

Néstor Abel Pérez Baliño

Buenas tardes, muchas gracias a los organizadores por la invitación. Voy a tratar de ser ágil en la presentación así podemos hacer preguntas que quizás sean de mucha utilidad en este tema.

Antes de mostrarle un ejemplo que aplicamos de Seguro Jurisdiccional de Salud en la Ciudad de Buenos Aires para quienes no tienen ninguna cobertura de la salud, les tengo que decir que nosotros estamos trabajando en un concepto de política global ante lo que es la fragmentación en la Argentina.

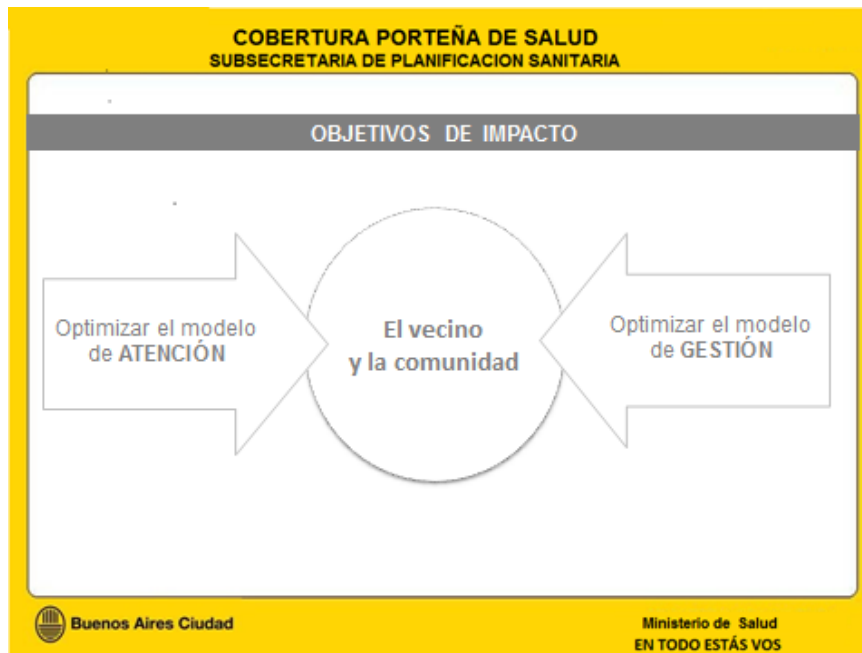
Según algunas experiencias que tuvimos anteriormente donde hablábamos de un Seguro Único de Salud, con una caja única, hoy hemos cambiado y pensamos que no podemos enviar a los gobiernos a una pelea permanente por tener una caja única, sino que lo que tenemos que hacer es que las distintas cajas se comporten todas iguales en su financiamiento, en su modelo de atención, en la calidad de prestación. Entonces vamos a tomar la fragmentación no como un disvalor, sino como un nicho que es estructural en la República Argentina.

Si hoy contamos con un sector de prepagas y un sector de obras sociales y el PAMI, nos queda una población que es aquella que no tiene ninguna cobertura, y a esa población nosotros le queremos dar un seguro formal. Porque si bien es cierto que el que no tiene cobertura igual está protegido porque tiene los hospitales no es lo mismo que tener una cobertura formal. Les voy a mostrar algunos datos que nos muestran porque tener una cobertura formal es mucho mejor que ir al hospital.

Hecha esta introducción, voy a puntualizar cuál fue la política que nosotros aplicamos en estos 8 años, en el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires y, como siempre estamos en política y sobre todo en un momento electoral voy a hablar, como digo siempre, del medio vaso lleno. Porque a la oposición le va a tocar hablar siempre del medio vaso vacío. Con esto quiero decir que en todo lo que hicimos nos falta la mitad, por lo menos.

Carlos Vassallo ha colaborado con nosotros, siempre queremos tener una visión externa de lo que llevamos a cabo y hacemos consultoría que nos puede ir dando información que podemos no verla desde adentro.

El primer punto que queríamos era enfocarnos en el vecino y para ello teníamos que optimizar el modelo de atención de la salud y de gestión.



Para comenzar tenemos que saber cuál es la Legislación, cómo nos tenemos que manejar en la ciudad porque tenemos una serie de leyes que nos regulan, nos estimulan y nos limitan. Entre ellas se encuentran:

- Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)
- Ley Básica de Salud N° 153/1999
- Ley 2597 de creación de Cobertura Porteña (2007)
- Decreto 456/96 – Desconcentración de la atención médica dentro de las áreas programáticas de cada establecimiento asistencial.

La **Constitución de la CABA** es una Constitución muy moderna y progresista lo que nos pone a los funcionarios de salud en una situación siempre extrema de tener que tratar de conseguir todo y muchas veces no tenemos los presupuestos para conseguirlo.

En su **art. 20** garantiza el derecho a la salud integral y define los criterios de accesibilidad, equidad, integralidad, solidaridad, universalidad y oportunidad. En la diapositiva extraje algunos párrafos.

Constitución CABA

- Art. 20: **garantiza el derecho a la salud integral** que esta directamente vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente.
- **Criterios: accesibilidad, equidad, integralidad, solidaridad, universalidad y oportunidad.** Se entiende por gratuidad en el área estatal que las personas quedan eximidas de cualquier forma de pago directo.
- **gasto público en salud es una inversión social prioritaria.**
- **"Rige la compensación económica de los servicios prestados a personas con cobertura social o privada, por sus respectivas entidades. De igual modo se procede con otras jurisdicciones".**



En su **art. 21** habla sobre la estrategia de Atención Primaria, sobre las articulaciones y complementaciones de las acciones para la salud, entre otras cuestiones. También en la diapositiva está puntualizado.

Artículo 21: debe sancionar una ley conteniendo lo siguiente

- La Ciudad **conduce, controla y regula** el sistema de salud.
- **Financia** el área estatal que es el eje de dicho sistema y establece políticas de articulación y complementación con el sector privado y los organismos de seguridad social.
- El área estatal se organiza y desarrolla conforme a la **estrategia de atención primaria**, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel.
- Determina la **articulación y complementación** de las acciones para la salud con los municipios del conurbano bonaerense para generar políticas que comprendan el **área metropolitana**; y concerta políticas sanitarias con los gobiernos nacional, provinciales y municipales.
- **Promueve la maternidad y paternidad responsables.** Para tal fin pone a disposición de las personas la información, educación, métodos y prestaciones de servicios que garanticen sus derechos reproductivos.
- **Garantiza la atención integral del embarazo, parto, puerperio y de la niñez** hasta el primer año de vida, asegura su protección y asistencia integral, social y nutricional, promoviendo la lactancia materna, carenciados y desprotegidos.



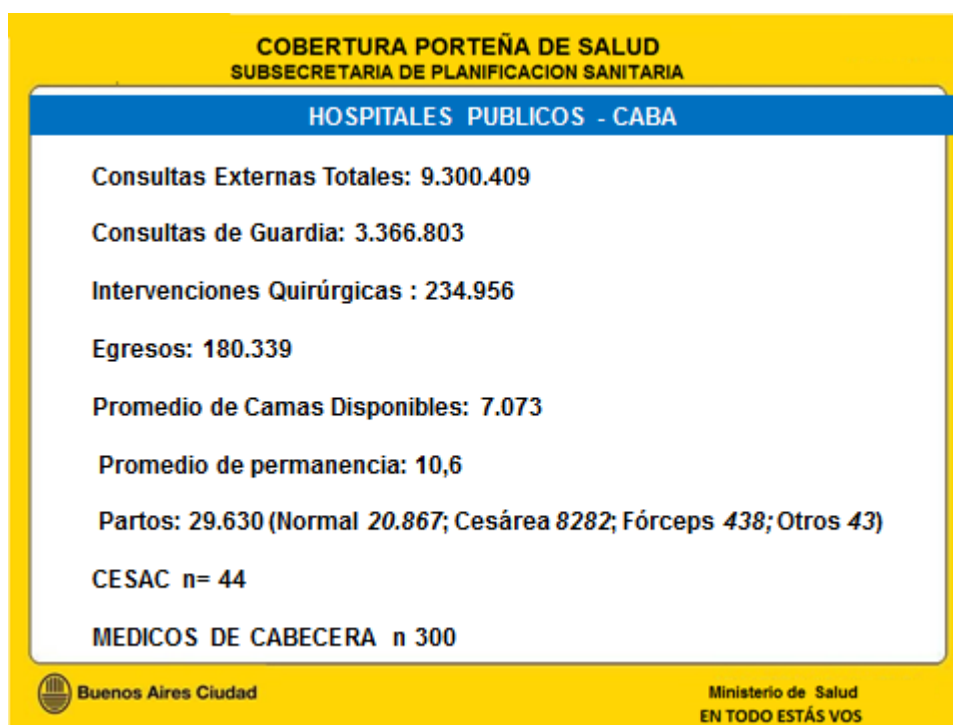
Pero sobre todo nos dice junto con la Ley Básica de Salud que tenemos que atender en la Ciudad de Buenos Aires a todo aquel que transita, vive o requiere la atención pública en esta ciudad. Esto quiere decir que nosotros no podemos organizar un sistema de salud exclusivamente para los dos millones ochocientos o tres millones de habitantes de la Ciudad de Buenos Aires, sino que tenemos que estar preparados para atender a toda la demanda que puede ser requerida.

Y la demanda requerida tiene que ver, primero con los municipios más cercanos, pero también recibimos de todo el país, por ejemplo el Hospital Garrahan que tiene un aporte del Ministerio de Salud de la Nación de 50 % y otro aporte del presupuesto de la Ciudad de Buenos Aires, del 50 %. Sin embargo los egresos de la Ciudad de Buenos Aires del Hospital Garrahan son sólo el 17 %.

Lo que quiero decir que el presupuesto en salud de la Ciudad de Buenos Aires es un presupuesto solidario con respecto al resto del país, así debe ser, así lo dice la Constitución y así lo tenemos que hacer y muchos de nosotros estamos muy orgullosos de que así sea.

Contamos con una población de 2.891.082 habitantes, 4,1% más que en 2001. La población está estancada por la baja natalidad, es la más baja del país, muy similar a las ciudades europeas.

En la siguiente diapositiva pueden observar algunos números de la Ciudad de Buenos Aires, los muestro para decir que es un sistema muy grande y en un sistema muy grande tenemos muchos éxitos y también tenemos muchas cosas que ir corrigiendo y que por ahí tenemos dificultades que superar.



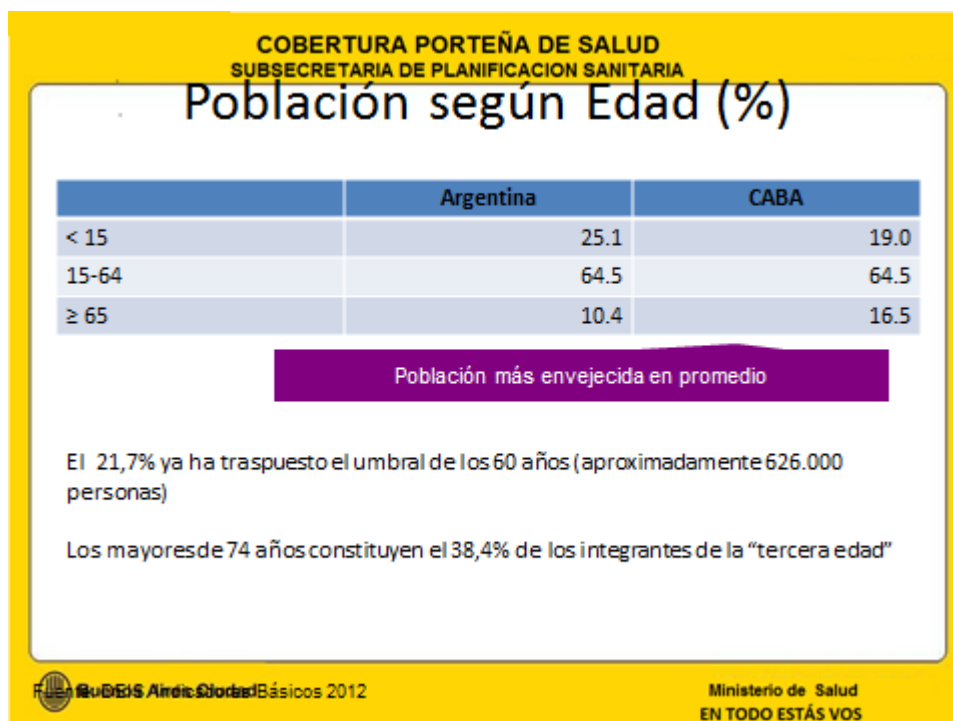
Hoy la Ciudad de Buenos Aires está dividida en cuatro regiones sanitarias y éstas tienen a su vez los hospitales de cabecera y otros hospitales que no son de cabecera

pero van cumpliendo las distintas funciones. Cada uno de esos hospitales son cabecera de los centros de salud o de los médicos de cabecera que están atendiendo en los barrios a contra turno de lo que hace ese médico en el hospital. Es decir si el médico tiene sus horas a la mañana en su consultorio o en los que se llaman Centros Médicos Barriales atiende justamente los pacientes que se inscriben en esto que se llama Cobertura Porteña de Salud.

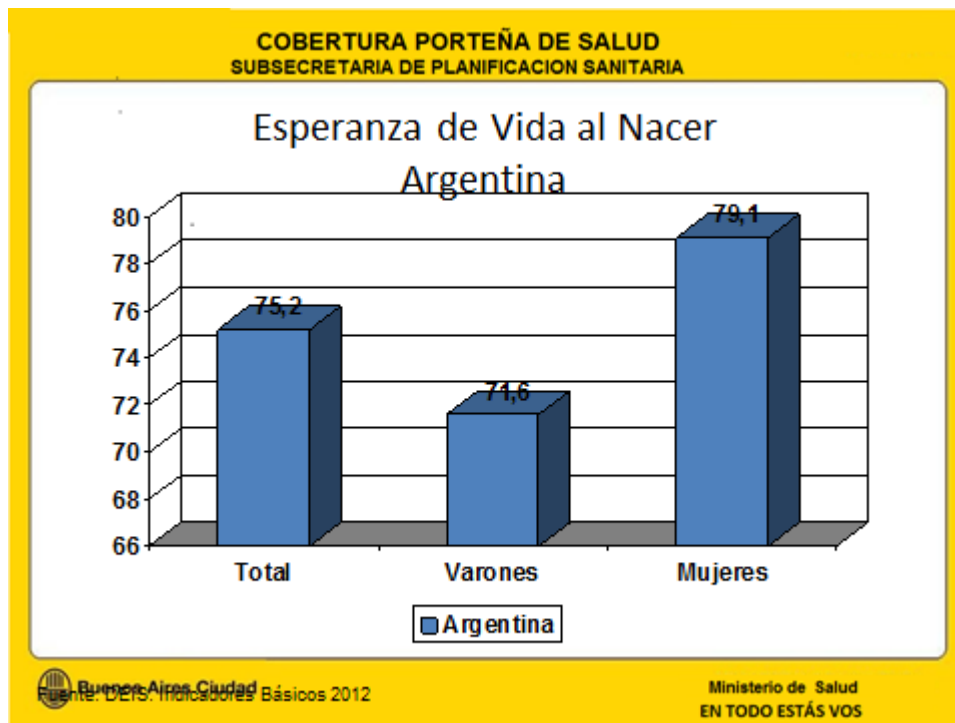
La población sin cobertura formal en la Ciudad de Buenos Aires es del 17,7 % y en la Argentina de 36,1%. Esta población es la que no figura en ANSES con ninguna de las coberturas formales de prepagas, obras sociales, PAMI, etc. Quiere decir que nosotros tenemos que apuntar a esos pacientes porque si bien es cierto que atendemos a todos los que concurren al hospital público, también tenemos una obligación con aquellos vecinos que viven en la Ciudad de Buenos Aires y no tienen otra jurisdicción para atenderse. Por ello, la Legislatura porteña sancionó en el año 2007 la Ley de Cobertura Porteña de Salud, la que se basó en la creación de los médicos de cabecera del año 1996. Esta Ley fue presentada por el Diputado Enrique Olivera.

A veces nos cuesta mostrar que hay políticas de Estado, pero con ésta si lo podemos hacer porque los médicos de cabecera se crearon en el año 1996. Pasaron todos estos años y hoy eso se ha podido transformar a través de una Ley en una cobertura formal para los vecinos de la ciudad.

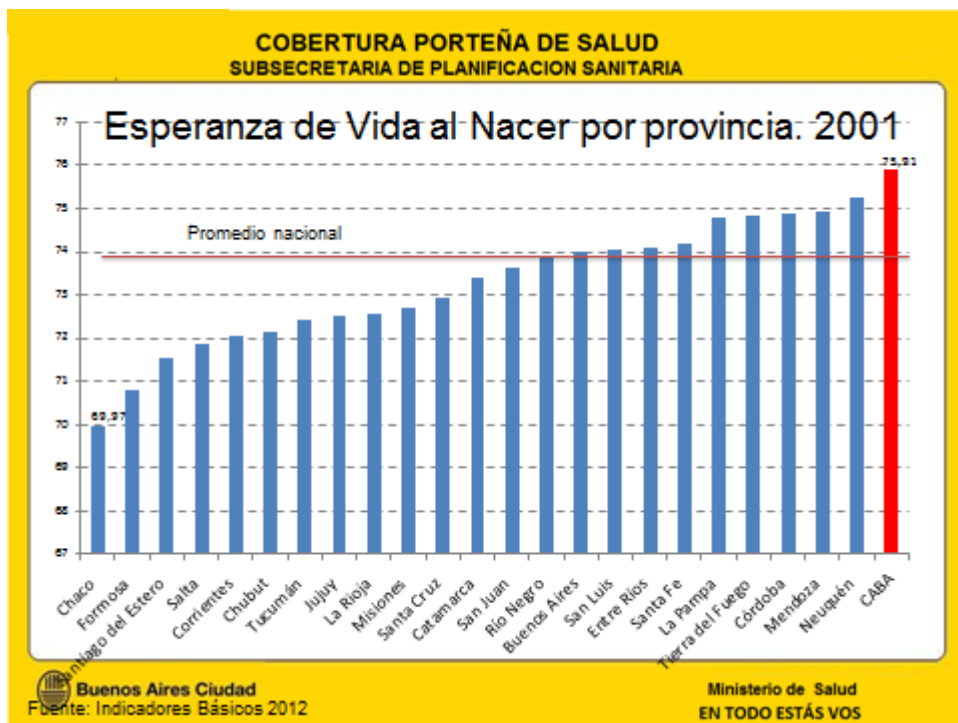
Los siguientes datos nos permiten ir preparando el sistema de salud en función de lo que nos va pasando. Sabemos que tenemos una población mucho más envejecida por lo cual vamos a tener una demanda de patologías que antes no existían como son todas las enfermedades no transmisibles, como las enfermedades degenerativas, las cardiovasculares, las cerebrovasculares, las oncológicas que van aumentando su demanda.



La siguiente diapositiva muestra los datos de la esperanza de vida al nacer en Argentina.



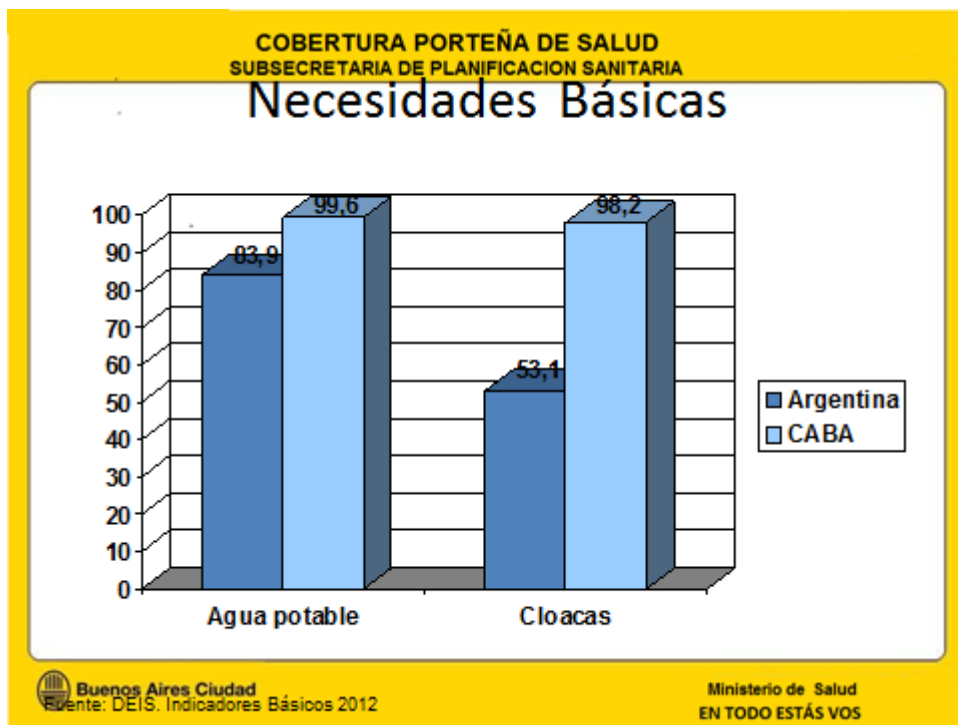
En este gráfico se puede observar los datos de esperanza de vida pero en las distintas provincias. La CABA tiene un comportamiento como si fuera, una sociedad más desarrollada.



Me voy a detener en un tema interesante y es en relación a las **personas que viven solas**. Muchas mujeres grandes que enviudaron viven solas en Capital y esto dispara una característica: Buenos Aires es cada vez más solitaria y ya tiene 30,6% de viviendas habitadas por una sola persona. Lo cual es un punto de atención porque nos hace cambiar el modelo de atención. Esa tendencia de todas maneras se ve acentuada por otros grupos que deciden vivir solos (los que se separan, con una alta tasa de matrimonios frustrados uno de cada dos).

Ahora les quiero mostrar algunos indicadores sanitarios que se pueden ir mejorando pero son bastante buenos para nuestra población.

En relación a las **necesidades básicas** pueden observar los datos de Argentina y de CABA, en cuanto a agua potable y cloacas.



Los siguientes son los datos de las **tasas de mortalidad infantil y materna** de Argentina y CABA.

COBERTURA PORTEÑA DE SALUD
SUBSECRETARIA DE PLANIFICACION SANITARIA

Tasas de Mortalidad Materno-Infantil

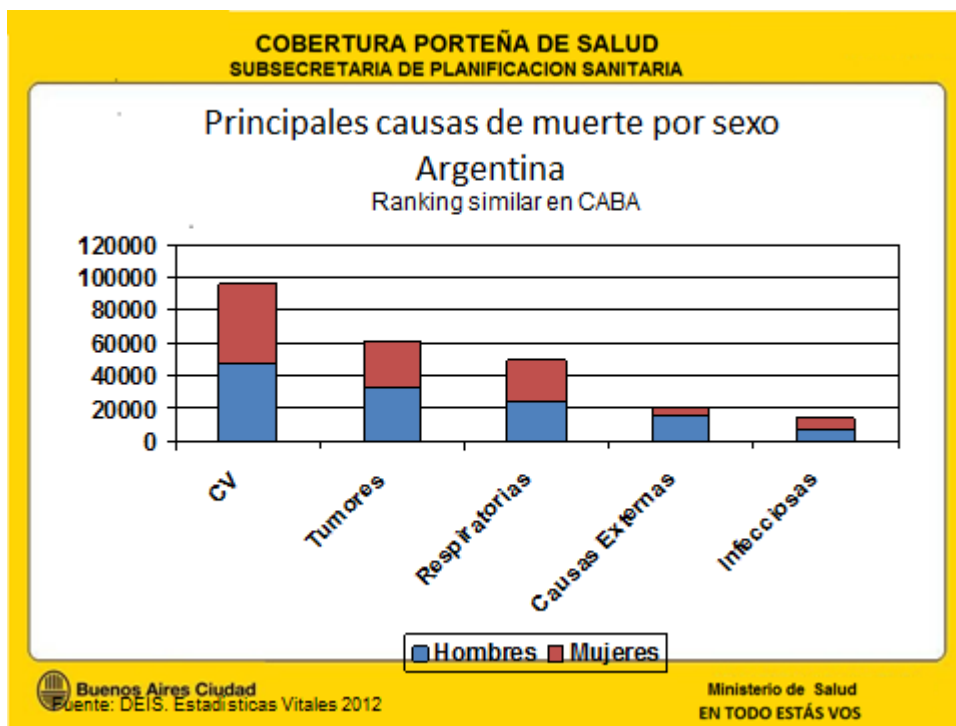
Tasa de Mortalidad Infantil	
Argentina	11.1
CABA	8.0
Cada 1.000 nacidos vivos	

Tasa de Mortalidad Materna	
Argentina	3.5
CABA	1.6
Cada 10.000 nacidos vivos	

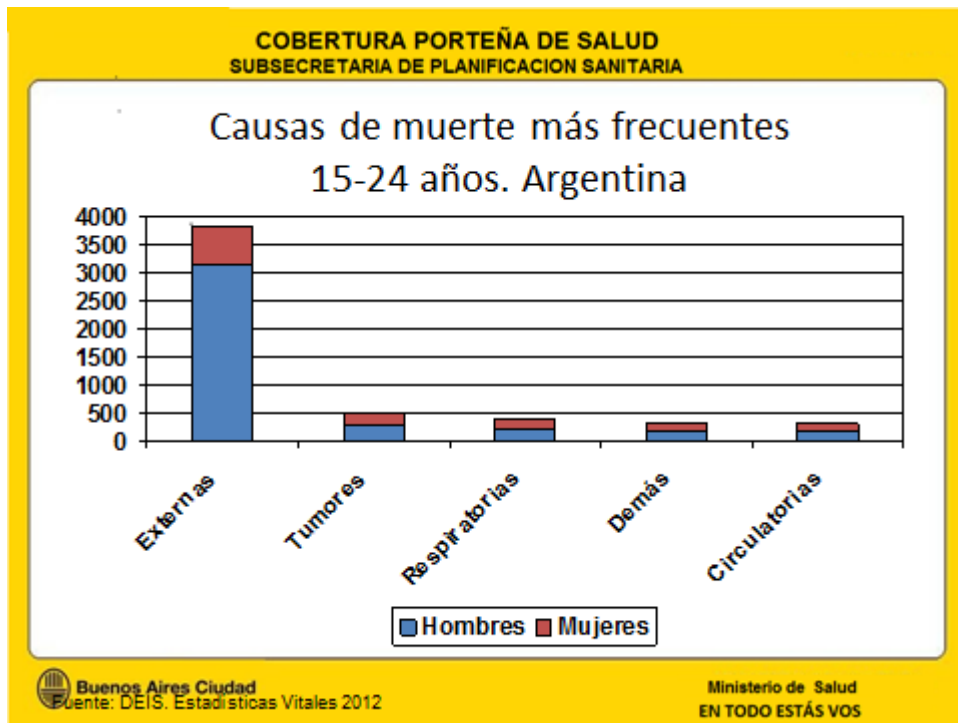
Buenos Aires Ciudad
Fuente: Estadísticas Vitales 2012

Ministerio de Salud
EN TODO ESTÁS VOS

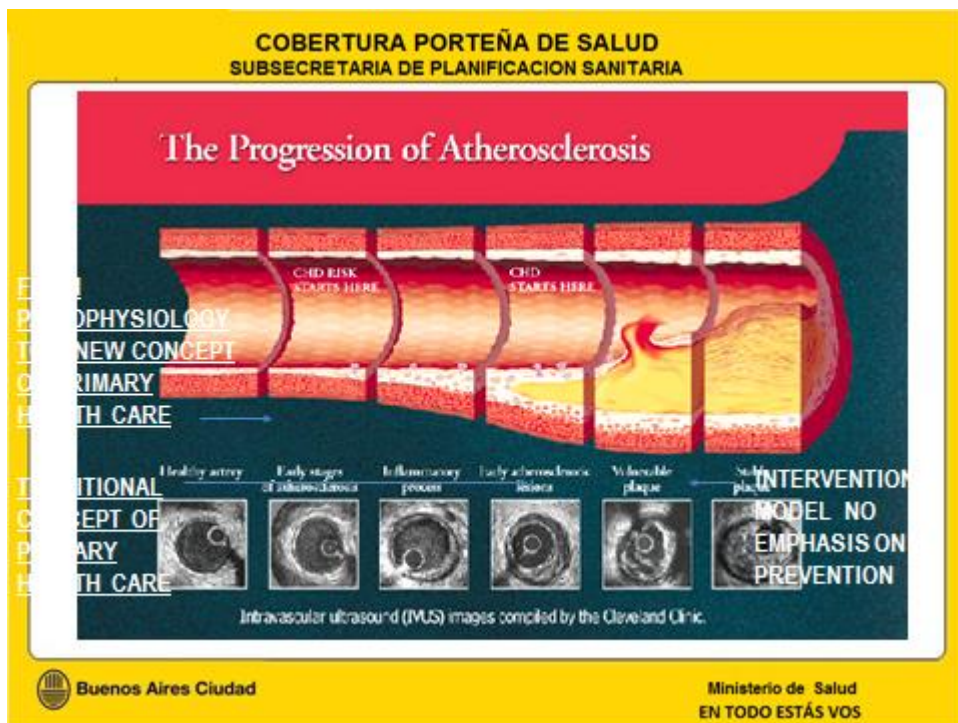
En relación a las **principales causas de muerte**, hoy las enfermedades cardiovasculares, los tumores y las enfermedades respiratorias son las que van marcando la mayor mortalidad.



En la población más joven, la principal causa de muerte son los accidentes. Éste es un dato muy importante a tener en cuenta.



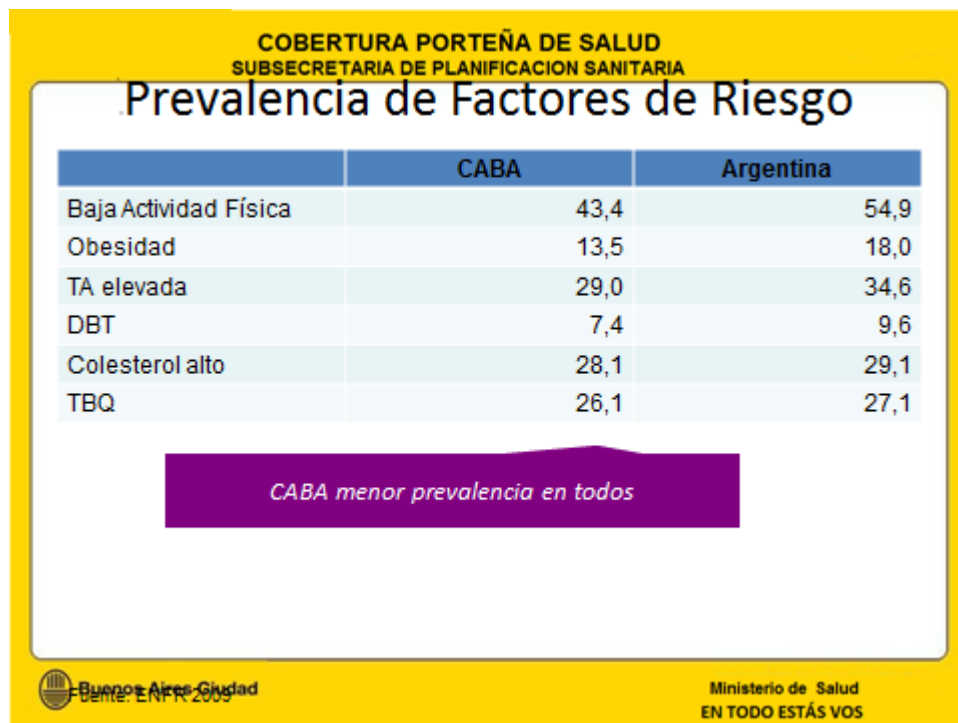
Como soy cardiólogo no podía dejar de mostrarles una arteria coronaria para decirles que nosotros siempre estuvimos trabajando en la parte amarilla que es una placa de aterosclerosis. Esa placa es lo que va obstruyendo las arterias.



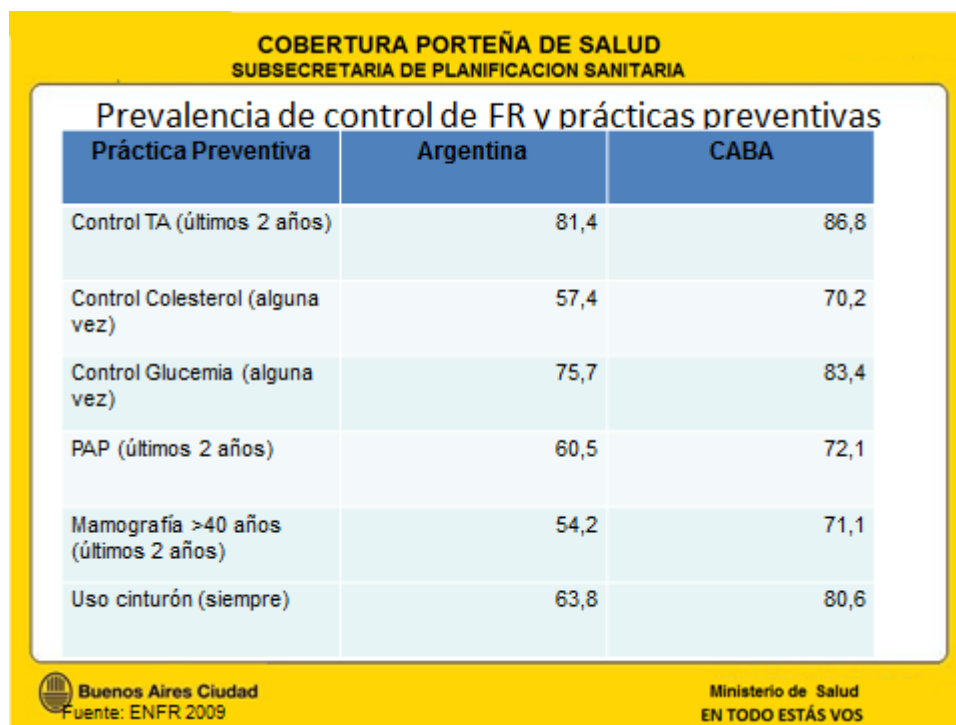
Ahora, si nosotros seguimos nada más que trabajando en este lugar, es decir haciendo angioplastia o la cirugía, lo que estamos haciendo es cambiando sobrevida por insuficiencia cardíaca. Los pacientes van a vivir más tiempo pero aparece entonces la insuficiencia cardíaca como una enfermedad prevalente.

Hay estudios en Estados Unidos que mencionan que si nosotros seguimos con este mecanismo para el año 2020, el 60 % del presupuesto de un hospital se lo va a llevar la atención de la insuficiencia cardíaca. Entonces no tenemos más remedio que hacer prevención y empezar a trabajar cuando el paciente está con la arteria sana sin obstrucción para evitar o enlentecer este proceso.

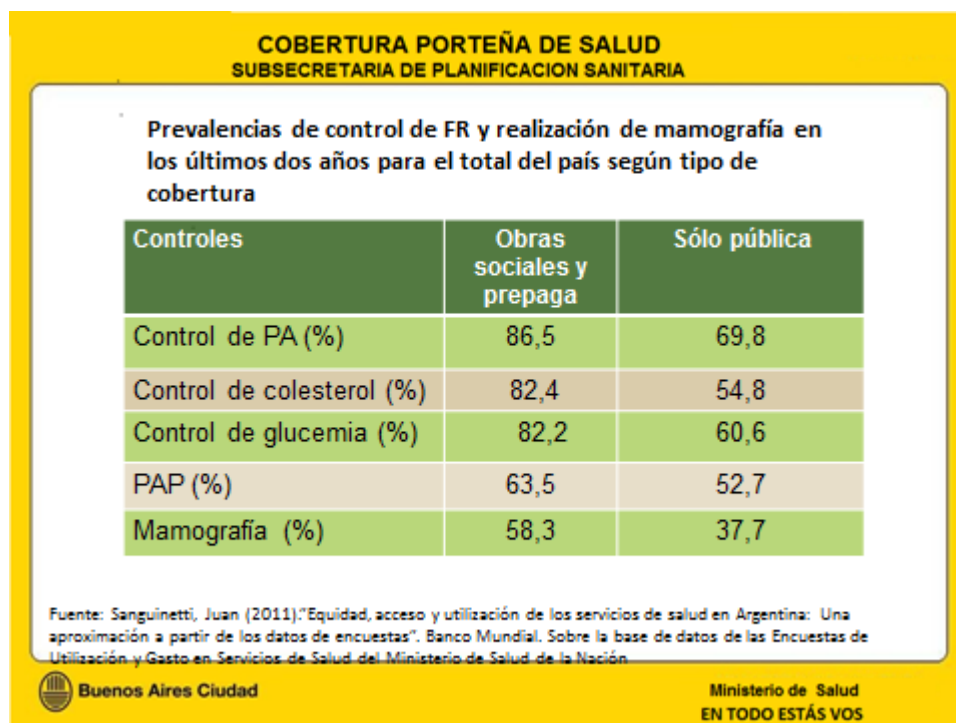
Existen muchos mecanismos de prevención primaria, fundamentalmente, y son los que tienen que estar incluidos en cualquier programa y cualquier proyecto. Les muestro datos de prevalencia de factores de riesgo de Argentina y CABA.



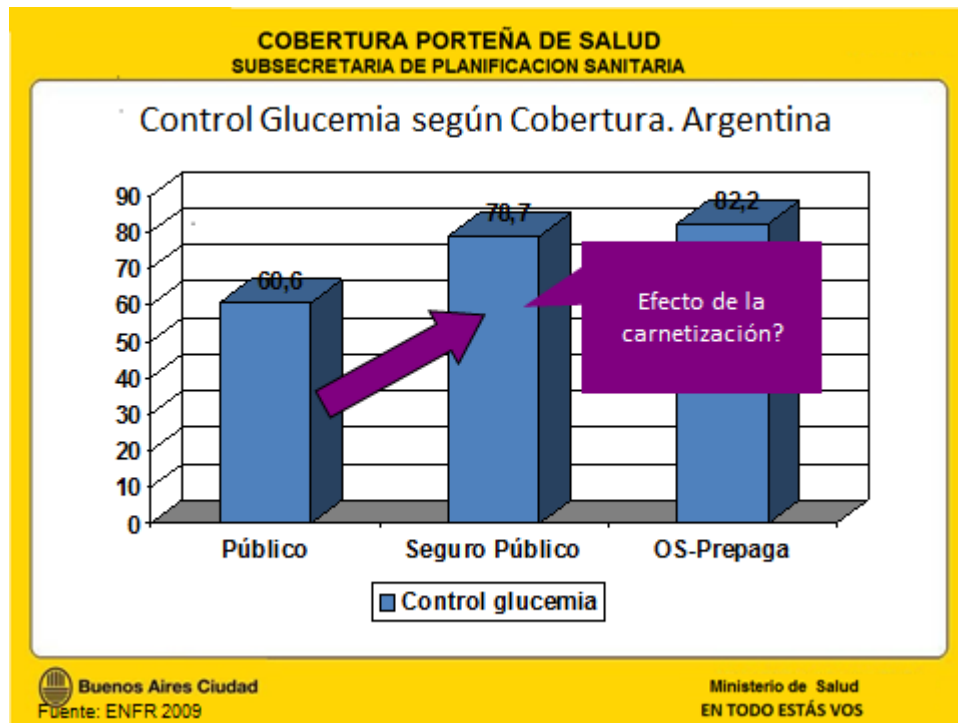
En la siguiente diapositiva pueden observar los datos de prevalencia de control de factores de riesgo y prácticas preventivas de Argentina y de CABA.



Como podemos observar los porcentajes de controles de factores de riesgo varían según el tipo de cobertura.



En cuanto al Seguro de Salud, es importante tenerlo porque los pacientes están mucho mejor controlados y justamente se hace más Prevención que cuando van a demanda a usar el hospital cuando se sienten enfermos.




Los **puntos de partida** están en la generación de políticas sustantivas dirigidas a garantizar la cobertura de salud a toda la población; a fortalecer el desempeño del sector; a promover la articulación e integración intra e intersectorial; a capacitar y formar el recurso humano. Por otra parte, atender la situación del envejecimiento de la población que afectará la dinámica de los servicios de salud y requerirá mayor investigación sobre los problemas que afectan a los mayores; sus derechos y expectativas, el rol de la familia y las redes sociales en su cuidado.

Como les comentaba anteriormente, contamos con la **Ley de Cobertura Porteña de Salud** que contempla cómo se hace la cobertura y qué es lo que hay que cubrir.

COBERTURA PORTEÑA DE SALUD
SUBSECRETARIA DE PLANIFICACION SANITARIA

Ley 2597 - Cobertura Porteña

- Se crea apelando al artículo 18 de la ley 153 que define el Primer Nivel de Atención dado que no existe en el texto de la ley la posibilidad de crear un "seguro jurisdiccional" de salud para la población sin cobertura.
- El alcance de la ley son todos los habitantes sin cobertura médica, que acrediten su residencia en la ciudad (se estima en 500.000 personas alcanzables por COPS)
- **Servicios a brindar: atención integral, personalizada y gratuita**, según los criterios de organización del primer nivel de atención en el marco de una red de complejidad creciente.
- Primer nivel como puerta de entrada al sistema a través de los médicos de cabecera, debiendo estar la residencia y/o lugar de trabajo del paciente dentro del área programática o delimitación geográfica sanitaria que se establezca en un futuro.
- **Acreditación.** La autoridad de aplicación, a través de los efectores de salud, registrará y acreditará a los beneficiarios, quienes recibirán el listado de profesionales disponibles. No menciona ningún mecanismo de acreditación y selección de los profesionales que participaran así como de los prestadores públicos.

 Buenos Aires Ciudad
 Ministerio de Salud
EN TODO ESTÁS VOS

Desde el año 1996 hasta el 2014 ha habido una serie de acciones que nos fueron permitiendo construir este seguro de salud, que lo podríamos mostrar nosotros como políticas de Estado. Dichas acciones son:

- ❖ **1996:** Creación Plan Médico de Cabecera en la CABA
- ❖ **1997:** creación Plan Pediatra de Cabecera en la CABA
- ❖ **1998:** Creación Plan Pediatra en Casa en la CABA
- ❖ **2000:** Creación Plan Médico de Cabecera en Nación
- ❖ **2003:** Creación de Centros Médicos Barriales
- ❖ **2007:** Ley de COBERTURA PORTEÑA EN LA CABA
- ❖ **2008:** Implementación de padrones y nominalización de beneficiarios y plan de afiliaciones
- ❖ **2012:** Implementación de Turnos Telefónicos
- ❖ **2013:** Articulación del COPS con Plan Nacer, SUMAR, REMEDIAR + REDES
- ❖ **2014:** Expendio de Medicamentos en Red de Farmacias de la Ciudad

Hoy contamos con **376.033 afiliados** de los 500.000 posibles, es decir del 17 % que no tiene cobertura. Cada uno con la **Tarjeta Única de Ciudadanía**, nominalizado. El sistema SIGEHOS es donde se nominaliza a toda la población.

Esa población está repartida en los 300 médicos de cabecera de la Ciudad de Buenos Aires, incluido 80 odontólogos, pediatras, toco-ginecólogos y clínicos.

El concepto que queremos es fortalecer el primer nivel de atención con una atención desconcentrada.

En relación al **acceso al medicamento**, nosotros estábamos preocupados porque es lo que nos faltaba para que sea un verdadero Seguro de Salud, tener equidad con respecto a otras coberturas y acceso al medicamento. A partir del año 2014, hicimos una licitación de administradoras de farmacia y pudimos colocar en una red de 52 farmacias que están distribuidas en todos los barrios donde con la receta, que es una receta con código de barras del médico de cabecera, tiene el expendio del medicamento al 100 % en las farmacias de la ciudad.

Antes el paciente con esa receta del médico de cabecera tenía que ir a obtener el medicamento a las farmacias de los 13 hospitales generales de agudo con lo cual implicaba que había que ir en los horarios que atendía la farmacia del hospital, hacer las colas, no tenían el medicamento los fines de semana.

Hoy el paciente, al estar en la administradora de la red de farmacias de la ciudad, va a tener siempre una farmacia cerca de su domicilio donde pueda ir a retirar su medicamento con un subsidio del 100 %.

COBERTURA PORTEÑA DE SALUD
SUBSECRETARIA DE PLANIFICACION SANITARIA

**MEJORAS PARA BENEFICIARIOS DE COPS:
PROYECTO – EXPENDIO DE MEDICAMENTOS EN FARMACIAS**

ACCESIBILIDAD AL MEDICAMENTO:

- Distribución geográfica alcanzando barrios de menor nivel socio – económico
- Ampliación horaria de atención con farmacias de turno
- Nivelar el acceso al medicamento con las coberturas de los otros subsistemas de salud.

Fuentes: COORDINACION GRAL. COBERTURA PORTEÑA DE SALUD

Buenos Aires Ciudad

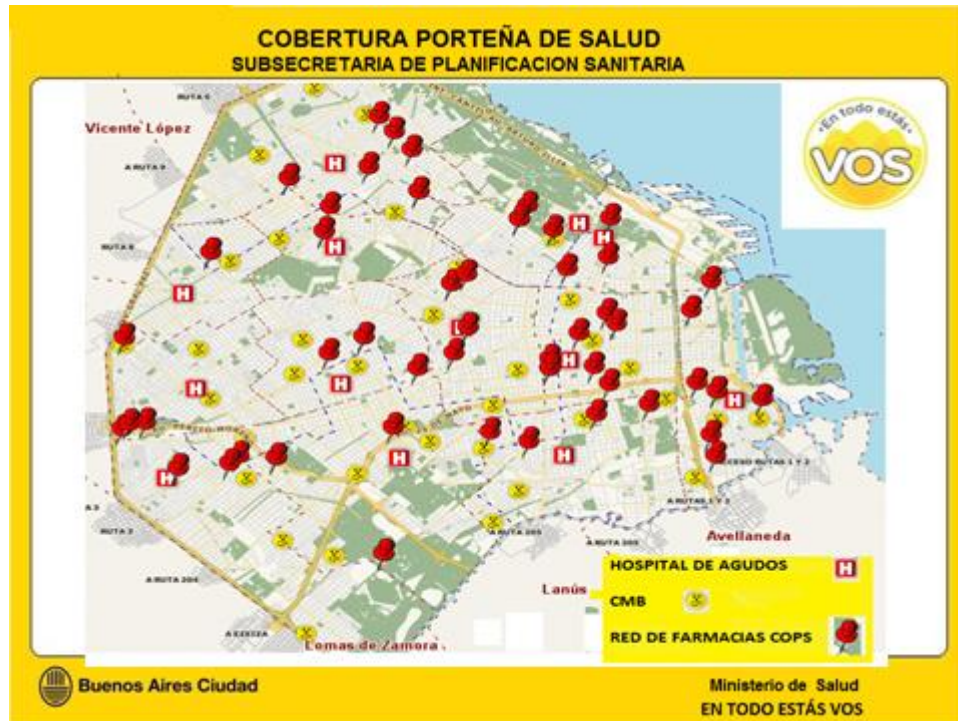
Ministerio de Salud
EN TODO ESTÁS VOS

La ventaja que nos dio a nosotros esto es el modelo de funcionamiento de cualquier obra social. En la diapositiva pueden observar cómo es el circuito.



Estamos muy contentos con este tipo de sistema, no solamente porque es un tema que la gente lo recibió muy bien, con un muy buen acceso al medicamento sino porque además a nosotros nos devuelve datos que necesitamos como por ejemplo, qué recibió el paciente, qué medico lo atendió, cuáles son las patologías que más gastan. Tenemos todos los datos que antes para nosotros, el sector público, estaban como negados.

En el siguiente **mapa** se puede observar la **distribución de la red de farmacias**.



Impacto sobre la población destinataria

- Mediante este modelo el GCBA proveerá en forma gratuita medicamentos ambulatorios a aproximadamente 400.000 personas residentes en CABA. Este beneficio será muy valorado por la población receptora.
- El modelo tendrá un amplio impacto sanitario dado que la cobertura farmacológica será recibida por grupos que actualmente son muy vulnerables
- Se consolidará significativamente la modalidad Atención Primaria con intervenciones farmacológicas costo-efectivas.
- La dispensa se realizará a través de una red de farmacias racionalmente distribuidas en el territorio de la CABA, cumpliéndose estrictamente las directivas de ANMAT en lo atinente a las buenas prácticas de comercialización de productos farmacéuticos.
- Se utilizarán medicamentos éticos, estuchados, con troquel, código de barras, prospectos y trazabilidad. No se usarán presentaciones hospitalarias.
- Este gerenciamiento del sistema se sustentará con costos comparables a los montos que hasta ahora se destinan a la dispensa de medicamentos en instituciones hospitalarias, pero generando un salto de calidad al proveerse el producto en su envase secundario, y al brindar información sobre consumos, costos e impacto sanitario.

Conclusiones

- Menos personas sin cobertura formal que el resto del país.
- Mayor porcentaje de población con Necesidades Básicas cubiertas.

- Población más envejecida y con mayor proporción de mujeres.

Hoy nosotros decimos que la Ciudad de Buenos Aires se constituyó en la primera jurisdicción del país donde todos los residentes tienen acceso a una cobertura formal.

Muchas gracias.