cada provincia realiza su habilitación para el ejercicio profesional, los profesionales pueden contar con más de una matrícula vigente. Por lo tanto, hay más matrículas que profesionales lo que significa que un médico está trabajando en distintas jurisdicciones. Por ejemplo: en Capital Federal y Vicente López (provincia de Bs As), en Corrientes y Resistencia (Provincia de Chaco). En relación con las matrículas de médicos por jurisdicción, se evidencian disparidades en el ámbito nacional.

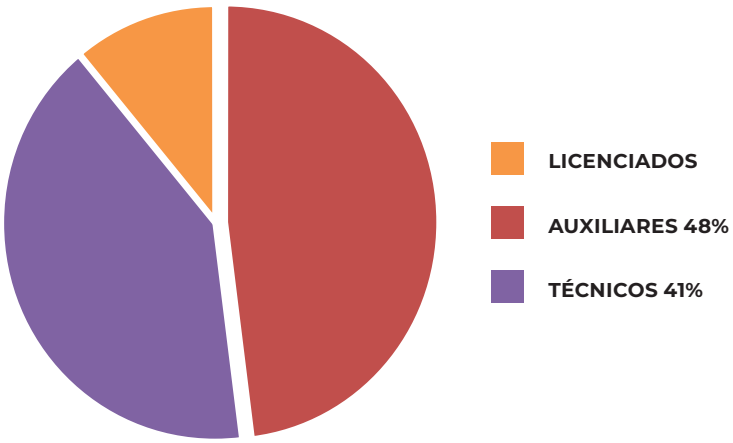
- Media nacional: 5,99 matrículas /1.000 habitantes
- CABA: 31,30
- Misiones : 1,75,
- Patagonia: 5,35
- NOA 3,5 registros

Cantidad de personal de enfermería: 179.175. 4,24 cada 1.000 habitantes. Poco más de la mitad tiene calificación profesional.

3. http://www.indexmundi.com/es/argentina/camas_de_hospital_por_habitante.html

4. Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud. Los recursos humanos de Salud en Argentina. Año 2015. Disponible en http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos_fuerza_trabajo/RHuS_ARG_2015.pdf

Figura N° 3. Porcentaje de personal de enfermería según nivel de formación



Superintendencia de Servicios de Salud. Las Obras Sociales (OS) nacionales son reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) cuyo principal objetivo es el de asegurar el cumplimiento de las políticas del área para sus afiliados.

Las OS nacionales y las Empresas de Medicina Prepaga (EMP) tienen la obligación de cumplir con las prestaciones que establece el Programa Médico Obligatorio (PMO) cuyo cumplimiento es supervisado por la SSS.

Programa médico obligatorio (PMO). Creado por Decreto N° 492/1995. Es una canasta básica de prestaciones. Surgió como un Decreto Nacional en 1995 (y ha sido objeto de diversas modificaciones a lo largo del tiempo). Este Decreto garantiza el acceso de todos los beneficiarios y/o afiliados de Obras Sociales y Prepagas de la Argentina, a una serie de prestaciones.

PMO: obligaciones que toda obra social o prepaga tiene que cubrir como mínimo en cualquiera de sus planes.

El PMO contempla el 95% de las causas de consulta ambulatoria, atención quirúrgica y hospitalaria, atención odontológica, salud mental, rehabilitación y cuidados paliativos.

Por ejemplo:

- cobertura del 40% en todos los medicamentos, y del 70% en los casos de aquellos requeridos para patologías crónicas (como diabetes, hipertensión, asma, epilepsia, hipercolesterolemia, insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, entre otras).
- cobertura del diagnóstico y tratamiento de todas las afecciones de carácter maligno, especialmente de cáncer de mama y de

cuello uterino. 100% para medicamentos oncológicos.

- cobertura 100% de Hemodiálisis y Diálisis peritoneal continua ambulatoria
- tratamientos médicos, psicológicos y medicamentos para personas que vivencon VIH/SIDA.
- cobertura completa desde el inicio del embarazo hasta el primer año de edad del nacido. Cobertura total durante el embarazo, desde exámenes y análisis de rutina, consultas médicas, ecografías y atención del parto.
- cobertura absoluta de los niños durante el primer año de vida: medicaciones específicas, controles, internación y atención ambulatoria. Vacunas obligatorias gratuitas.

El PMO no aplica:

- para el sector público, el cual se regula a nivel provincial y municipal ofreciendo servicios definidos de acuerdo con los criterios establecidos por los diferentes ministerios de salud provinciales.
- para las OS provinciales,
- para el sector privado que no pertenece a esquemas de EPM

En materia regulatoria es relevante destacar el papel de la AdministraciónNacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica –ANMAT- que tiene competencias de carácter nacional para garantizar que los medicamentos y dispositivos médicos a disposición de los ciudadanos sean eficaces y seguros.

3 EJERCICIO

1. Su práctica profesional se desarrolla en el marco regulado por el PMO?
2. En qué medida siente que el PMO condiciona su práctica profesional?
3. Específicamente, para la especialidad Cardiología, qué establece el PMO?

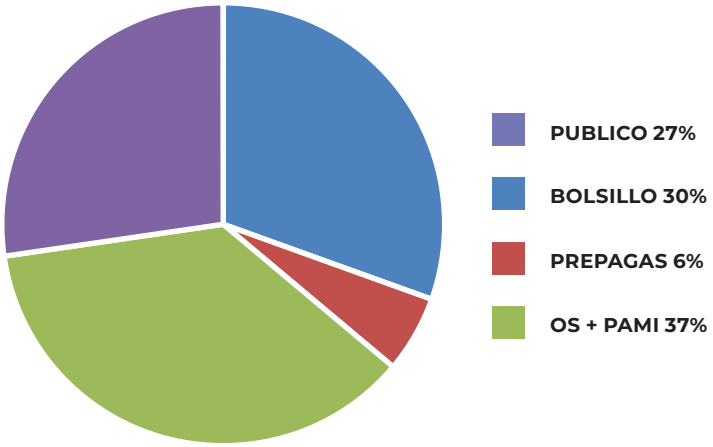
El Gasto en Salud en Argentina

El gasto en salud en Argentina equivale a un 10 % del PBI aproximadamente. Es el más elevado de América Latina y con niveles casi similares a los países desarrollados, pero alrededor de 17 millones de habitantes carecen de cualquier cobertura.

Es imprescindible distinguir entre prestar efectivamente un servicio (ser un prestador) y hacerse cargo del costo de ese servicio (ser un agente financiador.)

- Los hospitales públicos son financiados por las distintas jurisdicciones con fondos obtenidos con el cobro de impuestos a los ciudadanos.
- Las obras sociales financian, los servicios propios y los que contratan, con los fondos de los sindicatos, aportes de los trabajadores y de los empleadores.
- Los prepagos médicos privados se financian con el pago directo de sus asociados y/o con los contratos con las obras sociales.
- También existe un gasto "de bolsillo "que es el que las personas pagan directamente de su bolsillo (por ejemplo compra de medicamentos).

Figura 4. Distribución del Gasto según subsectores.



Fuente: Arce H. Organización y financiamiento del sistema de salud en la Argentina. MEDICINA (Buenos Aires) 2012; 72: 414-418.

Este sistema de salud implica una superposición de dos y hasta tres tipos de coberturas. Mucha gente cuenta con el beneficio de su Obra Social pero utiliza alternativamente ese servicio y el Hospital Público y otras personas - por ejemplo contribuyentes del Monotributo- pagan algún servicio de Medicina Prepaga aunque disponen de Obra Social.[5]

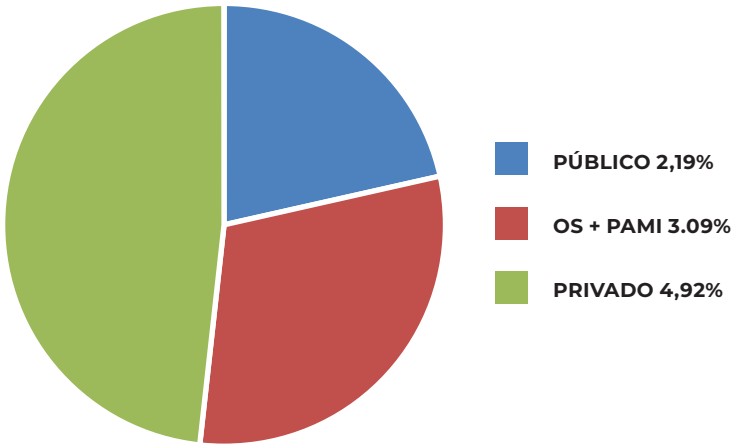
Cuando se analiza el gasto en salud, la pregunta inmediata que surge es: **¿Este gasto es mucho o poco?**[6]

Una de las maneras tradicionalmente empleadas para dimensionar el tamaño del gasto es relacionarlo con el PBI. Para el año 2003, el gasto total del sector fue de un 7,3% del PBI; en 2016 se informó que aproximadamente es del 10%.

Para saber si el gasto en salud en la Argentina es mucho o poco, se puede comparar este indicador con las magnitudes que se observan en otros países. En una muestra de países latinoamericanos y europeos seleccionados se verificó que el gasto en salud varía entre 5,6% y 10,8% del PBI. O sea que Argentina se ubica dentro de ese rango, en el límite superior.

- El gasto público y de la seguridad social representa el 5,28% del PBI. Ese porcentaje se desglosa en 2,19 % del PBI de gasto público y 3,09% del PBI de gasto de la seguridad social.
- El presupuesto nacional transfiere a la salud pública el 0,34% del PBI, los presupuestos provinciales en salud aportan el 1,52% del PBI, y los municipios contribuyen con 0,33% del PBI. Entre los tres, redondean el 2,19% del PBI que corresponde al gasto del subsector público.
- El sector privado representa el 4,92 % del PBI

Figura N° 5. Porcentaje del PBI según subsectores.



Fuente: elaboración propia con datos
http://www.ieps.com.ar/es/template.php?file=notas/2011/11/11_11_03_El-gasto-salud-en-Argentina.html

5. Barreiro S. Pobres y pudientes. Salud pública y salud privada. http://www.idaes.edu.ar/margenes/N1/Pobres_y_pudientes_Salud_publica_y_salud_privada.pdf

6. http://www.ieps.com.ar/es/template.php?file=notas/2011/11/11_11_03_El-gasto-salud-en-Argentina.html

En Argentina se destinan anualmente 658 dólares por habitante para la atención de la salud; la cifra es una de las más altas de América Latina y llega a triplicar la de países con un grado de desarrollo económico similar. Chile:336 dólares por habitante. Brasil: 267 dólares por habitante.

EJERCICIO 4

1. Compare las figuras 2, 3, 4 y 5 ¿qué consideraciones se pueden hacer?
2. En qué medida está de acuerdo con la siguiente frase?

   El progreso técnico de la medicina facilita pero no garantiza, de por sí, el progreso de la salud de la población. Más aún, pueden coexistir mercados de salud muy desarrollados con alta incorporación de tecnología médica y resultados de salud relativamente malos[7]

3. Piense un ejemplo, una situación que se advierta en los servicios de cardiología.
4. Reúnase con sus colegas. Imaginen que ustedes forman parte de una comisión asesora ¿qué propuestas presentarían para el mejoramiento del sistema de salud? ¿qué cambios serían necesarios para que el sistema fuese más equitativo?

Resultados alcanzados en materia de salud de la población

Es importante aclarar que no existe un consenso claro acerca de cómo medir la eficiencia de un sistema sanitario pero en general se entiende que cuanto mejores son las tasas de morbilidad, y de mortalidad infantil y materna, mejor es la calidad del sistema.

Si bien toda la población tiene acceso a los servicios ofrecidos por el sector público, los logros alcanzados en salud parecen insuficientes comparados con los recursos asignados al sector.[8]

7. González G G, Tobar F. Salud para los argentinos. Ediciones Isalud. 2004.
8. Ministerio de Salud de la Nación. 2010. El acceso a la salud en argentina III encuesta de utilización y gasto en servicios de salud.
- Cetrángolo O, San Martín M, Goldschmit A, Quintana L, Aprile M, El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros / 1a ed. - Buenos Aires: P grama Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD, 2011.

Hugo Arce destaca que: "*Comparando el gasto de la Argentina con el de otros países latinoamericanos, se observa que tiene el mayor gasto en dólares de la Región. Sin embargo, la mayor dimensión del gasto no se refleja en mejores resultados sanitarios, ya que al menos Chile, Uruguay y Costa Rica tienen mejores indicadores de morbimortalidad que la Argentina*" ([9]).

Se observan inequidades en los resultados en salud, en el nivel de gasto, así como en las condiciones humanas y materiales para el acceso efectivo a los serviciosen los diversos territorios y grupos poblacionales de la nación. Por ejemplo:

Tasa de Mortalidad ajustada por edad. Cada 1.000 habitantes:

- Buenos Aires: 7
- CABA : 5,5
- Chaco: 8,3
- Córdoba: 6,3
- Misiones 7,5
- Neuquén: 5,9
- San Juan: 6,3
- Santa Cruz: 7,4
- Tucumán: 7,1

Indicadores Básicos. Argentina. Publicados en 2014[10]. Los datos corresponden a años anteriores.

- Esperanza de vida al nacer Ambos sexos. 75,34 años
- Tasa bruta de mortalidad general, 7,7 por 1.000 habitantes
- Tasa bruta de natalidad 17,7 por 1.000 habitantes.
- Porcentaje de recién nacidos con un peso al nacer menor a 1.500 g.: 1,1%
- Porcentaje de muertes neonatales reducibles 61 %
- Porcentaje de muertes post-neonatales reducibles 66,8%
- Tasa de mortalidad infantil 11,1 por 1.000 nacidos vivos.
- Tasa de mortalidad de menores de 5 años: 13 por 1.000 nacidos vivos.

9. Arce H. Organización y financiamiento del sistema de salud en la Argentina. MEDICINA (Buenos Aires) 2012; 72: 414-418.

10. http://www.paho.org/arg/images/gallery/indicadores/indicadores_2014_opsarg.pdf

EJERCICIO 5

1. Analice con sus colegas los recursos disponibles y los resultados.

- ¿Cuáles serían posibles razones de las diferencias en las tasas de mortalidad en las distintas jurisdicciones? ¿Qué relaciones pueden establecer con los Factores determinantes de la Salud?
- ¿Cuáles serían posibles razones de la mala distribución de los médicos en el país?
- ¿Qué condiciones serían indispensables para lograr una mejor distribución de los médicos?

2. Redactar un informe- 500 palabras como máximo- con las conclusiones o ideas principales debatidas en los ejercicios 1, 2, 3 y 4.

Prioridades en Materia de Salud

Se entiende como funciones de la salud pública al conjunto de actuaciones que deben ser realizadas para mejorar la salud de las poblaciones.

Dentro del conjunto de todas las actuaciones y responsabilidades de la salud pública es conveniente definir subconjuntos con objetivos o tareas específicas: funciones esenciales.

Funciones esenciales de Salud Pública

FESP 1: Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud

FESP 2: Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública

FESP 3: Promoción de la salud

FESP 4: Participación de los ciudadanos en la salud

FESP 5: Desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de salud pública

FESP 6: Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública

FESP 7: Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios

FESP 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública

FESP 9: Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva

FESP 10: Investigación en salud pública

FESP 11: Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud

Para mayores detalles sobre las acciones que corresponden a cada FESP consultar el Anexo N° 2.

DIARIO LA NACIÓN 5 de septiembre de 2017

Monitorean en el país marcapasos que pueden sufrir ataques cibernéticos

La Anmat está supervisando en el país la situación de los marcapasos hackeables marca Abbot.
La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (Anmat) está monitoreando en el país la situación de los marcapasos de la marca Abbot, cuyo código fuente -según reveló la FDA estadounidense- es vulnerable, aunque aún no se han reportado efectos adversos en los dispositivos, informó el organismo.

"Esta Administración Nacional se encuentra monitoreando en el país la situación" de los cinco modelos de marcapasos Abbot vulnerables "a través del área de Tecnovigilancia de la Dirección de Productos Médicos, sin tener a la fecha ningún reporte de efectos adversos asociados a posibles hackeos a dichos dispositivos", afirmó a Télam una vocera del organismo.

La semana pasada, la fabricante de marcapasos recomendó a casi 500.000 pacientes en los Estados Unidos que controlen los aparatos que tienen colocados junto al corazón, tras alertar que el código que controla su funcionamiento es hackeable. La firma emitió hace una semana un "aviso de ciberseguridad importante" dirigido a médicos en el que alerta sobre las vulnerabilidades de cinco modelos de sus dispositivos, que corren el riesgo de sufrir accesos "sin autorización" a sus sistemas, y recomendó la actualización del firmware, como se conoce a las instrucciones informáticas que establecen el funcionamiento básico de los aparatos, para eliminar esta vulnerabilidad.

"Si hubiera un ataque exitoso, una persona no autorizada (por ejemplo, un atacante cercano) podría acceder y emitir órdenes al dispositivo médico implantado a través de la capacidad de transmisión de radiofrecuencia (RF), y esos comandos no autorizados podrían modificar los ajustes del dispositivo (por ejemplo, detener el ritmo) o afectar la funcionalidad del dispositivo", explicó.

El marcapasos es un dispositivo que se coloca quirúrgicamente junto al corazón y que, mediante señales eléctricas, regula la estimulación del corazón y mantiene la frecuencia cardíaca adecuada a las necesidades de cada momento

.

EJERCICIO 6

- ¿A qué FESP corresponde la intervención del ANMAT que se informa en la nota periodística?

En la actualidad (2015-2019), se han propuesto como prioridades:

- cobertura universal en salud
- desarrollar una agencia de evaluación de tecnologías sanitarias
- un sistema de acreditación de la calidad.

Estas propuestas requerirán –más que de recursos financieros- de la capacidad de concitar acuerdos entre los diversos un acceso equitativo a similares servicios de salud en términos de oportunidad y calidad, independientemente de la condición laboral, residencia y/o nivel de ingresos.

La cobertura universal de salud (CUS),[11] establecida por Resolución 475/**2016**, tiene por objetivo que todos los individuos, especialmente los más vulnerables, tengan acceso, a lo largo de su vida, a servicios de salud de calidad sean de promoción, prevención, curación, rehabilitación o cuidados paliativos.

Es una iniciativa para la reformulación del sistema sanitario argentino que apunta a lograr mayor eficiencia y transparencia. Se busca corregir la fragmentación del sistema que se caracteriza por la existencia de tres subsectores (público, privado y seguridad social) y por la superposición de funciones de las distintas jurisdicciones (nación, provincias y municipios). También se procura corregir la fragmentación de los programas, con financiamiento nacional y/o internacional, del propio Ministerio de Salud de la Nación.

En un trabajo coordinado entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Modernización de la Nación se está diseñando un ***documento nacional de salud***. Ya se ha creado un padrón que inicialmente está compuesto por los 16 millones de beneficiarios inscriptos en programas de medicamentos y los 12,7 millones de personas que forman parte del programa SUMAR [12].

Uno de los pilares de la atención sanitaria en el primer nivel de atención es la distribución de los medicamentos esenciales que anteriormente se realizaba a través del Programa Remediar. Se piensa optimizar y ampliar esa prestación para las personas

11. http://www.msal.gob.ar/sumar/images/stories/pdf/rg-6-2017.pdf

12. Para más información sobre SUMAR ver Anexo 3

más vulnerables. Ya está en marcha la licitación pública para la adquisición de los medicamentos esenciales. Los medicamentos serán entregados en los mismos puntos del país que antes.

Además existe un proyecto de Ley que propone la creación de una Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías en Salud (AGNET). Esta agencia tendría la responsabilidad de realizar estudios y evaluaciones de medicamentos, equipos e instrumentos técnicos, procedimientos clínicos y quirúrgicos y de modelos organizativos con el fin de determinar la oportunidad y el modo de incorporación, su uso o exclusión del Plan Médico Obligatorio.

7 EJERCICIO

1. ¿Cree ud. que el gobierno nacional podrá organizar un modelo de atención que se aplique en todo el territorio nacional? ¿Cuáles son los principales obstáculos? ¿Cuál sería una buena estrategia para lograrlo?
2. ¿Superar las inequidades es sólo cuestión de mayor presupuesto? Por qué?

Legislación sobre ejercicio profesional[13]

En la República Argentina, el ejercicio profesional de la medicina está regido por la Ley Nacional N° 17.132 sancionada en enero de 1967, bajo un gobierno de facto. Esta misma ley también rige el ejercicio de la odontología y de aquellas profesiones que, durante esos años eran consideradas actividades auxiliares de colaboración.

Esta ley ha sufrido numerosas modificaciones y ampliaciones, que respondieron a las diferentes tendencias y paradigmas, pero nunca fue derogada y es la vigente en la actualidad.

La ley 17.132 en su artículo 2, explicita a qué acciones se las considera "ejercicio profesional". En este sentido dentro del ejercicio profesional de la medicina se contemplan acciones tales como anunciar, prescribir, indicar o aplicar cualquier procedimiento, directo o indirecto de uso de diagnóstico, pronóstico y/o tratamiento de

13. Textos tomados de Tauro N. La educación superior en Salud. Un abordaje desde los marcos normativos. Del hospital ediciones. Buenos Aires 2015.

las enfermedades de las personas o a la recuperación, conservación y preservación de la salud, el asesoramiento público o privado y las pericias que practiquen los profesionales.

La ley utiliza dos términos que se presentan como garantía de formación académica: *títulos y certificados habilitantes*. Estos deberán ser presentados a la Secretaría de Estado de Salud Pública (hoy Ministerio de Salud), la que autorizará el ejercicio profesional otorgando la matrícula y extendiendo la correspondiente credencial.

En las provincias –como la Argentina es un país federal- las matrículas son expedidas por los ministerios o secretarías de Salud, que en la mayoría de los casos delegan esta acción a los Colegios Médicos. Por ejemplo, en la provincia de Buenos Aires, la matriculación está delegada a los Colegios Médicos de cada jurisdicción. La matrícula es jurisdiccional, por lo que debe renovarse con cada cambio de domicilio profesional en donde se ejerce.

Obligaciones y prohibiciones de los médicos. La Ley N° 17.132 de 1967 explicita detalladamente a qué están obligados los profesionales que ejercen la medicina (Arts. 19 y 20) y qué les está prohibido.

A continuación se transcriben algunos ejemplos de los que figuran en el texto de la ley.

Los médicos están obligados a:

- Prestar la colaboración que les sea requerida por las autoridades sanitarias, en caso de epidemias, desastres u otras emergencias
- Respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse, salvo los casos de inconsciencia, alienación mental, lesionados graves por causa de accidentes, tentativas de suicidio o tentativas de delitos. En las operaciones mutilantes se solicitará la conformidad por escrito del enfermo, salvo cuando la inconsciencia o alienación o la gravedad del caso no admitiera dilaciones. En los casos de incapacidad, los profesionales requerirán la conformidad del representante del incapaz.
- No llevar a cabo intervenciones quirúrgicas que modifiquen el sexo del enfermo, salvo que sean efectuadas con posterioridad a una autorización judicial.
- Extender los certificados de defunción de los pacientes fallecidos bajo su asistencia, debiendo expresar los datos de identificación, la causa de la muerte, el diagnóstico de la última enfermedad deacuerdo con la nomenclatura que establezca la Secretaría deEstado de Salud Pública (hoy Ministerio de Salud) y de los demás datos que con fines estadísticos les fueran requeridos por las autoridades sanitarias.
- Fiscalizar y controlar el cumplimiento de las indicaciones que imparta a su personal auxiliar y, asimismo, que estos actúen estrictamente dentro de los límites de su autorización, siendo solidariamente responsables si por insuficiente o deficiente control de los actos por estos ejecutados resultare un daño para terceras personas.

Los profesionales médicos tienen prohibido:

- Anunciar o prometer la conservación de la salud.
- Anunciar procedimientos, técnicas o terapéuticas ajenas a la enseñanza que se imparte en las facultades reconocidas del país.
- Anunciar agentes terapéuticos de efectos infalibles.
- Aplicar en su práctica privada procedimientos que no hayan sido presentados o considerados o discutidos o aprobados en los centros universitarios o científicos reconocidos del país.
- Anunciar por cualquier medio especializaciones no reconocidas por la Secretaría de Estado de Salud Pública (hoy Ministerio de Salud).

A finales del siglo pasado y en los inicios del presente han surgido nuevas legislaciones: se han actualizado las vinculadas a la donación de órganos, se legislaron los *derechos del paciente* y han surgido la llamada "Ley de Muerte Digna" entre muchas otras.

En el Anexo 4 puede consultar una lista de Leyes vinculadas a la atención de la salud.

Lectura recomendada

MODULO 1 | SEDE FLACSO

PARTE 3. Sistema de Salud: Conformación del Sistema de Salud en la Argentina.

PARTE 5. Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP).

http://salud.ciee.flacso.org.ar/files/flacso/pdf/Modulo1.pdf

TERMINAMOS!!!

Anexo 1

FACULTADES DE MEDICINA – ARGENTINA 2017

CARRERAS DE MEDICINA SEGÚN UBICACIÓN GEOGRÁFICA[14]

Ubicación geográfica	Universidad – Carrera de Medicina	Gestión
Ciudad de Buenos Aires	Universidad de Buenos Aires	Estatal
	Universidad del Salvador	Privada
	Universidad Abierta Interamericana	Privada
	Favaloro	Privada
	UCES	Privada
	CEMIC	Privada
	UCA	Privada
	Hospital Italiano de Buenos Aires	Privada
	Fundación Barceló	Privada
	Maimónides	Privada
	ISALUD	Privada
Conurbano bonaerense	La Matanza	Estatal
	Jauretche	Estatal
	Morón	Privada
Provincia de Buenos Aires	Austral (Pilar)	Privada
	Universidad Nacional de La Plata	Estatal
	Universidad Nacional de Mar del Plata	Estatal
	FASTA (Mar del Plata)	Privada
	Universidad Nacional Centro de la PBA (Olavarria)	Estatal
	Universidad Nacional Del Sur (Bahía Blanca)	Estatal
Provincia de Santa Fe.	Universidad de Rosario	Estatal
	Universidad del Litoral (Santa Fe)	Estatal
	Universidad Abierta Interamericana (Rosario)	Privada
	IUNIR –Instituto Universitario Italiano de Rosario	Privada

14. Documento elaborado por Lic. Amanda Galli. junio 2017. Fuentes: Anuario estadístico Ministerio de Educación de la Nación – Sitios WEB de las universidades – Ministerio de Salud de la Nación (Observatorio de Recursos Humanos)

Provincia de Entre Ríos	Universidad Adventista del Plata	Privada
	Universidad Nacional de Entre Ríos	Estatal
	Universidad de Concepción del Uruguay	Privada
Provincia de Córdoba	Universidad Nacional de Córdoba	Estatal
	Universidad Católica de Córdoba	Privada
	Instituto Universitario de Ciencias Biomédicas de Córdoba	Privada
	Universidad Nacional De Villa María	Estatal
Región del Nuevo Cuyo	Universidad Nacional de Cuyo (Mendoza)	Estatal
	Universidad del Aconcagua (Mendoza)	Privada
	Universidad Mendoza (Mendoza)	Privada
	Católica de Cuyo sede San Juan	Privada
	Católica de Cuyo sede San Luis	Privada
	Universidad Nacional de La Rioja	Estatal
	Fundación Barceló (La Rioja)	Privada
Región Nordeste	Universidad Nacional de Corrientes	Estatal
	Universidad Nacional del Chaco Austral	Estatal
	Fundación Barceló (Santo Tomé- Corrientes)	Privada
	Universidad Católica de Misiones	Privada
Región Noroeste	Universidad Nacional de Tucumán sede Tucumán	Estatal
	Universidad Nacional de Tucumán sede Salta	Estatal
Patagonia	Universidad del Comahue (Cipolletti – Rio Negro)	Estatal
	Universidad San Juan Bosco (Comodoro Rivadavia)	Estatal
TOTAL	**46 carreras de medicina**	**20 estatales y 26 privadas**

CANTIDAD DE EGRESADOS – MÉDICOS

Año de egreso	Cantidad de médicos
2007	5.139
2008	5.549
2009	5.596
2010	5.416
2011	4.854
2012	5.127
2013	4.624

Fuente: Ministerio de Salud . Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud. Los recursos humanos de salud en Argentina. Año 2015

Anexo 2

FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA.[15]

1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación en salud:

- Evaluación de la situación y las tendencias de salud del país y de sus factores determinantes, con atención a las desigualdades existentes entre los distintos grupos.
- Manejo de estadísticas vitales y de la situación de grupos de riesgo.
- Generación de información para la evaluación de desempeño de los servicios.
- Identificación de recursos disponibles que puedan mejorar la promoción de la salud y la calidad de vida.
- Desarrollo de la tecnología para el manejo y difusión de la información.
- Definición y desarrollo de mecanismos de evaluación de la calidad.

2. Vigilancia de la Salud Pública y control de riesgos y daños:

- Capacidad para llevar a cabo la investigación y vigilancia de brotes epidémicos y los modelos de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, factores de comportamiento, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales perjudiciales para la salud.
- Desarrollo de infraestructura apropiada para conducir la realización de análisis e investigación epidemiológica en general.
- Instalación y apoyo a laboratorios de capaces de realizar análisis rápidos y de procesar un alto volumen de pruebas para la identificación y el control de nuevas amenazas.
- Desarrollo de programas activos de vigilancia epidemiológica y de control de enfermedades infecciosas.
- Vinculación con redes internacionales que permitan afrontar conjuntamente problemas de salud de mayor interés.
- Fortalecimiento de la autoridad sanitaria a nivel local para generar respuestas rápidas ante eventuales problemas de salud o de riesgos específicos.

3. Promoción de la Salud, con énfasis en Enfermedades no transmisibles:

- Fomento de los cambios en los modos de vida y en las condiciones del entorno para impulsar el desarrollo de una cultura de la salud.
- Fortalecimiento de alianzas intersectoriales para hacer más eficaces las acciones de promoción.
- Evaluación del impacto en la salud de las políticas públicas.
- Desarrollo de acciones educativas y de comunicación dirigidas a promover modos de vida, comportamientos y ambientes saludables.

15. http://www.msal.gob.ar/fesp/index.php/las-fesp/funciones-esenciales-de-salud-publica

- Reorientación de los servicios de salud con el fin de desarrollar modelos de atención que favorezcan la promoción.

4. Participación de la Comunidad, principalmente a través de la estrategia de Municipios Saludables:

- Refuerzo del poder de los ciudadanos para formar parte activa del proceso dirigido al desarrollo de comportamientos y ambientes saludables.
- Apoyo a la participación de la comunidad organizada en las decisiones y acciones relativas a los programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud.

5. Desarrollo de Políticas y Capacidad institucional de Planificación y gestión en Salud:

- Definición de objetivos de salud pública en todos los niveles, que sean medibles y congruentes con un marco de valores que promueva la igualdad.
- Desarrollo, seguimiento y evaluación de las decisiones de política sanitaria a través de un proceso participativo coherente con el contexto político y económico en el que se desarrollan.
- Capacidad institucional para la gestión de los sistemas de salud pública, con especial interés en los procesos de construcción, ejecución y evaluación de iniciativas dirigidas a resolver los problemas de salud de la población.
- Desarrollo de competencias para la adopción de decisiones, basadas en pruebas que incorporen su planificación y evaluación, la capacidad de liderazgo y de comunicación eficaz, el desarrollo organizativo y la gestión de los recursos.
- Desarrollo de la capacidad de gestión de la cooperación internacional en materia de salud pública.

6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de Regulación y Fiscalización en Salud:

- Capacidad institucional para el desarrollo del marco regulatorio con el fin de proteger la salud pública y su fiscalización.
- Capacidad para generar nuevas leyes y reglamentos dirigidos a fomentar el desarrollo de entornos saludables.
- Protección de los ciudadanos en sus relaciones con el sistema de salud.

7. Evaluación y Promoción del acceso equitativo a los servicios de Salud:

- Promoción de la equidad en el acceso efectivo de todos los ciudadanos a los servicios de salud.
- Desarrollo de acciones dirigidas a superar obstáculos de acceso a las intervenciones y a facilitar la vinculación de grupos vulnerables a los servicios de salud.
- Seguimiento y evaluación del acceso a los servicios de salud por medio de proveedores públicos y/o privados, adoptando un enfoque multisectorial, multiétnico y multicultural con el fin de resolver las desigualdades en la utilización de los servicios.
- Colaboración con instituciones gubernamentales y no gubernamentales con el fin de fomentar el acceso equitativo a los servicios de salud.

8. Desarrollo de Recursos Humanos y capacitación en Salud:

- Identificación de un perfil para los recursos humanos adecuado para la asignación de los servicios de salud pública.
- Educación, capacitación y evaluación del personal con el fin de prepararlos para identificar las necesidades, enfrentarse eficazmente a los problemas prioritarios de la salud pública y evaluar adecuadamente las acciones en materia de salud pública.
- Definición de requisitos para la acreditación de profesionales de la salud y adopción de programas de mejoramiento continuo de la calidad.
- Formación de alianzas activas con programas de perfeccionamiento profesional para los estudiantes, así como la formación continua en materia de gestión de los recursos humanos y desarrollo del liderazgo.
- Desarrollo de capacidades para el trabajo interdisciplinario y multicultural.
- Formación ética del personal con especial atención a principios y valores tales como la solidaridad, la igualdad y el respeto a la dignidad de las personas.

9. Garantía de calidad en servicios de salud individuales y colectivos:

- Incorporación de sistemas de evaluación y mejoramiento de su calidad.
- Fomento de la elaboración de normas sobre las características básicas que deben tener los sistemas de garantía y mejoramiento de la calidad.
- Definición, explicación y garantía de los derechos de los usuarios.
- Instauración de un sistema de evaluación de tecnologías que colabore en los procesos de adopción de decisiones del sistema y contribuya a mejorar su calidad.
- Utilización de la metodología científica para la evaluación de intervenciones de diverso grado de complejidad.
- Incorporación de sistemas de evaluación de satisfacción de los usuarios y su utilización para mejorar la calidad de los servicios.

10. Investigación desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud:

- Investigación dirigida a aumentar el conocimiento que apoye la adopción de decisiones.
- Ejecución y desarrollo de soluciones innovadoras en la materia cuyo impacto pueda ser medido y evaluado.
- Establecimiento de alianzas con centros de investigación e instituciones académicas, con el fin de realizar estudios que apoyen la adopción de decisiones de la autoridad sanitaria.

11. Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud:

- El desarrollo de políticas, la planificación y realización de acciones de prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación temprana para reducir el impacto de los desastres sobre la salud pública.
- Enfoque integral con relación a los daños y la etiología de todas y cada una de las emergencias o desastres posibles en la realidad del país.
- La participación de todo el sistema de salud y la más amplia colaboración intersectorial e interinstitucional en la reducción del impacto de emergencias o desastres.
- La gestión de la cooperación intersectorial e internacional en la solución de los problemas de salud generados por emergencias y desastres.

Anexo 3

PROGRAMA SUMAR[16]

¿Qué es el **Programa SUMAR?**[16]

En 2012 el Gobierno Nacional lanzó el Programa SUMAR, dirigido a niños y niñas, adolescentes, embarazadas y mujeres hasta los 64 años, sin obra social, para mejorar y profundizar su atención en los establecimientos públicos de salud.

Con el Programa SUMAR, el Ministerio de Salud de la Nación se propone como objetivos: disminuir la tasa de mortalidad infantil y materna, profundizar el cuidado de la salud de los niños/as en toda la etapa escolar y durante la adolescencia, mejorar el cuidado integral de la salud de la mujer a través de controles preventivos y reducir las muertes por cáncer cérvico uterino y por cáncer de mama.

El Programa SUMAR cuenta con el antecedente del Plan NACER, plan materno-infantil, el cual se implementó en 2005 en las provincias del norte del país, y en 2007 se amplió para toda la Argentina. Los resultados del Plan NACER fueron muy satisfactorios y alentadores, porque se logró la inscripción y cuidado de más de

5 millones de embarazadas y niños/as, y la participación de 7.000 establecimientos de salud que recibieron recursos adicionales con los que mejoraron la calidad de atención.

La implementación del Programa SUMAR no significa que el Plan NACER desaparecerá, sino que el mismo seguirá funcionando como una parte integral y fundamental del Programa SUMAR, y continuará ocupándose de la población de embarazadas y niños/as sin obra social.

16. www.msal.gov.ar/sumar

Anexo 4

LEGISLACIÓN ARGENTINA

Hay un principio general del Derecho que establece que: " Nadie puede, para exculparse de responsabilidad, alegar el desconocimiento de una ley."

El Digesto Jurídico se puede consultar en
http://www.saij.gob.ar/digesto-juridico-argentino

Algunas de las Leyes que regulan la actividad médica. Destacadas algunas leyes de interés para la especialidad.

Ley 12331	Profilaxis de las enfermedades venéreas
Ley 15456	Régimen legal de las enfermedades de notificación obligatoria
Ley 16463	Ley de medicamentos
Ley 17102	Constitución de los Servicios de atención medica integral para la comunidad
Ley 17180	Medidas sanitarias aplicables en tránsito internacional e interprovincial
Ley 17259	Prevención de la endemia bociosa
Ley 17557	**Equipos de Rayos X - Normas para la instalación y utilización de equipos**
Ley 17683	**Farmacia – Expendio de medicamentos**
Ley 17818	Régimen de Estupefacientes
Ley 18284	Código alimentario argentino
Ley 19303	Ley de Sicotrópicos
Ley 19337	Descentralización de establecimientos hospitalarios y psiquiátricos
Ley 20332	Centro Nacional de Reeducación Social
Ley 22853	Habilitación de unidades para el tratamiento de la insuficiencia renal
Ley 22909	Vacunación obligatoria de enfermedades prevenibles
Ley 22990	Regulación de las actividades relacionadas con la sangre humana, sus componentes derivados y subproductos
Ley 23358	Campaña de prevención de la drogadicción
Ley 23611	Ley Nacional de Lucha contra el Cáncer
Ley 23753	Enfermedad diabética. Medidas para la divulgación de su problemática
Ley 23798	Lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
Ley 24193	**Trasplantes de Órganos y Tejidos**
Ley 26845	**Promoción para la toma de conciencia sobre la relevancia social de la donación de órganos**
Ley 24742	**Comité Hospitalario de Ética**
Ley 24788	Ley Nacional de Lucha Contra el Alcoholismo

Ley 25392	Creación del Registro Nacional de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas
Ley 25421	Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental (APSM)
Ley 25.501	**Control y prevención de las enfermedades cardiovasculares.**
Ley 25.505	Ley Nacional de Inscripción de Donantes de Órganos. Campaña Nacional "Por Mas Vida"
Ley 25627	Especialidades de uso y aplicación en medicina humana que contengan esteroides anabólicos entre los medicamentos de venta bajo receta archivada
Ley 25630	Normas para la prevención de anemias y malformaciones del tubo neural
Ley 25649	Utilización de medicamentos por su nombre genérico
Ley 25673	Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable
Ley 25724	Programa de Nutrición y Alimentación Nacional
Ley 25869	Beneficio Para Hemofílicos Infectados con HIV
Ley 25929	Prestaciones obligatorias relacionadas con el embarazo, parto y posparto. Incorporación al PMO
Ley 26130	Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica
Ley 26281	**Prevención y control de todas las formas de transmisión de la enfermedad de Chagas**
Ley 26369	Examen obligatorio de detección de estreptococo grupo B agalactiae a embarazadas con edad gestacional entre las semanas 35 y 37
Ley 26396	Prevención y control de trastornos alimentarios
Ley 26492	Ley de regulación de la cadena de frío de los medicamentos
Ley 26529	**Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado**
Ley 26534	Creación del Instituto Nacional de Medicina Tropical
Ley 26588	Atención médica, investigación clínica y epidemiológica y capacitación profesional en la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celíaca
Ley 26657	Ley Nacional de Salud Mental
Ley 26687	Regulación de la publicidad, promoción y consumo de los productos elaborados contabaco
Ley 26689	Promoción del Cuidado Integral de la Salud de las Personas con Enfermedades Poco Frecuentes (EPF)
Ley 26796	Inclusión de la vacuna BCG al PMO
Ley 26799	Prohibición de equipos de rayos UV
Ley 26835	**Promoción y capacitación en técnica RCP básicas**
Ley 23511	Banco Nacional de Datos Genéticos
Ley 26743	Derecho a la Identidad de Genero
Ley 25926	**Requisitos para exponer temas relacionados con la salud en los servicios deradiodifusión**
Ley 23661	Creación del Sistema Nacional del Seguro de Salud
Ley 24455	Obligación de las obras sociales de cubrir gastos generales por el SIDA

Decreto NyU

341/1992 Infracciones cometidas contra normas sanitarias. Decreto NyU

200/1997 Clonación. Experimentos relacionados con seres humanos. Decreto NyU

486/2002 Emergencia Sanitaria Nacional. Decreto NyU

2724/2002 Seguro de Salud Materno Infantil

Ley 27130 Ley Nacional de Prevención del Suicidio.

Ley 27159 Muerte Súbita. Sistema de Prevención Integral.