

# La atención de la salud en Argentina: Al gran pueblo argentino... ¿Salud? – Segunda entrega – Una torta succulenta, fragmentada, no planificada e ineficiente

Health care in Argentina: To the great Argentine people ... Health? - Second issue - A succulent, fragmented, unplanned and inefficient cake

Carlos García<sup>†</sup>

## Resumen

En esta segunda, de una serie de artículos relacionados, el autor describe mediante la utilización de viñetas clínicas, los diferentes factores que hacen de la administración de salud argentina una "tragedia". Los factores descritos en esta entrega incluyen la fragmentación, ausencia de coordinación y planificación de la asignación de los recursos sanitarios que condicionan servicios redundantes, desarticulados e ineficientes en algunos sectores o carentes en otros.

## Abstract

In this second of a series of related articles, the author describes using clinical vignettes, the different factors that turns Argentine's health administration into a "tragedy". The factors described in this issue include fragmentation, disintegration, and lack of coordination and planning of health resources allocation, that end up conditioning redundant, disjointed and inefficient services in some areas or lacking in other.

García C. La atención de la salud en Argentina: Al gran pueblo argentino... ¿Salud? - Segunda entrega. Evid Act Pract Ambul. 2016;19(2):37-40. Abr-jun

En la Argentina la asignación de los recursos y su emplazamiento geográfico se hace de manera poco articulada con los recursos ya disponibles. Una ciudad de 100 mil habitantes no necesariamente tendrá la cantidad de recursos que son necesarios sino la que los administradores de estos recursos o simplemente el mercado decidieron arbitrariamente, sea por conveniencia, por convicción, equivocada o no, o simplemente por corrupción.

Los financiadores de salud son múltiples en una determinada población dependiendo del número de gremios que operen en esa región, de la cantidad de gente desocupada y de la cantidad de gente de altos recursos que se procura mecanismos privados de financiación de sus servicios de salud.

El desocupado recurrirá en caso de necesidad al sector público, es decir a los hospitales y centros de atención primaria (escasos), y la atención que recibirá será fundamentalmente en situaciones de emergencia. No tendrá médico de cabecera, dispondrá de muy pocos centros de atención de baja o mediana complejidad con accesibilidad garantizada, en donde se deberían manejar y se podrían resolver gran parte de los problemas de salud o instancias preventivas que un individuo puede tener a lo largo de toda su vida. Al no disponer de recursos fácilmente accesibles, su umbral de padecimiento para consultar estará incrementado y por ende concurrirá al médico ante instancias que perturben su bienestar y no se resuelvan espontáneamente, y lo hará no pocas veces al hospital.

El hospital, que debería estar destinado a atender casos complejos que requieran internaciones, intervenciones o cuidados intensivos deberá atender casos de primer nivel como resfriados, vacunas, seguimientos de embarazos normales, pacientes diabéticos no complicados, hipertensos, hipotiroideos, problemas ortopédicos, etcétera.

Los consultorios externos de este hospital estarán atestados de gente atendida extemporáneamente y que muchas veces ante la falta de disponibilidad de turnos o larguísima hora de espera, regresará a su casa sin atención.

Un tres por ciento del sueldo de los ciudadanos empleados formalmente está destinado a la obra social, un tres por ciento adicional al sindicato, es decir, los gremios sindicales perciben el seis por ciento de los salarios formales para destinar un ochenta por ciento de esa recaudación a cuidados de salud y un 20 por ciento a otros servicios<sup>1</sup>.

La asignación de estos recursos a servicios de salud se hace en forma arbitraria y a voluntad de las autoridades de los gremios que, por otra parte, tienen las mismas cúpulas jerárquicas desde hace decenas de años.

Rufino Galván tiene 56 años, es empleado rural en un campo cercano a un pueblo de unos diez mil habitantes de la provincia de Buenos Aires. Fuma quince cigarrillos diarios y no tiene antecedentes clínicos relevantes.

Desde hace unos días presenta un dolor constante en fosa ilíaca izquierda con progresivo aumento de intensidad. Hace dos días consultó a un médico del hospital local quien le prescribió antiespasmódicos y "dieta liviana". Luego se agregaron náuseas y vómitos, el dolor se hizo generalizado, se agregó hipotensión arterial y livideces en los miembros inferiores.

Su cobertura de salud está dada por la obra social de su gremio por lo que puede ser atendido en un sanatorio de mediana complejidad en el pueblo. Este sanatorio tiene unas veinte camas y un médico de guardia para todas las disciplinas. El médico estudió en la Universidad Nacional de La Plata y luego de dos años de concurrencia en el hospital universitario se radicó en el pueblo referido. En el sanatorio hace consultorios externos y dos guardias generales por semana. En caso de tener que realizar intervenciones quirúrgicas llama por teléfono a médicos locales o deriva a los pacientes a centros de mayor complejidad, en general en ciudades más populosas de los alrededores, distantes a unos doscientos kilómetros.

Rufino fue llevado al sanatorio de su pueblo donde a las tres horas de ingresado, se le realizó una laparotomía exploradora que reveló una peritonitis avanzada originada en una diverticulitis perforada. La operación se realizó con una vía venosa periférica y durante la misma no se repuso una suficiente cantidad de fluidos ni se administraron antibióticos por vía endovenosa.

Luego de la intervención que consistió en un lavado peritoneal y una colostomía el paciente fue llevado a la unidad de terapia intensiva que cuenta con cuatro camas, un médico generalista de guardia y una enfermera.

Rufino tuvo una mala recuperación, la tensión arterial cayó progresivamente, presentó anuria y a las seis horas de ingresado a la unidad, falleció.

En este caso varios factores concurrieron para que un cuadro quirúrgico reversible, en un paciente cuya expectativa de vida promedio era de 74 años, muriera 18 años antes de lo esperado: fue atendido tardíamente y en forma negligente (se demoró su atención inicial, no se le realizó resucitación preoperatoria, llegó en muy malas condiciones a la operación y no recibió cuidados postoperatorios apropiados). El centro donde fue atendido no tenía la complejidad necesaria, ni el profesional

<sup>†</sup> Servicio de Medicina Familiar del Hospital Italiano de Buenos Aires [carlos.garcia@hospitalitaliano.org.ar](mailto:carlos.garcia@hospitalitaliano.org.ar)





que lo atendió tenía la capacitación requerida para asistir un paciente de tal complejidad.

En Argentina existen alrededor de 300 obras sociales. De sus aproximados 43 millones de habitantes, 15 millones se atienden en obras sociales sindicales nacionales, 6,5 millones en obras sociales sindicales provinciales, 4 millones en el PAMI (sistema de cobertura de salud de los jubilados y pensionados), 17 millones no tienen cobertura y son asistidos en el sector público (básicamente hospitales públicos) y unos 5 millones se asisten utilizando el sistema privado prepago de cobertura de salud. Un porcentaje no despreciable tiene doble cobertura, es decir una obra social y una prepaga.

A su vez, cuando la población con cobertura de obras sociales, PAMI o prepagas no tiene accesibilidad o se encuentra en situaciones de emergencia, como accidentes en la vía pública, concurre al sector público (hospitales)<sup>2,3</sup>.

La Avenida Leopoldo Lugones estaba sumamente resbaladiza en la madrugada de agosto en que la familia Rodríguez Plaza volvía de las vacaciones de invierno. El auto en que viajaban colisionó bruscamente con el que lo precedía en un momento en que el tránsito se detuvo bruscamente, a su vez, el auto de los Rodríguez Plaza fue embestido por el auto que iba detrás y volcó. En el accidente en cadena hubo dos muertos y siete heridos de gravedad. Todos fueron asistidos por el Sistema de Atención Médica de Emergencias de la Ciudad de Buenos Aires (SAME) y trasladados al Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández (conocido como el Hospital Fernández, o el Fernández) donde recibieron cuidados calificados de atención de emergencia. Todos los Rodríguez Plaza, tenían cobertura médica prepaga, los otros cinco afectados en el accidente pertenecían a tres obras sociales diferentes, dos de las cuales tienen centros en la Ciudad de Buenos Aires y la restante en una localidad vecina.

Sin embargo, todos recibieron los primeros auxilios, el traslado y los cuidados de emergencia financiados por el sector público.

Cada obra social decide, en una forma que podríamos calificar de arbitraria y poco racional, los recursos que destina a sus beneficiarios, así una obra social de unos 10 mil individuos puede decidir la construcción de un sanatorio, la construcción de un servicio de cuidados intensivos en ese sanatorio, la compra de un tomógrafo, un resonador magnético, un equipo de mamografías, un equipo de densitometría ósea o uno de hemodinamia para cateterismos cardíacos. Muchas veces, luego de realizada la obra, la planta de profesionales con la capacitación necesaria para la provisión de esos servicios, no se puede cubrir o se cubre con profesionales que no tienen la capacitación requerida para manejar ese nivel de complejidad.

En la Argentina, no existe una carrera de administración de salud. La administración de la salud está en manos de médicos que emprendieron negocios privados de salud y putativamente califican para administrar todos los servicios, médicos que se especializaron como sanitaristas recibiendo formación fundamentalmente teórica y bastante alejada del trabajo de campo y la realidad social, y dirigentes sindicales, originalmente obreros gremiales, luego delegados y finalmente personal jerárquico de las obras sociales que no tienen formación médica, sanitaria, ni administrativa sino simplemente la inteligencia, el sentido común y el liderazgo que los llevaron a ocupar esos cargos.

Es sorprendente, por utilizar un calificativo indulgente, que quienes desde hace décadas administran los recursos de salud, no se capacitaron específicamente en administración de los mismos. La mayoría de las obras sociales están en manos de decisores con muy bajo nivel de formación.

La obra social del gremio del paciente contrata servicios privados o públicos en el país particularmente en áreas donde hay mayor concentración de sus afiliados. En estos lugares no pocas veces se tienta a brindar sus propios servicios construyendo un sanatorio y equipándolo. Los estándares de estos sanatorios sindicales que hay por todo el país suelen estar muy por debajo de lo recomendable.

En el caso de nuestro primer paciente estos estándares son muy altos y su atención fue muy deficiente. El diagnóstico fue tardío dado que se le prescribieron antiespasmódicos sin diagnóstico preciso. Un interrogatorio y examen clínico adecuado muy probablemente habrían revelado signos orientadores de diagnóstico y despertado la alarma suficiente como para que no fuera enviado a su casa. En otras palabras hubo impericia, imprudencia y negligencia en ese primer acto.

Cuando el paciente ingresa complicado, la atención en esas circunstancias es crítica, requiere una adecuada resucitación preoperatoria con colocación de una vía central y sondaje vesical para reposición de fluidos, administración de oxígeno, antibióticos, monitoreo de diuresis. La anestesia es crítica, la técnica operatoria también y también el postoperatorio que debería haber cursado en una unidad de cuidados críticos con equipamiento adecuado y profesionales altamente capacitados. Nada de eso ocurrió y como se menciona más arriba, si consideramos que la expectativa de vida del paciente era de 74 años y murió a los 56, se perdieron 18 años potenciales de vida. La expresión de años potenciales de vida perdidos (APVP) pone énfasis en las muertes evitables y alerta, entre varios otros factores, sobre la asignación de los recursos<sup>4</sup>.

En un sistema de salud adecuadamente estructurado e integrado el paciente debería haber sido correctamente atendido en la primera consulta en un centro de atención ambulatoria donde el médico debería haber estado capacitado para diagnosticar compromiso peritoneal y derivarlo inmediatamente a un sanatorio como el que fue luego, donde un cirujano capacitado podría haber realizado la intervención en etapa temprana y de no tener los recursos, debería haber sido derivado a un centro urbano de mayor complejidad para ser correctamente atendido. Todos estos centros deberían estar integrados en una red asistencial y pertenecer a un área de salud.

Por su cantidad de población, el pueblo al que concurrió el paciente debería tener solamente nivel primario de atención capacitado, este pueblo debería estar integrado con una ciudad de más de 50 mil habitantes que sea cabecera de varias localidades. En este centro de segundo nivel debería haber especialistas en medicina interna, pediatras, neurólogos, tocoginecólogos y cirujanos generales y a su vez estos centros de nivel secundario de atención deberían estar integrados con centros de nivel terciario que incluyan cirujanos cardiovasculares, oncólogos, neurocirujanos, traumatólogos especializados, hematólogos, endocrinólogos y todas las especialidades. A su vez, el número de profesionales debería ser acorde con la población asistida.



Daniel Martín es oriundo de Santa María, una localidad agro-ganadera de 87 mil habitantes donde Orlando su padre, un reconocido cardiólogo es socio mayoritario de un sanatorio, el Sanatorio Modelo Santa María, el más prestigioso de la ciudad. Orlando, estudió en la Universidad Nacional de Buenos Aires e hizo la residencia en el Hospital Buenos Aires con el que quedó vinculado y al que deriva sus pacientes y concurre regularmente a los ateneos y recorridos clínicos del Servicio de Cardiología.

El Hospital Buenos Aires, propiedad de una asociación civil sin fines de lucro, abrió su escuela privada de medicina hace doce años.

Cuando Daniel terminó la escuela secundaria en Santa María, Orlando no dudó en que su hijo estudiara medicina en el Hospital Buenos Aires y luego, como él, hiciera la residencia en ese hospital, también en cardiología.

Siguiendo cabalmente ejemplo y mandato de su padre, Daniel se recibió e hizo la residencia en el Hospital Buenos Aires.

Luego de una pasantía de dos años y medio en un centro de hemodinamia en Cleveland, Ohio, Estados Unidos, junto con Mariana Rotella, su mujer, también médica recibida en el Hospital Buenos Aires y con una residencia en Dermatología y perfeccionada en Cleveland en el área de cirugía dermatológica, Daniel y Mariana se instalan en Santa María donde Daniel monta un servicio de hemodinamia en el Sanatorio Modelo Santa María.

El competidor inmediato del "Modelo" (como se lo conoce al sanatorio) es la Clínica de la Ciudad, fundada hace 25 años por un grupo de médicos que había estudiado medicina y realizado la residencia en la ciudad de La Plata.

Este grupo de médicos, fundamentalmente cardiólogos, clínicos y cirujanos, había instalado en la clínica un servicio de hemodinamia, un quirófano de cirugía cardiovascular y una unidad de cuidados intensivos cardiovasculares.

Daniel, decide con su padre contratar dos colegas cardiólogos y un cirujano cardiovascular. Como la complejidad de los estudios lo requiere, en la unidad de cuidados intensivos, uno de los cardiólogos hará los cuidados inmediatos a las intervenciones de revascularización.

La ciudad de Santa María tiene ahora dos sanatorios con servicios de hemodinamia, dos unidades de cuidados intensivos cardiovasculares, once cardiólogos, dos especialistas en hemodinamia y tres cirujanos cardiovasculares.

La competencia entre los principales prestadores por obtener contratos con obras sociales provinciales y sindicales es feroz y los cardiólogos de una y otra clínica dejan de saludarse.

Mariana, por su parte no para de facturar cirugías dermatológicas y procedimientos diagnósticos de alta resolución. Instaló el Centro Dermatológico Modelo, asociado con el Sanatorio Modelo y contrató una colega que hizo la residencia con ella, una especialista en anatomía patológica y dos cosmetólogas puesto que una parte importante de la facturación del Centro es por procedimientos dermatológicos. La proveedora de cosméticos del centro es Silvia Rinaldi, mujer de Orlando y madre de Martín.

Desde la instalación del Centro de Hemodinamia Santa María y el Centro Dermatológico Santa María, los procedimientos de revascularización coronaria crecen exponencialmente. Concurrentemente, parece haberse desatado una epidemia de cánceres de piel.

### ¿Qué ocurre cuando no se observan estas bases de integración y asignación de recursos?

Ocurre, lo que le ocurrió a nuestro paciente y ocurre habitualmente en nuestro país.

Una ciudad con necesidades de nivel secundario puede tener uno o dos cirujanos cardiovasculares que por no tener el caudal de pacientes ni la complejidad de los recursos necesarios para operar eficientemente, no mantienen el nivel de entrenamiento adecuado, realizan intervenciones de pertinencia cuestionable o, finalmente terminan "haciendo otra cosa" como, cuidados primarios para los que no está capacitados.

Un centro de atención que asiste una población limitada compra equipamiento de última generación e instala una unidad de cuidados intensivos. Luego, no tendrá el personal capacitado para operar esos equipos ni el nivel de médicos requerido.

Como la población tampoco tiene el volumen necesario para que ese centro opere con la intensidad necesaria, los profesionales que atienden no están adecuadamente capacitados y si lo están, terminan perdiendo su entrenamiento por falta de volumen asistencial o generan prestaciones de pertinencia discutida.

Como en Argentina, la planificación de los recursos no existe, cualquiera puede hacer la especialidad que desee, siendo esta necesaria o no y cualquiera puede ejercer donde desee, aun habiendo ya en ese lugar un injustificado superávit de profesionales.

La mejor vidriera elegida por los decisores de salud de nuestro país es cortar la cinta de inauguración de un hospital o un equipo de alta complejidad en un lugar cuyas necesidades de primer nivel de atención están hartamente insatisfechas.

El resultado es una dilapidación fenomenal de recursos y un deterioro de la calidad de atención.

La demanda de servicios es generada por la oferta de los mismos y mientras muchos centros poblacionales no cuentan con los recursos sanitarios más elementales, otros, como en el caso de la ciudad de Santa María, tienen una sobreoferta que tracciona y genera una demanda que termina siendo inapropiada.

Una población determinada tiene requerimientos definidos de recursos, centros de atención primaria, sanatorios, profesionales médicos, enfermeros, unidades de cuidados intensivos, equipos etcétera.

Cuando esa asignación de recursos es irracional, los cuidados pasan a ser inapropiados porque los profesionales empiezan a cubrir, por ejemplo, otras especialidades para los que no están capacitados o realizan servicios no pertinentes<sup>5-8</sup>.

### La paradoja del exceso y la deprivación

En Argentina los recursos de salud carentes de un marco regulatorio adecuado siguen las leyes de la economía de mercado, concentrándose en grandes ciudades de altos recursos y con centros universitarios mientras que las regiones menos pobladas adolecen de los recursos más elementales, y otras regiones, pobladas pero sin centros de formación académica, no pueden mantener un nivel académico adecuado. Se da así la paradoja del exceso y la deprivación nombrada en 1989 por Enthoven y Kronick, en muchos lugares sobran los recursos y en otros están ausentes<sup>9</sup>.

Las autoridades sanitarias y decisores de salud están atomizadas, no existiendo una autoridad nacional que pueda tomar decisiones sobre la necesidad de los recursos, su asignación, los recursos humanos necesarios, su integración y regionalización apropiadas.

## Conclusiones

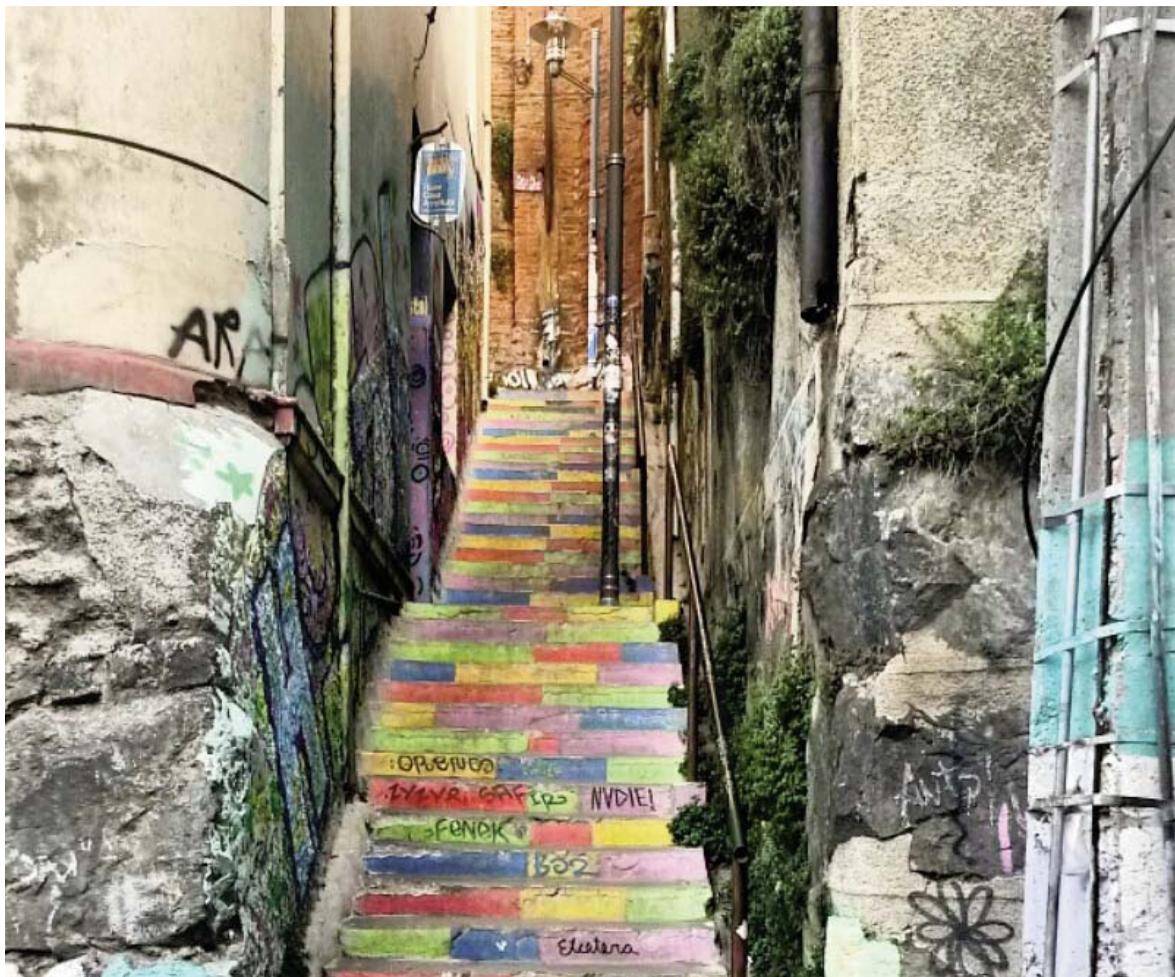
En la Argentina la toma de decisiones con respecto a la asignación de los recursos de salud está atomizada en múltiples subsistemas no integrados. Los decisores no tienen formación, y si la tienen, no es formación específica en administración de servicios de salud. De esta forma, los recursos se aplican según motivaciones no racionales y la oferta es irregular en todas las regiones. En regiones ricas y densamente pobladas,

la demanda está generada ampliamente por la oferta de servicios. La utilización necesariamente termina siendo inapropiada y mientras en importantes sectores de la población se adolece de recursos esenciales, en otros, aun en las mismas áreas los servicios sobran y son mal utilizados.

Recibido el 14/07/2016 y aceptado el 21/07/2016

## Referencias

1. Martínez PN. Como entender tu recibo de sueldo (sitio web). Córdoba: Mi presupuesto familiar; 24/06/2013. Disponible en URL: <http://www.presupuestofamiliar.com.ar/entender-recibo-sueldo/> (último acceso julio 2016).
2. Obras sociales (sitio web). Consejo de la Magistratura. Poder Judicial de la Nación Argentina. Disponible en URL: <http://www.pjn.gov.ar/sistemas/pdf/00026050.pdf> (último acceso julio 2016).
3. Abeledo A. Salud privada: obras sociales y medicina prepaga en Argentina (sitio web). Buenos Aires: Clarín; 11/07/2010. Disponible en URL: [http://www.ieco.clarin.com/empresas/Salud-privada-sociales-medicina-Argentina\\_0\\_296370635.html](http://www.ieco.clarin.com/empresas/Salud-privada-sociales-medicina-Argentina_0_296370635.html) (último acceso julio 2016).
4. Gardner JW, Sanborn JS. Years of potential life lost (YPLL)-what does it measure? *Epidemiology*. 1990 Jul;1(4):322-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2083312> (último acceso julio 2016).
5. Billi JE, y col. Potential effects of managed care on specialty practice at a university medical center. *N Engl J Med*. 1995 Oct 12;333(15):979-83. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7666919> (último acceso julio 2016).
6. Birkmeyer JD1, y col. Variation profiles of common surgical procedures. *Surgery*. 1998;124(5):917-23.
7. Weiner JP. Forecasting the effects of health reform on US physician workforce requirement. Evidence from HMO staffing patterns. *JAMA* 1994 Jul 20;272(3):222-30. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7912746>.
8. Schroeder SA. The latest forecast. Managed care collides with physician supply. *JAMA* 1994 Jul 20;272(3):239-40. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8022045> (último acceso julio 2016).
9. Enthoven A, Kronick R. A consumer-choice health plan for the 1990s. Universal health insurance in a system designed to promote quality and economy (1). *N Engl J Med*. 1989 Jan 5;320(1):29-37. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2642604> (último acceso julio 2016).



Cortesía: Silvina Spina

