
ESTUDIO DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD EN LA REGIÓN DE FRONTERA

ARGENTINA – BRASIL – PARAGUAY

2001-2002

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD DE ARGENTINA – BRASIL – PARAGUAY

MINISTERIOS DE SALUD DE ARGENTINA – BRASIL – PARAGUAY

ESTUDIO DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD EN LA REGIÓN DE FRONTERA

ARGENTINA – BRASIL – PARAGUAY

2001-2002

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD DE ARGENTINA – BRASIL – PARAGUAY

MINISTERIOS DE SALUD DE ARGENTINA – BRASIL – PARAGUAY

Equipo Consultor
Dr. Ignacio Astorga J.
Lic. Ana María Pinto C.
Ing. Marco Figueroa M.

© Organización Mundial de la Salud, 2004

Todos los derechos reservados. Es permitida la reproducción total o parcial de dicha obra, desde que sea citada la fuente y no sea para venta o cualquier finalidad comercial.

Las opiniones expresadas en el documento por autores denominados son de su entera responsabilidad.

Informaciones sobre esta publicación pueden ser solicitada al:

Proyecto de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud/OPS – Brasil

SEN, lote 19 – Brasília – DF

Cep: 70.756-090

Tel: 61 426-9595 Fax: 61 426-9591

<http://www.opas.org.br/servico/paginas/index.cfm>

1. Coordinador del Proyecto

Julio Manuel Suárez

2. Equipo Técnico/OPS

Luciana de Deus Chagas

Rosa Maria Silvestre

3. Normalización

CEDOC/OPAS

4. Revisión en español

Rosa Febles

5. Capa, Proyecto Gráfico y DTP

Formatos Design

6. Tiraje

1.000 ejemplares

Impreso en Brasil

Ficha catalográfica elaborada por Centro de Documentación de la
Organización Panamericana de la Salud – Representación de Brasil

Astorga J., Ignacio

Estudio de la Red de Servicios de Salud en la Región de Frontera Argentina, Brasil e Paraguay: 2001-2002 / Ignacio Astorga J., Ana María Pinto C. e Marco Figueroa M. – Brasília: Organización Panamericana de la Salud, 2004.

Bibliografía

ISBN 85-84943-42-1

1. Salud de frontera. 2. Áreas de frontera. 3. Brasil. 4. Argentina. 5. Paraguay. 6. Servicios de salud. I. Ana María Pinto C. II. Marco Figueroa M. III. Título IV. Organización Panamericana de la Salud.

NLM:

SUMARIO

Lista de gráficos	7
Lista de tablas	9
Prefacio	11
I. Resumen Ejecutivo	13
II. Antecedentes	18
A. Términos de Referencia de la Consultoría	18
1. Contexto	18
2. Propósito	19
3. Objetivos	19
B. Desarrollo de la Consultoría	19
III. Contexto de los países y la frontera	21
A. Perfil de los países	21
B. Perfil de los servicios públicos	23
1. Argentina	23
2. Brasil	25
3. Paraguay	26
C. Caracterización de las Migraciones Transfronterizas: Argentina – Brasil – Paraguay	27
D. Breve Reseña Histórica de la Trifrontera y sus Ciudades	31
IV. Metodología	34
A. Marco Conceptual de la Metodología	34
1. Modelos para Estudiar las Necesidades de Salud	34
2. Modelo de Red Asistencial: un marco de organización de la atención	35
B. Metodología del Estudio	37
1. Descripción	37
2. Recursos Productivos	38
3. Resultados	39
4. Análisis Combinado	39

V. Resultados	40
A. Perfil Epidemiológico	40
1. Años de Vida Potencialmente Perdidos – AVPP	40
2. Mortalidad	41
3. Morbilidad	47
B. Producción	49
1. Consultas médicas de urgencia en hospitales	49
2. Consultas médicas de atención primaria o básica	50
3. Consultas médicas de especialidad	51
4. Urgencia + Atención Primaria + Especialidad	54
5. Atención del parto y puerperio	54
6. Intervenciones Quirúrgicas Mayores	56
7. Egresos y uso de camas	57
C. Población	61
D. Caracterización de los recursos humanos	63
1. Disponibilidad de personal por establecimiento y territorio	63
2. Caracterización del mercado de trabajo	68
E. Análisis de Recursos Financieros	68
F. Diagnóstico de infraestructura	68
G. Equipamiento Médico, Industrial y Vehículos	69
H. Análisis de la red: estructural y funcional	69
1. Análisis por Ciudad	69
2. Atención de Salud entre Países	76
VI. Conclusiones y Recomendaciones	84
A. Generales	84
1. Calidad y Oportunidad de la Información	84
2. Perfil Epidemiológico y Prioridades Sanitarias	84
3. Cobertura Asistencial	86
4. Funcionamiento de la Red	87
B. Específicos: Atención entre Países	88
1. Conclusiones	88
2. Propuestas	89
C. Por País	91
1. Argentina – Puerto Iguazú	91
2. Brasil – Foz de Iguazú	93
3. Paraguay – Ciudad del Este	95
Bibliografía	99

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Evolución Tasa de Mortalidad General, Trifrontera 1996 – 2000	41
Gráfico 02: Evolución Tasas de Mortalidad Infantil 1996 – 2000, Trifrontera	43
Gráfico 03: Evolución Tasa de Mortalidad Neonatal, Trifrontera.	44
Gráfico 04: Evolución Tasa de Mortalidad Materna, Trifrontera 1996 – 2000	46
Gráfico 05: Tasa de Atención de Urgencia, Trifrontera, 2000	49
Gráfico 06: Tasa de Atención Primaria Trifrontera, 2000	50
Gráfico 07: Tasa Cruda de Atención de Especialidad, Trifrontera, 2000	53
Gráfico 08: Comparación Tasas Consulta de Especialidad Base y Ajustada, Trifrontera, 2000	53
Gráfico 09: Tasa de Consulta Médica, Trifrontera, 2000	54
Gráfico 10: Evolución Partos, Trifrontera 1996 – 2000	55
Gráfico 11: N° de partos por 1000 Mujeres en Edad Fértil (15-44), Trifrontera, 2000	55
Gráfico 12: Evolución Cirugía Mayor Beneficiarios Públicos, Trifrontera 1996 – 2000	56
Gráfico 13: Tasa de Cirugía Mayor, Beneficiarios Públicos, Trifrontera, 2000	57
Gráfico 14: Disponibilidad de Camas por 1000 beneficiarios, Trifrontera, 2000	58
Gráfico 15: Tasa de Egreso beneficiarios sistema público, Trifrontera, 2000	59
Gráfico 16: Composición Población Usuaría por Sistema de Salud, Trifrontera, 2000	61
Gráfico 17: Estructura por Edad y Sexo, Ciudades Trifrontera, 2000	62
Gráfico 18: Tasa de Crecimiento Anual Poblacional, Ciudades Trifrontera 1999 – 2000	62
Gráfico 19: Indicadores de Funcionamiento Territorial, Ciudad del Este – Foz de Iguazú 2000	83
Gráfico 20: Requerimientos Inversión de Reposición Equipos y Vehículos, Foz de Iguazú US\$	94

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Ficha Técnica General por país: Argentina, Brasil, Paraguay	21
Tabla 2: Principales causas de AVPP por ciudad – Trifrontera	40
Tabla 3: Evolución Tasa de Mortalidad General, Trifrontera	41
Tabla 4: Principales causas de Mortalidad General , Trifrontera, 2000	42
Tabla 5: Evolución Tasa de Mortalidad Infantil, Trifrontera	42
Tabla 6: Cinco principales causas de Mortalidad Infantil – Trifrontera, 2000	43
Tabla 7: Evolución Tasa de Mortalidad Neonatal, Trifrontera	44
Tabla 8: Principales causas de Mortalidad Neonatal, Trifrontera, 2000	45
Tabla 9: Evolución Tasa de Mortalidad Materna, Trifrontera (x 100.000 nacidos vivos)	45
Tabla 10: Principales causas de Mortalidad Materna, Trifrontera, 2000	46
Tabla 11: Principales causas de Egreso hospitalario (alta) Trifrontera	47
Tabla 12: Principales causas de Consulta de Atención Primaria, Trifrontera, 2000	48
Tabla 13: Principales causas de Consultas de Urgencia, Trifrontera	48
Tabla 14: Consultas Médicas Urgencia Hospitalaria, Trifrontera, 2000	49
Tabla 15: Consultas Médicas Atención Primaria o Básica, Trifrontera, 2000	50
Tabla 16: Consultas Médicas de Especialidad, Trifrontera, 2000	52
Tabla 17: Atención del Parto por ciudad, Trifrontera	54
Tabla 18: Evolución Intervenciones Quirúrgicas Electivas y Urgencia, Trifrontera	56
Tabla 19: Cirugías Mayores de Urgencia y Electiva, Trifrontera, 2000	57
Tabla 20: Camas en Trabajo/Disponibles de Trifrontera para atención de beneficiarios del sistema público, 2000	58
Tabla 21: Egresos Hospitales Trifrontera	58
Tabla 22: Evolución Egresos Clínica Quirúrgica, Hospitales Trifrontera	59
Tabla 23: Evolución Egresos Obstetricia, Hospitales Trifrontera	59
Tabla 24: Evolución Egresos Clínica Médica, Hospitales Trifrontera	60
Tabla 25: Evolución Egresos Pediatría, Hospitales Trifrontera	60
Tabla 26: Evolución Demanda de Camas (con I.O. 80%), Hospitales Trifrontera	60
Tabla 27: Evolución Brecha de Camas, Hospitales Trifrontera	61
Tabla 28: Composición Poblaciones Trifrontera, 2000	61
Tabla 29: Caracterización Cargos Médicos – Año 2000 – Municipio Foz de Iguazú, Hospital Ciudad del Este, Hospital Puerto Iguazú	64
Tabla 30: Disponibilidad de Médicos Sector Privado	65
Tabla 31: Disponibilidad Personal Profesional, Municipio Foz, Hospital Ciudad del Este, 2000	66
Tabla 32: Disponibilidad Personal Técnico, Municipio Foz, Hospital Ciudad del Este, 2000	66
Tabla 33: Disponibilidad Personal Auxiliar, Municipio Foz, Hospital Ciudad del Este, 2000	66
Tabla 34: Disponibilidad Personal con formación mínima, Municipio Foz, Hospital Ciudad del Este, 2000	67
Tabla 35: Caracterización del Mercado del Trabajo	68
Tabla 36: Cadastro Valorizado de Equipamiento Médico, Trifrontera	69
Tabla 37: Modelo de Atención Ambulatoria – Trifrontera	70
Tabla 38: Modelo de Atención Hospitalaria – Trifrontera	70

Tabla 39: Caracterización por Hospitales Convenio SUS, Foz de Iguazú, CDE y Puerto Iguazú, 2000	71
Tabla 40: Caracterización por establecimientos públicos de atención abierta, Trifrontera , 2001	72
Tabla 41: Componentes Red de Urgencia, Trifrontera, 2001	73
Tabla 42 Disponibilidad de servicios y unidades en clínicas privadas de Ciudad del Este y Foz de Iguazú, 2000	75
Tabla 43: Origen de la demanda, Foz de Iguazú, año 2000	77
Tabla 44: Análisis Origen – Destino Egresos Hospitalarios Trifrontera	78
Tabla 45: Hospitalizaciones de ciudadanos paraguayos en Hospitales de Foz de Iguazú, 2001	79
Tabla 46: Análisis Territorial Atención Primaria, Trifrontera, 2000	79
Tabla 47: Análisis Territorial Consultas de Urgencia, Trifrontera, 2000	80
Tabla 48: Análisis Territorial Consultas de Especialidad, Trifrontera, 2000	80
Tabla 49: Derivaciones Consultas Médicas de Especialidad, Municipio Foz de Iguazú, 2001	81
Tabla 50: Derivaciones de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, Municipio Foz de Iguazú, 2001	81
Tabla 51: Análisis Territorial Atención del Parto, Trifrontera, 2000	82
Tabla 52: Resumen Indicadores Análisis Territorial – Trifrontera, 2000	82

PREFACIO

Esta edición bilingüe del "Estudio de la Red de Servicios de Salud en la Región de la Frontera: Argentina – Brasil – Paraguay – 2001-2002" es fruto de la asociación de las Representaciones de la Organización Panamericana de la Salud de estos tres países y de sus respectivos Ministerios de Salud.

La presente publicación estableció un diagnóstico de la situación de los servicios de salud de las ciudades fronterizas de Puerto Iguazú/Argentina, Foz de Iguazú/Brasil y Ciudad del Este/Paraguay. Bajo este diagnóstico, fueron apuntadas propuestas de planificación del sector salud, con miras a su calidad propulsora de desarrollo sustentable y de integración económico-social de las regiones de frontera.

Estudiar la dimensión internacional de los servicios de salud en municipios de la frontera implica el establecimiento de una nueva lógica de las relaciones entre los países, con cambios en el campo social y cultural. En ese sentido, todo conocimiento sobre la zona de frontera de estos países, local privilegiado de las transformaciones que formarán parte del proceso de integración, se reviste de particular importancia. En el campo de la salud, estudiar esos espacios contribuirá para planear y fortalecer estrategias de atención a estas poblaciones y diseñar y formular nuevos y más efectivos caminos hacia la Salud para Todos.

Considerando las dimensiones históricas, sociales, culturales, económicas y políticas entre las diferentes poblaciones fronterizas, la Organización Panamericana de la Salud espera, a través de esta publicación, fomentar acciones de integración en el ámbito del Mercado Común del Cono Sur (MERCOSUR) y de otros países interesados, estimulando el debate de políticas de salud que aporten el mayor rédito al bienestar de la población.

Juan Manuel Sotelo Figueiredo
Representante de la OPS/OMS en Argentina

Antonio Horacio Toro
Representante de la OPS/OMS en Brasil

Carmen Rosa Serrano
Representante de la OPS/OMS en el Paraguay

I. RESUMEN EJECUTIVO

El área de frontera entre Argentina – Brasil – Paraguay, constituida por las ciudades de Puerto Iguazú, Foz de Iguazú (Foz) y Ciudad del Este (CDE), es un sector con un importante flujo de personas entre los tres países, el que tiene impacto en la demanda de atención de salud de los tres países, en un grado que es necesario conocer.

Con este fin se contrató una consultoría que en primer lugar permitiera establecer un diagnóstico de la situación de los sistemas de salud en las tres ciudades fronterizas a partir del cual fuera posible establecer una propuesta trinacional para solucionar los principales problemas de interés común.

Para llevar adelante el estudio se aplicó la metodología de análisis de Red Asistencial elaborado y aplicado en Chile por los técnicos del Ministerio de Salud. Ella consistió en la elaboración y aplicación de una pauta de recolección de información, asociada a la visita de los consultores a los tres países. De la información requerida, no fue posible contar con la totalidad de ella, sin embargo se pudo establecer un nivel que permite realizar análisis y propuestas para la región.

El estudio abarcó las ciudades de la trifrontera (Ciudad del Este, Foz de Iguazú y Puerto Iguazú) y de la bifrontera (Posadas y Encarnación). Para cada ciudad se elaboró un documento específico, de los cuales sólo se agrega un resumen final en el presente documento. Además se elaboró un documento para la Bifrontera.

A continuación se describen las principales conclusiones y recomendaciones del estudio.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES GENERALES

1. Calidad y Oportunidad de la Información

Dado que el estudio se construyó mayormente a partir de fuentes secundarias, un problema recurrente fue la calidad y oportunidad, respecto a la disponibilidad de registros; confiabilidad y suficiencia de los registros; método de cálculo de los indicadores; estimación de población; definición de términos y conceptos; homologación de términos entre países y validación de la información.

Recomendación

Es recomendable que en aquellas materias de interés común entre los tres países, el primer paso de la cooperación se centre en la generación de un sistema de información común, con definiciones, sistemas de recolección y de análisis de la información similares.

2. Perfil Epidemiológico y Prioridades Sanitarias

En los indicadores de mortalidad, CDE presenta una tasa de mortalidad general inferior a Foz y similar a Puerto Iguazú. De acuerdo a lo señalado por diversos profesionales consultados, se estima la existencia de subregistro de información de muertes en CDE, lo que hace poco confiable el dato. Sin embargo para todos los otros indicadores de mortalidad (Infantil, Neonatal, Materna), CDE presenta tasas significativamente superiores a sus vecinos, lo que indica un mayor nivel de daño.

Al analizar las causas de daño asociados a mortalidad, Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) y perfil de consultas y egresos se observan algunos patrones comunes entre las tres ciudades y otros que son propios de cada una de ellas.

Dentro de los problemas que se repiten entre la tres ciudades se observa un patrón mixto compuesto por problemas asociados al embarazo y parto, violencias y otras derivadas de patologías crónicas no transmisibles asociadas al envejecimiento de la población (patología cardiovascular, diabetes y cáncer). Frente a estos problemas no existe una respuesta adecuada en todas las ciudades, en particular para los problemas del adulto en CDE.

Recomendaciones

Frente a este mix de problemas es recomendable establecer estrategias comunes de prevención y manejo de estos problemas de salud pública que podrían traducirse en el establecimiento de las **Prioridades Sanitarias de la Trifrontera**, que podrían incorporar dentro de los programas de colaboración entre países otros aspectos además de los de tipo infectocontagioso, que constituyen habitualmente el contenido central de este tipo de programa.

Este plan debería velar por la consistencia entre perfil de daño y acciones sanitarias (eficaces y eficientes) en sus diferentes niveles de aplicación (Promoción y prevención; Diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; Cuidados paliativos), promoviendo la colaboración entre los países en materias específicas, tales como intercambio de información, estudios epidemiológicos, evaluación de programas y capacitación.

3. Cobertura Asistencial

Al analizar las consulta médicas es posible observar dos patrones, el primero, relacionado con las consultas de urgencia y el segundo con las consultas de tipo electivo. Para la atención de urgencia se observa una cobertura asistencial similar entre CDE y Foz, presentando Puerto Iguazú una mayor tasa de atención.

Al considerar las consultas médicas de atención primaria y de especialidad la cobertura de atención es similar entre Foz y Puerto Iguazú, sin embargo los valores observados en CDE son **muy inferiores** a sus vecinos. Si se considera el comportamiento programático se observa que tanto en Ciudad del Este como Puerto Iguazú hay una mayor cobertura maternal e infantil, con una menor cobertura del adulto. En Foz se observa un patrón inverso.

Paradójicamente la prestación que presenta menores inequidades en su distribución, entre las tres ciudades, son la cirugías mayores, que de por sí son prestaciones de alto costo, dado el volumen y complejidad de los recursos requeridos para su manejo. Sin embargo hay una mezcla ineficiente de cirugías de urgencia y electivas en CDE y Foz, con un exceso de intervenciones de urgencia en relación a las electivas.

Al analizar la disponibilidad y uso de las camas hospitalarias, se observan igualmente dos patrones, uno al alza y otro a la baja. Los servicios que se encuentran a la baja son pediatría (a excepción de CDE) y obstetricia. Los servicios quirúrgicos presentan una tendencia al alza (salvo en Puerto Iguazú que los egresos están en descenso). Los servicios de medicina tienen un comportamiento más irregular siendo difícil establecer un patrón. Los ejercicios de optimización del recurso cama demuestran que existe capacidad ociosa en las tres ciudades.

Las diferencias de coberturas se asocian directamente a la disponibilidad de recursos asistenciales, así como la disponibilidad de médicos asistenciales x 1000 beneficiarios, es de 0,75 en Puerto Iguazú, 0,36 en Foz (solo médicos de atención ambulatoria) y 0,31 en Ciudad del Este.

Recomendaciones

En este contexto es recomendable aplicar estrategias de reconversión de camas, de manera de contar con un pool de camas (camas indiferenciadas) que permita establecer compensaciones entre servicios de baja demanda (que presentan exceso de camas) con los de alta demanda (donde existe un déficit, ej. Cirugía).

4. Funcionamiento de la Red

El mayor desarrollo de la red se verifica en Foz y Puerto Iguazú, lo que está dado por los recursos y organización disponibles. Sin embargo la **articulación de la red** es insuficiente en las tres ciudades.

En Puerto Iguazú y CDE no hay una regulación explícita entre el nivel primario y la atención de especialidad, lo que genera ineficiencia en el uso de los recursos, al estar los especialistas abiertos a la atención de morbilidad general. A pesar que en Foz existe una jerarquización de este proceso, el déficit se genera en la articulación con el nivel hospitalario de Santa Casa, el que tiene su propia lógica de funcionamiento.

Respecto a la red de urgencia, solo Foz cuenta con todos los niveles y capacidades asistenciales instalados, teniendo CDE y Puerto Iguazú una menor complejidad asistencial.

Respecto a los prestadores privados, tanto CDE como Foz tienen una amplia gama de ellos. En el CDE los privados tienen una complejidad superior a la existente en el hospital público, sin embargo el acceso a ellos está limitada por la disponibilidad de recursos. En el caso de Foz, gran parte de los privados son parte de la red del Sistema Unico de Salud (SUS).

Recomendaciones

Las principales recomendaciones en estas materias se relacionan con la generación de instancias de articulación de la red que verifique la oportunidad y pertinencia de los procesos de derivación y contraderivación, además de optimizar el conjunto de recursos disponibles para la atención. La generación de este tipo de iniciativas puede permitir optimizar un volumen considerable de recursos y redestinarlo hacia áreas de atención falentes.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

La información disponible indica que la mayor transferencia de atención se genera entre CDE y Foz. A pesar de que en Puerto Iguazú se atiende también a ciudadanos de Paraguay, este número es relativamente pequeño en comparación con los flujos existentes hacia Foz.

La atención que los ciudadanos de Paraguay solicitan en Foz equivale entre un 5 y 55% de las prestaciones producidas en CDE, constituyendo la Atención Primaria y de Especialidad las más demandadas por la población paraguaya. Es igualmente para estas prestaciones donde hay mayor diferencia entre CDE y Foz, por lo que se estima que este déficit de CDE es manejado por la población a través de la derivación de su consulta hacia Foz. Cabe destacar que esta demanda **es espontánea**, es decir no está regulada por derivación desde el hospital de CDE a Foz, siendo las solicitudes formales de derivación muy escasas y limitadas a atenciones de urgencia.

A pesar de que en CDE existe una alta disponibilidad de prestadores privados, la población concurre a Foz para ser atendida. Ello probablemente se explica por el pago por las prestaciones que el sistema privado exige. Criterio que también se aplica en una escala menor en los establecimientos públicos donde la gratuidad es una potestad de la autoridad y no un derecho.

Toda propuesta de regulación en esta materia debe considerar que los elementos que condicionan la derivación de la demanda desde CDE a Foz responden a aspectos estructurales como son la disponibilidad general de recursos en Paraguay (la que es menor que en Brasil) y a las políticas de salud pública del país, que determinan las prioridades nacionales y los criterios de distribución de recursos.

El patrón migratorio observado es múltiple, tanto a nivel de trabajadores, estudiantes y familias, que se asocian a grupos humanos con fuertes lazos sociales, comerciales y laborales entre grupos a ambos lados de la frontera. En este contexto los temas de salud no pueden ser manejados de manera independiente a otras situaciones de la frontera, en particular a los aspectos sociales y culturales señalados anteriormente además de los aspectos económicos involucrados, de manera que si se pretende incorporar regulaciones al proceso de atención en salud, se pueda estimar el impacto en otras áreas.

Frente a esta situación existen diversas propuestas a analizar por los niveles locales y nacionales.

1. Decisiones de nivel local

Sin perjuicio que las relaciones entre países están reguladas por los niveles centrales de cada gobierno nacional, existen un conjunto de acciones que pueden ser materializadas a nivel local, ya que tienen como trasfondo la optimización de los recursos disponibles en la ciudad o región, para ello se recomienda considerar:

- a) Establecimiento de sistemas de comunicación e intercambio fluido entre los países, que representa el primer paso para una coordinación de esfuerzos mayores.
- b) Incorporar inicialmente en este proceso los siguientes temas: vigilancia epidemiológica; uso de servicios, preparación colectiva para emergencias y catástrofes.
- c) Elaboración de programa de trabajo que enmarque las diversas acciones y programas, ej Plan de Prioridades Sanitarias de la Trifrontera, el que debe incorporar al menos: estandarización de sistemas de información; unificación de los sistemas de proyección demográfica; establecimiento de estrategias conjuntas de formulación y evaluación de los programas de salud; establecer redes de cooperación técnica y colaboración en torno a los problemas prioritarios ej. Atención de urgencias con riesgo vital; programas de capacitación tanto en temas clínicos como de gestión de servicios.

2. Decisiones de nivel nacional

Los niveles nacionales son los responsables de establecer el marco político en que se desempeñan los niveles regionales y locales, en este sentido establecen las prioridades sanitarias nacionales y los mecanismos de financiamiento para su consecución.

(a) Ámbito Programático

Respecto a la cobertura programática un aspecto que merece ser revisado por el Ministerio de Salud de Paraguay es el relacionado con la Atención Primaria, ya que su cobertura debería ser asegurada por el estado para el 100% de la población. El tema de la especialidad puede ser atendible, dado que se requiere de recursos de mayor costo para su desarrollo.

(b) *Ámbito de Gestión*

Es recomendable la revisión de las propuestas de articulación de las redes en cada país, ya que de acuerdo al diagnóstico descrito anteriormente, en cada uno de los países existen diversos problemas en la gestión de las redes locales.

Además es recomendable la incorporación de indicadores de eficacia y eficiencia del sistema de salud, de manera de optimizar los recursos disponibles.

(c) *Ámbito Financiero*

Una de las expectativas planteadas durante el estudio ha sido la compensación de intercambio entre los países ya sean monetarias o no monetarias, de acuerdo a la absorción de demanda de atención. Sin embargo dada la inequidad socioeconómica que se refleja en los indicadores de salud y la menor disponibilidad de recursos en Ciudad del Este en comparación con Foz, hacen difícil sustentar una propuesta de esta naturaleza. A lo anterior se suma el hecho que la mayor parte de las consultas en Foz son **espontáneas**, es decir no han sido solicitadas formalmente.

Sin perjuicio de que este es uno de los temas más polémicos es conveniente tener dentro del análisis, la factibilidad económica, legal y social de implementarlas en ambos países.

Las principales alternativas que se debería considerar si se desea avanzar en esta materia son:

- Cobro directo a los usuarios extranjeros.
- Cobro por parte del municipio de Foz a los estados de los cuales provengan los consultantes.
- Cobro por parte del municipio de Foz al Gobierno Federal.
- Generación, por parte de Ciudad del Este, de prestaciones que sirvan de moneda de intercambio con Foz.
- No establecer ningún sistema de intercambio.

II. ANTECEDENTES

Las autoridades sanitarias de Argentina, Brasil y Paraguay han evidenciado frecuentemente la necesidad de trabajar conjuntamente para realizar actividades de prevención y control de los problemas de salud prevalentes en el área de la triple frontera. Por tal motivo se han realizado una serie de acciones durante los últimos años que habitualmente responden a emergencias epidemiológicas, habiendo sido la mayoría de las veces acciones aisladas y de alto costo con relación a los resultados, por lo que se ha visto la necesidad de mejorar la coordinación de estas acciones entre los tres países.

En base a esto, a inicios del 2000, los países solicitaron a la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) su participación para catalizar la cooperación técnica entre los países y la movilización de recursos que contribuyan a la ejecución coordinada de las actividades relacionadas con los problemas de salud comunes.

En respuesta a esta solicitud, la OPS/OMS inició su compromiso convocando a participantes de los diferentes niveles, nacional, regional y local de los tres países para la identificación de problemas comunes en salud y definir las acciones de cooperación a realizar. Como resultado surgió un documento de Cooperación Técnica entre Países (TCC) en el que se definen las áreas de cooperación de acuerdo a los problemas prioritarios, estos fueron:

1. Falta de unificación de datos básicos de vigilancia epidemiológica para las tres fronteras.
2. Falta de coordinación de las actividades de Malaria, Dengue, Fiebre Amarilla, Leishmaniasis.
3. Falta de coordinación para prevención y control de la rabia en las tres fronteras.
4. Red de salud inadecuada para la asistencia básica de casos con ETS/SIDA.
5. Deficiencias en el registro de la información y vigilancia epidemiológica, con diferentes esquemas de vacunación entre las fronteras, así como problemas en la disponibilidad oportuna de biológicos.
6. Falta conocer la capacidad de respuesta de los servicios de atención de salud en la región.
7. Existencia de las condiciones favorables para el desarrollo de un brote epidémico de cólera.

Es en respuesta al problema 6, donde se enmarcó el presente estudio sobre la red funcional de los servicios de salud de la triple frontera.

A. TÉRMINOS DE REFERENCIA DE LA CONSULTORÍA

1. Contexto

El área de frontera entre Argentina – Brasil – Paraguay, constituida por las ciudades de Puerto Iguazú, Foz de Iguazú y Ciudad del Este, además de Posadas (Argentina) y Encarnación (Paraguay) en la frontera sur, es un sector con un importante flujo de personas entre los tres países, lo que se ve facilitado por las buenas condiciones de accesibilidad y ausencia de factores que restrinjan este flujo.

Este flujo de personas tiene impacto en la demanda de atención de salud de los tres países, en un grado que es necesario conocer.

Se estima que existen diversos grados de desarrollo de los sistemas de salud en los tres países y que las coberturas son igualmente diferentes.

2. Propósito

Contar con una propuesta trinacional para solucionar los principales problemas de interés común. Para ello se considera describir la situación de los sistemas de salud en las tres ciudades fronterizas y su área de influencia (además de la frontera sur entre Argentina y Paraguay), realizar su análisis y proponer el funcionamiento en "red de frontera" más adecuada que la actual, con énfasis en la atención materno infantil.

3. Objetivos

- a. Elaborar el diagnóstico de la capacidad actual de producción sanitaria de los establecimientos hospitalarios y de la red estructural-funcional de atención de los sectores públicos y privados.
- b. Establecer propuestas de desarrollo sanitario en red y cooperación entre los países que permitan optimizar los recursos actuales y orientar futuros desarrollos.

B. DESARROLLO DE LA CONSULTORÍA

La propuesta de trabajo contempló el diseño de una pauta de recolección de información por parte de los consultores a partir de su experiencia en los Estudios de Red Asistencial de Chile. El marco teórico y sus contenidos se describen en el capítulo de Metodología.

La encuesta fue validada en el mes de septiembre del año 2001 a partir de talleres efectuados en la bi y trifrontera. La aplicación se efectuó a nivel local a partir de fuentes primarias y secundarias en las siguientes áreas:

- Perfil epidemiológico
- Producción
- Población
- Recursos Humanos
- Infraestructura
- Equipamiento
- Recursos Financieros
- Modelo Estructural y Funcional de la Red

El diseño contemplaba que los equipos locales completaran la pauta de recolección de información y la remitieran vía internet a los consultores. En el mes de noviembre 2001 se efectuó una segunda visita y se culminó con un taller en abril del 2002.

Dada la responsabilidad de los equipos locales se conformó un equipo de trabajo por ciudad, identificando a su vez responsables temáticos, los que debían levantar y validar la información solicitada por los consultores.

En el siguiente cuadro se presenta a los responsables de la consultoría, OPS y equipo locales:

Area	Responsables
Consultor Jefe	Ignacio Astorga
Consultor	Ana María Pinto
Consultor	Marco Figueroa
OPS Brasil	Eduardo Guerrero
OPS Paraguay	Armando Guemes
OPS Argentina	Antonio Azevedo
Responsable Foz	Mauro Fujiwara
Responsable CDE	Eugenio Gamarra
Responsable Puerto Iguazú	Aldo Strianese

De la información solicitada no fue posible obtener su totalidad, lo que limitó la posibilidad de un mayor análisis, en particular en las áreas de infraestructura, financiera y productiva.

Como productos de la consultoría se elaboró un informe para cada ciudad (5), un informe de la Trifrontera (Puerto Iguazú – Ciudad del Este – Foz de Iguazú) y un informe de Bifrontera (Posadas – Encarnación). Estos informes desarrollan un análisis combinado de las variables en estudio.

III. CONTEXTO DE LOS PAÍSES Y LA FRONTERA

A. PERFIL DE LOS PAÍSES

En la siguiente ficha técnica se presenta un perfil comparativo de los principales indicadores sociales, económicos y del sistema de salud de los países en estudio. Cabe destacar que los valores de Argentina corresponden al año 2000, previo a la actual crisis económica.

Tabla 1: Ficha Técnica General por país: Argentina, Brasil, Paraguay

	Argentina	Brasil	Paraguay
I. Contexto			
1. Población Total 2000	37.031.802	172.236.000	5.636.000
2. Población Urbana/Rural 2000	89,6% – 10,4%	79,9% – 20,1%	56,1% – 43,9%
3. Tasa Crecimiento Promedio Anual por 1.000 habitantes	11,9	12,4	24,6
4. Tasa Desempleo 1997	13,7%	n.d.	9,8%
5. % Población > 15 años Analfabeta 2000	3,1%	14,7%	6,7%
6. Nivel escolaridad 2000	n.d.		4,9 años
7. Proporción de población bajo línea de pobreza – indigencia 1999 (área urbana)	19,7% – 4,8%	37,5% – 12,9%	51,7% -33,9%
8. Razón ingreso 20% superior – 20% inferior	12,6%	25,5%	27,1%
9. Gasto Público Social /habitante (US\$ 1997)	US\$ 1.687	US\$ 1.101	US\$ 132
10. Gasto Público en Salud como % PIB 1997	3,8%	5,1%	4%
11. Esperanza de vida al nacer 2000 – 2005	Total: 74,4 H: 70,6 M: 77,7	Total: 69,03 H: 65,5 M: 73,3	Total: 70,8 H: 68,6 M: 73,1
12. Relación niños/mujeres 2000	37,8%	33,2%	57%
13. Relación viejos/jóvenes 2000	35%	18%	8,8%
14. Población con acceso agua potable y saneamiento 1995	65% – 75%	74% – 62%	42% – 10%
II. Problemas de Salud			
15. Tasa Bruta de Natalidad por 1.000 habitantes 2000 – 2005	19,1	19,2	29,6
16. Tasa Global de Fecundidad 2000 – 2005	2,4 hijos por mujer	2,1 hijos por mujer	3,8 hijos por mujer
17. Tasa Bruta Mortalidad por 1.000 habitantes 2000 – 2005	7,8	6,8	5,1
18. Principales causas Mortalidad General 1998	1º Enf. del corazón 2º Tumores 3º Cerebrovascular	1º Enf. A. Circulatorio 2º Enf. Infecciosas y Parasitarias 3º Enf. Genito-Urinarias	1º Enf. del corazón 2º Cerebrovascular 3º Tumores

	Argentina	Brasil	Paraguay
19. Tasa Mortalidad Infantil < 1 año por 1.000 nacidos vivos 2001	17,6	33,1	19,4
20. Principales causas Mortalidad Infantil 1999	1° Afecciones Perinatales 2° Anomalías Congénitas 3° Neumonía e Influenza	1° Afecciones Perinatales 2° Neumonía 3° Diarrea	1° Lesiones debidas al parto 2° Infecciones del recién nacido 3° Neumonía e influenza
21. Mortalidad Materna por 100.000 nacidos vivos 2001	41	59,1	114,4
22. Principales causas Mortalidad Materna	1° Consecuencias del Aborto 2° Cuidado Prenatal 3° Atención del Parto	S/I	1° Consecuencias del Aborto 2° Toxemia 3° Hemorragia
23. Principales causas de Morbilidad General	S/I	1° Embarazo, Parto y Puerperio 2° Respiratorias 3° Circulatorias	1° Enf. Infectocontagiosas, diarreicas y parasitarias 2° Respiratorias agudas y desnutrición 3° Cardiopatías, Tumores y accidentes
III. Cobertura			
24. % partos atendidos por profesional 1998	97%	50%	60%
25. Razón médicos/ 10.000 hbtes. 2001	26,8	12,7	4,9
26. Cobertura de población por tipo de seguro	S/I	SUS: 75% Privados: 20%	Ministerio: 63% Privados: 15% I.P.S.: 13% Otros: 9%
IV. Recursos de la Red Asistencial			
27. Actividades de Atención en Salud			
• N° Consultas Médicas de At. Primaria per cápita	74.119.749 consultas médicas	1.8 (T: 292.162.123) consultas médicas	2.544.482
• N° Consultas Médicas de Especialidad per cápita	S/I	S/I	S/I
• N° Consultas Médicas de Urgencia Hospitalarias per cápita	S/I	S/I	S/I
• N° Intervenciones Quirúrgicas	S/I	S/I	S/I
• N° Egresos Hospitalarios 1997	2.122.689	11.772.367	94.696
28. Camas Hospitalarias			
• N° Camas Total por 1.000 hbtes.	4,5 (Total: 155.749)	3,6 (Total: 544.357)	1,5 (Total: 6.655)
• N° Camas Públicas	84.104	136.089	S/I
• N° Camas Privadas	67.128	408.268	S/I

	Argentina	Brasil	Paraguay
29. Establecimientos Públicos de Salud			
• N° Hospitales	824	2.076	72
• N° Centros de Salud y Ambulatorios	Nd	21.684 ¹	137
• N° Puestos de Salud	Nd	Nd	477
• N° Dispensarios	Nd	Nd	35
• N° Unidades Sanitarias	Nd	Nd	20
• N° Puestos Sanitarios	Nd	Nd	40
• N° Servicios de Emergencia	Nd	3.207	Nd
30. Establecimientos Privados de Salud	Nd	Nd	Nd
• N° Clínicas, Centros e Institutos	Nd	17.719 ²	363
• N° Sanatorios y Hospitales	Nd	5.339	145
• N° Consultorios	Nd	8.406	474
• N° Servicios de Emergencia		5.234	15

Fuente:

Estimación y Proyecciones de Población 1950 – 2050, Boletín Demográfico N° 69 América Latina y Caribe, Febrero 2002. CEPAL – CELADE

Panorama Social de América Latina 2000 – 2001, Septiembre 2001. CEPAL

Nd: Información no disponible

B. PERFIL DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS

1. Argentina

El sistema de servicios de salud está fundamentalmente orientado hacia la atención médica curativa de la enfermedad y centrado en la institución hospitalaria. En la mayoría de las jurisdicciones en las que se impulsó, la estrategia de la atención primaria de salud se organizó como "programas" del primer nivel de atención.

El subsector público u oficial provee los servicios a través de la red pública. En 1991 culminó el largo proceso de descentralización hospitalaria y se confirió flexibilidad administrativa a los directores.

En diciembre de 1996 se realizó una reestructuración del Ministerio de Salud y Acción Social, que quedó constituido por la Secretaría de Políticas y Regulación de Salud y la Secretaría de Programas de Salud.

Las obras sociales están organizadas como un sistema de seguro social obligatorio que incluye, además de las prestaciones de servicios de salud, otros beneficios sociales. Se financian con los aportes de los trabajadores y de los empleadores.

El Gobierno impulsa la desregulación del sector para facilitar la competencia de las obras sociales entre sí y con las compañías de salud privadas (prepagas), estimular la elección de la obra social por parte de los afiliados y garantizar que todas brinden una cobertura obligatoria que incluye las principales prestaciones, diagnósticos y tratamientos (PMO).

¹ Incluye: centros ambulatorios, centros diagnósticos, centros terapéuticos, centros de psiquiatría; todos Públicos

² Incluye: centros diagnósticos, centros terapéuticos, centros de psiquiatría; todos Privados

El subsector privado está compuesto por dos grandes grupos, los profesionales que prestan servicios independientes a pacientes particulares asociados a obras sociales o a sistemas privados de medicina prepaga y los establecimientos asistenciales contratados por las obras sociales.

En Argentina se identifican: i) un subsector público, con financiamiento y provisión públicas; ii) un subsector de seguro social obligatorio organizado en torno a las Obras Sociales (OS), y iii) un subsector privado con modalidades de seguro voluntario prepago que se organiza según los cálculos de riesgo actuarial o de pago directo por prestación.

El subsector público u oficial provee los servicios a través de la red pública de establecimientos de salud. En la actualidad los servicios provinciales y municipales, poseen la infraestructura más extendida en el territorio nacional y atienden a: i) los grupos de menores ingresos sin cobertura de la seguridad social y a aquellos que tienen limitaciones de acceso o geográficas; ii) a los beneficiarios de las OS; iii) a los sectores sociales con mayor capacidad de pago atraídos por el prestigio institucional; y, iv) a las emergencias y accidentes. También ejercen funciones de educación médica. El subsector público sigue siendo el principal proveedor de servicios de emergencias y de atención a enfermos psiquiátricos y crónicos. Los servicios públicos gratuitos han debido afrontar la mayor demanda derivada del deterioro de la cobertura de muchas de las OS, mediante un mecanismo de subsidio público a la seguridad social.

El Hospital Público de Autogestión (HPA) propone un nuevo modelo de atención médica. Basa su acción en la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS), las tareas asistenciales, de docencia e investigación, las acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud así como en la articulación con otros establecimientos en forma de redes de servicios de salud. Con relación a los pacientes que tienen algún tipo de cobertura, el HPA está autorizado a cobrar a terceros pagadores, sean de la Seguridad Social u otro tipo de Seguro. Dado que la mayoría de los Hospitales no pertenecen al Gobierno Central, su inscripción en el registro nacional de HPA ha dependido de la decisión de Provincias y Municipios. A mediados de 1998, se habían incorporado a dicho registro 1.082 hospitales públicos (82% del total) de la mayoría de las jurisdicciones.

Las Obras Sociales (OS) están organizadas como un sistema de seguro social obligatorio. Se financian con aportes de los trabajadores y de los empleadores. Muchas de ellas no proveen servicios directamente pero subcontratan en el subsector privado. En 1994 existían alrededor de 300 entidades que manejaban un total de 2,5 billones de dólares. Los Decretos de desregulación de las OS y de control de la medicina prepaga firmados en octubre de 1996, permiten a las Empresas de Medicina Prepaga (EMP) actuar como OS. En consecuencia, deberán tener el mismo tipo de control que aquellas, contar con solvencia económica y financiera y reunir ciertos requisitos de calidad de atención.

El subsector privado está compuesto por los profesionales y los establecimientos asistenciales privados que prestan servicios independientes a pacientes particulares con capacidad de pago, a asociados a las OS o a usuarios de las EMP. Se calcula que hay más de 200 EMP, fundamentalmente concentradas en las grandes ciudades.

Tratándose de un país federal es posible encontrar gran diversidad de formas de organización y gestión, dependiendo de las características de cada gobierno provincial. Unas privilegian la conducción y manejo en los Ministerios de Salud Provinciales (MSP); otras propician la desconcentración de los MSP en entes regionales o zonales y locales; y otras descentralizan los servicios hacia los niveles municipales. De acuerdo con su normativa, los HPA pueden integrar redes de servicios de salud con otros establecimientos asistenciales públicos o privados debidamente habilitados por la autoridad competente, previa autorización de la autoridad jurisdiccional. Además, está previsto organizar redes de establecimientos por niveles de resolución del riesgo del paciente

Dada la superposición de categorías y la existencia de duplicidades, la cobertura de salud de la población es difícil de estimar. Sin embargo, según el Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991, alrededor de 62,2% de la población posee algún tipo de cobertura.

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia

En la actualidad, el hospital público presta atención a indigentes, provee servicios a los beneficiarios de las obras sociales con un retorno financiero, atiende la demanda de sectores sociales con mayor capacidad de pago y cubre emergencias y accidentes al tiempo que ejerce funciones de escuela médica. El subsector público sigue siendo el principal proveedor de servicios de emergencias y psiquiátricos, y de atención a los enfermos crónicos.

De un sistema de facturación, liquidación y pago por acto médico se pasó a un sistema por capitación en el que el riesgo se concentra en la organización prestadora de servicios médicos. En resumen, el subsector privado aumentó su participación en la provisión de servicios de atención de salud, mientras que la contribución del subsector público y de las obras sociales disminuyó a causa de la contracción fiscal, el descenso de los niveles salariales, el desempleo y la reducción de los aportes patronales.

A partir de la fusión de la ANSSAL, el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS), se creó la Superintendencia Nacional de Servicios de Salud en la órbita del Ministerio de Salud y Acción Social, como organismo descentralizado. Este ente, que goza de autarquía administrativa, económica y financiera, cumplirá las funciones de supervisión, fiscalización y control de los agentes que integran el Sistema Nacional del Seguro de Salud. Esta Superintendencia orientará su acción hacia la fiscalización del PMO y del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica en los entes comprendidos por el sistema, el control del cumplimiento de las disposiciones relativas al Hospital Público de Autogestión y la supervisión del cumplimiento del ejercicio del derecho a elegir libremente la obra social.

La reconversión de las obras sociales condujo a la concepción del Plan Médico Obligatorio (PMO).

2. Brasil

La cobertura de los servicios públicos de salud, complementados por servicios privados contratados por el Gobierno bajo la responsabilidad del SUS, llega al 75% de la población. En los servicios hospitalarios el sistema se basa predominantemente en el reembolso público de los servicios prestados por entidades privadas (80% de los establecimientos hospitalarios que prestan servicios al SUS son privados). Por otro lado, 75% de la asistencia ambulatoria prestada por el SUS es producida por los establecimientos públicos. La cobertura de los planes y seguros privados alcanzó en 1995 a 20% de la población brasileña, unos 34 millones de personas, y una inversión de US\$ 6.400 millones.

Las directrices para la operacionalización del SUS se establecen en las normas operativas básicas (NOB) validadas por la legislación orgánica de salud. Actualmente está en ejecución la NOB 01/96, que además de consolidar el ejercicio por parte del poder público municipal y del Distrito Federal, de las funciones de gestión y de la gerencia de la prestación de servicios a sus habitantes, promueve el proceso de descentralización determinando mecanismos para la transferencia automática de recursos federales a los estados y municipios. También fortalece los procesos de gestión compartida entre el Gobierno Federal y los gobiernos estatales y municipales, a través de las comisiones intergestoras tripartitas y bipartitas. La comisión intergestora tripartita está constituida paritariamente por representantes del Ministerio de Salud, del Consejo Nacional de Secretarios Estatales de Salud y del Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud.

La autorización para el ejercicio profesional en las diversas carreras de salud corresponde a los respectivos consejos profesionales, autarquías públicas, creadas por ley y con autonomía para controlar y fiscalizar el ejercicio de los profesionales de cada categoría en todo el territorio nacional. La regulación sanitaria referente a medicamentos, equipamientos, productos cosméticos y de limpieza la aplica la Secretaría de Vigilancia Sanitaria del Ministerio de Salud.

El Instituto Nacional de Control de Calidad en Salud es una unidad de la Fundación Oswaldo Cruz – Fiocruz que actúa como referencia nacional para cuestiones tecnológicas y normativas, relativas al control de la calidad de insumos, productos, ambientes y servicios vinculados a la Vigilancia Sanitaria.

El control de agrotóxicos está regulado por legislación intersectorial e involucra a los Ministerios de Salud, de Agricultura y del Ambiente, quedando la evaluación toxicológica bajo responsabilidad del sector salud.

El control de los alimentos es un componente del sistema nacional de vigilancia sanitaria. Existe legislación específica que establece las normas básicas de registro, control y rotulado, así como los patrones de identificación y calidad de los productos, la fiscalización y los procedimientos administrativos pertinentes.

3. Paraguay

El Consejo Nacional de Salud, constituido por instituciones claves del sector y presidido por el Ministro de Salud, tiene la responsabilidad legal de coordinar y controlar los planes, programas y actividades de las instituciones públicas y privadas en el sector. La atención de la salud es responsabilidad de tres subsectores. El subsector público está conformado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, la Sanidad Militar, la Sanidad Policial, la Sanidad Municipal, la Corporación de Obras Sanitarias y el Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción.

En el subsector paraestatal se integran el Instituto de Previsión Social (IPS), la Cruz Roja Paraguaya y el Hospital de la Universidad Católica de Nuestra Señora de la Asunción. El subsector privado, unificado en la Asociación de Hospitales, Sanatorios y Clínicas Privadas, está conformado por múltiples centros privados, laboratorios farmacéuticos y farmacias, el que ha tenido un gran crecimiento en los últimos 10 años. Al Ministerio le corresponde legalmente atender a toda la población no cubierta por otras instituciones del sector, especialmente los grupos más vulnerables y de escasos recursos económicos. Del total de la población nacional, el Ministerio de Salud Pública da cobertura al 63%; los servicios privados al 15%; la Sanidad Militar cubre alrededor del 3%; la Sanidad Policial a menos del 1%; el Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción atiende aproximadamente al 5%. El Instituto de Previsión Social (IPS) es responsable de la atención de salud de alrededor del 13% de la población y en relación con los riesgos asociados con las enfermedades ocupacionales, los accidentes, la invalidez y la vejez.

Tanto el Ministerio como el IPS están organizados en un sistema regionalizado, con diferentes niveles de complejidad. A la sanidad de los municipios le corresponde atender aspectos de salud pública tales como la recolección de los residuos domiciliarios, la desinfección de locales públicos y otros.

C. CARACTERIZACIÓN DE LAS MIGRACIONES TRANSFRONTERIZAS: ARGENTINA – BRASIL – PARAGUAY

La migración entre las ciudades fronterizas de Argentina – Brasil – Paraguay ha aumentado de manera significativa en estos últimos años, particularmente en el circuito Puerto Iguazú, Foz de Iguazú y Ciudad del Este y, entre las ciudades fronterizas de Posadas y Encarnación.

Este comportamiento migratorio queda reflejado en el mayor crecimiento – en el período intercensal 1982-1992 – de los núcleos urbanos paraguayos asentados en las fronteras del país con Argentina y con Brasil, desplazando a los centros urbanos cabeceras de distritos donde se expandía la frontera agrícola en el decenio intercensal inmediatamente anterior³.

Distintos estudiosos del tema concuerdan en que los patrones migratorios transfronterizos recientes incorporan nuevos comportamientos a los característicos de las décadas sesenta y setenta, esto es flujos en los cuales, independientemente de su lugar de origen y destino, las distancias son más cortas y sobre todo la duración es menor. En estos casos opera la función de utilidad de la migración, donde el individuo hace una comparación entre los niveles de utilidad del actual lugar de residencia con los demás sitios alternativos conocidos, incorpora factores materiales o tangibles (ingreso, posibilidades de empleo, poder de compra, etc.) y factores no materiales o intangibles, tales como aceptación social, conducta cultural o idioma.

Los factores tangibles han estado fuertemente influidos por las condiciones económicas de los países, así los más importantes son:

- i. la dolarización de la economía argentina
- ii. la tradicional "apertura de mercado" que ha caracterizado a la economía paraguaya en virtud del contrabando, lo que permitió un activo "comercio de frontera" que introduce al mercado argentino y Brasileño mercaderías de extrazona ilegalmente ingresados al Paraguay, o productos paraguayos con algún valor de mano de obra incorporado (confecciones, muebles y otros), y de regreso incorpora al mercado paraguayo productos de los países vecinos que tienen precios competitivos.
- iii. la fuerte crisis recesiva que afecta a la economía paraguaya, en particular al sector agrícola aumentando la migración rural – urbana con la concomitante incapacidad de la economía urbana de generar empleo.
- iv. los sucesivos "blanqueos" o amnistías migratorias dictadas por los gobiernos argentinos para regularizar la situación migratoria de los ilegales.

Respecto a lo factores intangibles mencionados anteriormente, están las raíces históricas y culturales comunes a las zonas en estudio, particularmente en las provincias de Misiones, Corrientes y el Chaco, donde existían asentamientos con importante vocación agrícola y algodonera explotadas por familias paraguayas en la década del 30 y 40, generando además una fuerte demanda estacional de cosecheros. Esto ha permitido que en estas fronteras convivan diferentes grupos sociales constituyendo una suerte de interfase política, económica y cultural que permite el desarrollo de una endocultura propia con ideas, costumbres, tradiciones y gustos que si bien son propios de cada país, incorporan especificidades de Argentina, Brasil y Paraguay. Este rasgo pertenece a la sociedad fronteriza y se expresa a través de una convivencia cotidiana de la población paraguaya establecida no migrante, por ejemplo, con servicios ofrecidos del otro lado (Brasil y Argentina) como asistencia a la escuela, acceso a postas médicas y

³Las ciudades paraguayas de mayor crecimiento en el decenio 1982-1992 son el área Metropolitana de asunción, Ciudad del Este, Encarnación y Pedro Juan Caballero, que han superado en algunos casos el crecimiento de los asentamientos que hacen de cabecera de distritos de apertura de frontera agrícola.

hospitales, a atención de urgencia hospitalaria (un importante número de mujeres paraguayas se atienden de urgencia en Brasil para sus partos), acceso a seguridad social del otro país por doble registro de nacimiento y otros.

Los factores mencionados y la habilitación de nueva infraestructura vial y medios de transporte expeditos han dado como resultado, además del mayor crecimiento de las ciudades fronterizas y el aumento del flujo migratorio, el surgimiento de nuevas figuras migratorias donde su origen tiene relación con las distintas y nuevas dinámicas que se observan en la frontera. Además en estos ejes la nacionalidad pasa a ser una variable de menor importancia, ya que en estas áreas de interfase se profundizan los intercambios y es frecuente la doble nacionalidad, procesos de hibridación cultural o de mezcla de nacionalidades. Esto último amplía el abanico de posibilidades de obtener beneficios de toda índole (salud, educación, salud, vivienda) y pasa a constituir una estrategia de supervivencia familiar.

Una tipología de migración transfronteriza señala dos categorías generales:

- i. los que residen habitualmente en ciudades fronterizas y que migran por largo tiempo o definitivamente y
- ii. los que residen en ciudades fronterizas y que migran por día o por cortos períodos de tiempo promedio.

En el caso de las ciudades en estudio se observan las dos categorías señaladas, pero con mayor peso porcentual los migrantes de corta duración.

En la primera categoría están los fronterizos nacionales, población que, aun cuando esta expuesta a influencias culturales y económicas del extranjero, tiene muy poco contacto con el otro lado, debido ya sea a su indiferencia por los vecinos, a su incapacidad o falta de motivación para actuar en otra sociedad diferente a la suya o, porque su ocupación y/o nivel socio-económico no le exige migrar. Este tipo de migrantes tiende a aumentar con el tamaño de la ciudad de frontera, toda vez que dichos núcleos urbanos ofrecen mayor y mejor alternativas de trabajo que no existen en los pueblos pequeños.

En la segunda categoría están los fronterizos binacionales o estacionales (núcleo Puerto Iguazú-Ciudad del Este-Foz de Iguazú y Posadas-Encarnación en menor medida), quienes mantienen un estrecho contacto con el otro lado y esta constituido principalmente por trabajadores, consumidores, estudiantes y familias que buscan acceder a servicios sociales y/o de salud. Los tipos de categorías encontradas son las siguientes:

Trabajador binacional

Son trabajadores que viven en un lado y trabajan diariamente en el otro lado. A esta categoría pertenecen los trabajadores del sector informal de la economía: vendedores ambulantes de verduras, chipa, golosinas, ropa y empleadas domésticas (su número es alto entre Posadas y Encarnación dado que en Encarnación no se consigue). Todas estas personas vuelven a la "tardecita". A éstos deben agregarse los que cruzan a pie o en vehículos particulares ("taxi-fletes y combis"). También están aquellos vinculados al paso de mercadería clandestina, aunque estos últimos en estricto sentido, no realizan migración.

Otro grupo de trabajadores binacionales de Paraguay a Brasil y Argentina son los que se dedican a la construcción (albañiles), principalmente en Posadas y Foz de Iguazú y, a servicios varios como: servicios de alquiler para fiestas bailables, cumpleaños o bodas donde se lleva desde Paraguay los equipos de sonido, menaje, platería, incluso comida preparada, etc. con personal especializado (disc jockeys) que regresan concluido el acontecimiento.

Existe un tercer grupo menos numeroso de comerciantes del sector formal, que residen tanto en Posadas como en Encarnación, en Foz como en Ciudad del Este, cruzan diariamente la frontera para atender sus negocios del otro lado. Tienen normalmente comercios similares o complementarios en ambos lados y desarrollan una estrategia de inversiones comerciales enteramente dependiente de las fluctuaciones de la moneda y de los precios internos de cada país involucrado. Es frecuente encontrar entre ellos comerciantes mayoristas.

Consumidor binacional

Esta modalidad se observa en las ciudades fronterizas y dependiendo del producto y las fluctuaciones de su precio, el flujo se orientará hacia uno u otro país. Las regulaciones aduaneras son más estrictas en Argentina y Brasil que en Paraguay, pero en la práctica se observan diversas prácticas que permiten eludir la aplicación de la normativa vigente: llegar a un "arreglo" con los vistas de aduana, transportar artículos prohibidos o fuertemente arancelados vía canoero (canoas por el río) u otro tipo de pasero. Esta figura del consumidor binacional se popularizó con la dolarización de la moneda argentina, por el avance de la corrupción de las autoridades aduaneras, por el avance de la crisis y la consecuente pérdida del poder adquisitivo de sus salarios en los respectivos países, especialmente en Paraguay y Argentina. "A Foz diariamente pasan personas a comprar frutas y verduras para revender en el mercado de Ciudad del Este. Los dueños de comedores, hoteles y almacenes viajan todos los días a Foz para traer carne de vacuno, pollos, huevos, embutidos, café, etc., existen personas que se dedican a llevar mercaderías sobre pedido desde Foz a Encarnación, Ciudad del Este."

No está cuantificado aún ni caracterizado el "consumo" binacional de otro tipo de bienes como es la atención de salud en el otro país, pero sí se sabe que los paraguayos van a Foz para atenciones de urgencia, atención del parto y otros.

Estudiante binacional

A lo largo de las dos últimas décadas, se observa que el patrón de desplazamiento, en el caso paraguayo, se ha modificado. Antes el patrón era el traslado por períodos relativamente largos de estudiantes paraguayos a Argentina a cursar estudios universitarios, este flujo bajó principalmente por el aumento y diversificación de la oferta educativa en Paraguay y por las desfavorables condiciones económicas en la Argentina. Hoy se observa que alumnos paraguayos cruzan diariamente la frontera para asistir a escuelas primarias o secundarias en pueblos pequeños de Argentina, en tanto que estudiantes universitarios argentinos y brasileños cruzan al Paraguay en aquellas ciudades en las que funciona alguna facultad. Por ejemplo a Ciudad del Este asiste una mayoría de brasileños a cursar carreras principalmente en universidades privadas. Los universitarios fronterizos argentinos se dirigen a Encarnación, donde algunos tienen contratos mensuales con ómnibus para que los trasladen diariamente desde Posadas.

Familia binacional

Es aquella constituida por miembros que tienen diferentes nacionalidades.

Familia transfronteriza

Es aquella que está compuesta por miembros de la misma nacionalidad, pero en la que algunos de sus miembros viven en lados diferentes de la frontera.

Familia binacional transfronteriza

Es aquella formada por una combinación de familia binacional y familia transfronteriza, y se sabe que es la más frecuente en el caso de los núcleos urbanos paraguayos fronterizos.

Las actividades económicas más frecuentes encontradas, se pueden categorizar de manera gruesa según los patrones de movilidad: por períodos cortos o largos y según resida o no en la frontera.

1° Grupos de alta movilidad viviendo en zonas de frontera y de nivel socioeconómico bajo, sus principales ocupaciones son el trabajo en construcciones, el de "paseos" clandestinos de mercaderías y la venta ambulante de mercaderías.

2° Grupos de menor movilidad en zonas fronterizas y de nivel socioeconómico bajo, sus principales ocupaciones son en actividades de cosechas y en tareas de servicio doméstico

3° Grupos de alta movilidad viviendo en zonas de frontera y de nivel socioeconómico medio son comerciantes formales establecidos con locales en uno y otro lado y en algunos casos profesionales con actividades binacionales sin acreditación formal en el otro país (por ejemplo: docentes, médicos, arquitectos, ingenieros).

Respecto al comportamiento reproductivo de la mujer transfronteriza en el caso paraguayo, se observa que la mayoría tienen entre uno y tres hijos, cantidad inferior a lo que se ve a nivel nacional de 4,7 hijos por mujer. La tasa global de fecundidad en estas zonas, se asemeja a la existente en las zonas urbanas del país. Hasta los 29 años la gran mayoría de las mujeres que viven en estas zonas fronterizas tienen un hijo o no tienen hijos y, este número aumenta en mujeres de más de treinta años. Respecto al estado civil un importante porcentaje – más del 50% – son madres solteras que, en su mayoría, tienen menor hijos que las casadas o unidas.

30

Concluyendo:

1. Por razones de cambios económicos, crisis recesiva general y en particular en el sector agrario, los patrones y figuras migratorias han variado en estos países.
2. Se han consolidado flujos migratorios de corta distancia, de menor duración y que implican movilidad transfronteriza (por sobre los tradicionales flujos rural-rural, rural-urbano)
3. Los factores determinantes son los asociados a la función de utilidad material: ingreso, empleo, poder de compra y, de utilidad no material: aceptación social, conducta cultural, idioma
4. Los impactos: aumento del flujo migratorio transfronterizo, mayor ritmo de crecimiento de las ciudades fronterizas, aparición de nuevas figuras migratorias
5. Ausencia de estudios y trabajos que aborden esta temática

Hoy estos tres países estudian la manera de ampliar sus relaciones comerciales, sociales, culturales, políticas y eliminar las trabas burocráticas en las aduanas y las diferencias en las legislaciones para que no haya fronteras.

Esta forma de integrar la región está siendo consolidada a través de bases técnicas generadas por el Instituto "Polo Internacional Iguazú", una entidad trinacional, dedicada a la investigación y a la viabilización de los tres países.

El Polo Turístico Internacional aprobado por el MERCOSUR, tiene más de ochocientos mil habitantes, de aproximadamente cincuenta y siete etnias en la Ciudad de Foz de Iguazú (Brasil); Ciudad del Este, Minga Guazú, Hernandarias y Presidente Franco (Paraguay); Ciudad de Puerto Iguazú, (Argentina).

D. BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE LA TRIFRONTERA Y SUS CIUDADES

Si nos remontamos a la historia, no existían fronteras entre las ciudades de Foz de Iguazú, Puerto Iguazú y Ciudad del Este, el proceso de culturización se produjo a través de la llegada de los españoles y la evangelización de los indios guaraníes que habitaban la región y todo el intercambio de culturas diferentes que sucedió de esa época hasta hoy día.

La configuración geográfica de los ríos ha establecido un límite natural entre los países, sin embargo la historia de las tres ciudades es diferente, pero unidas por un mismo punto de atracción: las Cataratas de Iguazú.

Puerto Iguazú

Se encuentra ubicada en el extremo Norte de la Provincia de Misiones, República Argentina, emplazada a 20 km de las Cataratas del Iguazú.

En 1901 se funda Puerto Aguirre (hoy Puerto Iguazú), y se inicia la abertura de un camino desde esta localidad hasta las Cataratas, gracias a la donación de la Señorita Victoria Aguirre. En 1906 se construye el primer Hotel. Más tarde queda al frente del mismo Don Leandro Arrechea quien luego es nombrado comisario. En 1913 el gobierno de la nación invierte una suma de dinero para la construcción de viviendas para la subprefectura, la estación radiotelefónica, una escuela primaria en Puerto Aguirre y una comisaría de policía en las Cataratas. Entre 1920 y 1922 se construyen un hotel y la oficina de correos y telégrafos. En 1940 se construye la primera Capilla, siendo el templo de madera de cedro regional y los bancos de madera de pino. En 1941 sale Puerto Aguirre de la jurisdicción del Parque nacional y llega un pelotón de Gendarmería. En 1943 por el Decreto 15.042 se crea la comuna de Iguazú, el 24 de Abril. En 1947 se inaugura el primer Hospital de Puerto Iguazú, el Hospital SAMIC y en 1948 se crea la Usina del Parque Nacional Yguazú, la que suministró energía eléctrica a todo el pueblo de Puerto Iguazú. En 1951 se crea la comisión de fomento que luego pasa a ser Consejo Municipal. En 1964 se crea la sucursal del banco provincia de Misiones, en Abril de 1972 se fundó la Radio nacional de Puerto Iguazú, funcionando en la parte de atrás del correo local. En Octubre de 1985 se construye el puente internacional Tancredo Neves.

Por su ubicación, próxima a las Cataratas del Iguazú y al Parque Nacional Iguazú, en la ciudad se ha desarrollado una importante infraestructura turística que también se ve favorecida por su vinculación, a través del Puente Internacional "Tancredo Neves", con Brasil.

En esta cronología histórica sigue la ciudad argentina de Foz de Iguazú

Foz de Iguazú

Foz de Iguazú fue fundada en 1888 y constituye el núcleo más antiguo, pero la región donde se localiza hoy la ciudad fue descubierta en 1542 por el español Alvarez Nuñez Cabeza de Vaca, quien al ser nombrado gobernador de Asunción por el Rey de España, decidió venir a tomar posesión de su cargo desde la Isla de Santa Catalina – Brasil, donde vivía. Para esto organizó una expedición terrestre buscando aquello que los guaraníes conocían como "I-Guazú" o "aguas grandes". En su épico camino este hombre se sorprendió con la espectacular vista de torrentes de agua que rugían en medio de la selva formando una nube de gotas pulverizadas al caer decenas de metros más abajo.

Luego vinieron misiones de la Compañía de Jesús a evangelizar a los indios de la zona construyendo ciudades enteras en piedra y tosca, de una belleza muy especial. Se asentaron en la mesopotamia escapando de los bandeirantes, bandoleros portugueses que cazaban indios para venderlos como esclavos. La corona española les ordenó a los jesuitas volver a España y mandó a desarmar las misiones. Así las cataratas

quedaron ignoradas por el mundo occidental debido a la distancia y al difícil acceso, estando ocupada solamente por los indios Guaraníes. En 1882 un explorador suizo, Giacomo Bove, con la guía de Carlos Bossetti, se reencontró con este paisaje espectacular.

El poblamiento regular y efectivo de la futura ciudad de Foz sucedió en 1888, fecha en que se establece una primera Colonia Militar en la frontera. En 1889 se realiza una expedición a la zona por el ingeniero y teniente José Joaquín Firmino, quien registra una población de 324 personas, en su mayoría paraguayos y argentinos, pero también había españoles e ingleses. Se dedicaban a la extracción de la hierba mate y la madera, exportados vía río Paraná. La colonia militar existente tenía la capacidad de distribuir tierras a los colonos interesados cuestión que así se hizo. En el año 1897 fue creada la Agencia Fiscal, quien permitió la existencia de solo 13 casas y de algunas granjas.

Los primeros años del siglo XX la población de Foz de Iguazú llegó aproximadamente a 2000 personas y el viajero disponía de una hospedería, cuatro almacenes, un rústico cuartel militar, telégrafo y vivían de una agricultura de subsistencia.

En 1910 la Colonia Militar paso a tener la condición de Villa Iguazú, distrito del municipio de Guarapuava. Dos años después el Ministro de Guerra convirtió la colonia militar en un poblado civil bajo el cuidado del gobierno de Paraná, quien creó la Oficina de Recaudación de Impuestos de la Villa.

En 1914 por ley se crea el Municipio de Villa Iguazú, y en 1918 la ciudad comenzó a llamarse Foz de Iguazú o Estuario de Iguazú.

El camino que une Foz de Iguazú con Curitiba se inicia en una primera etapa en el año 1920.

La historia del parque nacional comienza en el año de 1916, cuando pasa por el estuario del Iguazú el "padre de la aviación", el Sr. Alberto Santos Dumont a quien se le considera el "fundador legítimo". Esta área pertenecía al uruguayo Jesús Val. Santos Dumont, quien intercedió frente al presidente del estado del Paraná, Sr. Affonso Alves de Camargo para convertir la zona en patrimonio público. Así comienzan una serie de decretos que permiten consolidar y aumentar las hectáreas del parque y en 1994 se convierte en Parque Nacional con 185.000 hectáreas.

Con la inauguración del Puente Internacional de la Amistad (Brasil – Paraguay) en 1965 y con la inauguración de la ruta Br-277 que une Foz de Iguazú con Curitiba y con el litoral, la ciudad comienza un acelerado desarrollo, intensificando su comercio, principalmente con la ciudad paraguaya Presidente Stroessner, actual Ciudad del Este.

La construcción de la Hidroeléctrica de Itaipú (Brasil – Paraguay), iniciada en la década de los 70, causó impactos considerables en toda la región, aumentando la migración hacia la ciudad de Foz de Iguazú. En 1960 la ciudad tenía 28.080 habitantes, en 1970 aumento a 33.970 y en el año 1980 el número de habitantes se elevó a 136.320 personas, mostrando en el período 1960 – 1980 un crecimiento del 385%.

Ciudad del Este

El decreto de fundación de esta ciudad fundamenta esta acción en los siguientes antecedentes "La necesidad de fundar una ciudad en el extremo territorial del camino internacional que unirá nuestra República con la de los EE.UU. del Brasil, y CONSIDERANDO: Que la buena administración del país obliga a prever el desarrollo de Caaguazú y Alto Paraná regiones por las que cruza la Ruta Internacional; que el extremo de dicha Ruta en su embocadura con el futuro Puente Internacional estará situado al norte de la actual localidad de Puerto Pte. Franco; que por tales circunstancias se hace indispensable la fundación de una localidad con los recursos adecuados para su futuro desenvolvimiento, que sea punto de concentración de las posibilidades regionales, lindero de la ruta internacional y medio de vinculación permanente con la

vecina República de los EEUU del Brasil; que los Artículos 51 y 56 de la Constitución Nacional autorizan al Poder Ejecutivo a promover los medios que coadyuden a mejorar la administración del país y a adoptar planes de redistribución de las poblaciones actuales"

Ciudad del Este fue fundada el 3 de febrero de 1957, a orillas del río Paraná -límite natural entre Paraguay y Brasil-, en un área selvática a la que, en aquellos tiempos, sólo se podía acceder por agua. El objeto de esta decisión tomada por el gobierno del Presidente Stroessner, fue fundar una ciudad en el extremo territorial del camino internacional que uniría el país con Brasil, a fin de promover el desarrollo de las regiones de Caaguazu y Alto Paraná dado que por ellas cruza la Ruta Internacional, ruta que posteriormente se uniría al futuro Puente Internacional. Así la ciudad podría ser punto de expansión de las posibilidades regionales.

Al momento de su fundación, fue llamada Puerto Presidente Stroessner, como reconocimiento al presidente -dictador en ejercicio, el cual gobernó desde 1954 y fue derrocado, paradójicamente, un 3 de febrero pero de 1989. A partir de allí, su nombre comenzó a borrarse, por ley, de todas partes, incluso de la ciudad que había ideado para "acercarse" a Brasil.

Ubicada en el departamento del Alto Paraná a 340 kilómetros al este de la capital paraguaya y a sólo 30 km. de las Cataratas del Iguazú, registró desde sus orígenes un acelerado desarrollo por el intenso comercio, legal e ilegal, que generó fuertes flujos migratorios, en su mayoría de asiáticos y árabes. El llamado "turismo de compra" fue su fuerte, allí los visitantes podían -y pueden- adquirir las más renombradas marcas de bebidas, electrónica, perfumes y cosméticos a precios muy bajos gracias a los privilegios aduaneros. En 1996 llegó a ser reconocida por la revista Forbes como el tercer centro comercial mundial, detrás de Miami y Hong Kong.

Organismos impositivos y aduaneros de Brasil calcularon que el movimiento comercial de esta localidad representaba anualmente unos 12.000 millones de dólares en sus mejores tiempos. Aquella bonanza económica atrajo a varias colonias extranjeras y el antiguo Puerto Presidente Stroessner se convirtió en una ciudad cosmopolita.

Con cerca de 250.000 habitantes, Ciudad del Este es hoy una de las ciudades más significativas del Paraguay, debiendo su desarrollo también a su proximidad a la Represa Hidroeléctrica de Itaipú y al Brasil, distanciada sólo por el Río Paraná y el Puente Internacional de la Amistad.

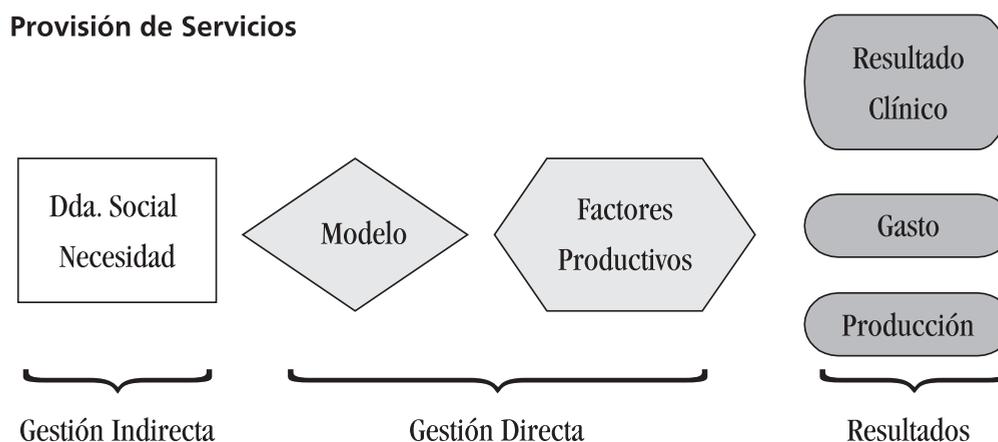
Pero con el tiempo, el MERCOSUR fue exigiendo transparencia en los negocios fronterizos y Ciudad del Este apareció como un área oscura en ese espectro económico. La corrupción de los diversos niveles de autoridad local y funcionarios han sido señalados como uno de los problemas que se han transformado en permanentes.

Sin embargo, hoy las cosas han cambiado para la estratégica Ciudad del Este; no la corrupción, sino la prosperidad comercial, que se ha reducido a apenas una quinta parte de lo que fue en su época dorada. En una fase de decadencia, cada vez son más los comercios cerrados, mientras la sombra del terrorismo y la delincuencia asechan. Después de los atentados del 11 de Septiembre en Nueva York ha sido señalada como una plaza conflictiva debido a la supuesta presencia de organizaciones fundamentalistas y mafiosas. En la actualidad, representa el principal foco de atención para los gobiernos de las "Tres Fronteras" que han redoblado los esfuerzos de control y vigilancia.

IV. METODOLOGÍA

A. MARCO CONCEPTUAL DE LA METODOLOGÍA

Considerando, que las funciones centrales de los sistemas de salud son la Regulación; Provisión y Financiamiento, los Estudios de Red Asistencial centran su foco de análisis en el ámbito de la Provisión. Para ello se utiliza un modelo de análisis de producción y gestión en red, ya que permite responder a los problemas de salud de la población con oportunidad, equidad, calidad y eficiencia⁴ que a continuación se describe.



Fonte: Dr. Ignacio Astorga

La visión de producción puede resumirse en el siguiente esquema, que establece cuatro niveles de análisis:

- a. Demandas y necesidades de atención
- b. Modelo de organización de la atención
- c. Recursos productivos
- d. Resultados

1. Modelos para Estudiar las Necesidades de Salud

Al efectuar un estudio de los requerimientos de atención de salud de la población existen al menos dos opciones metodológicas, la primera es caracterizar la **demandas sociales de atención**, que significa medir las prestaciones que la población efectivamente está solicitando al sistema de salud estableciendo una asociación entre la población que está demandando y las prestaciones. Para ello se debe por una parte caracterizar a la población consultante en los establecimientos y por otra conocer la producción realizada y la demanda reprimida (insatisfecha: Listas de espera o rechazos). Un acierto relevante en este modelo está en la posibilidad cierta de conocer la demanda real (especialmente cuando se incorpora la demanda reprimida o rechazo) de atención de un problema de salud en particular, esto permite ajustar mejor las respuestas de gestión y/o inversión del Estado, desafío importante en salud donde las necesidades son crecientes y muy dinámicas (en especial por su estrecha relación con los cambios epidemiológicos, demográficos, económicos, políticos, etc. de una sociedad) y el marco presupuestario escaso y en algunos

⁴ Este modelo se inspiró inicialmente en el sistema de salud pública aplicado en Chile, incorporando nuevos elementos que permitan mejorar el cumplimiento de las variables señaladas.

casos rígido. La debilidad de utilizar este modelo para estimar demanda social de atención en salud está, en que requiere mas tiempo para llevar adelante estudios de demanda reprimida y que por otra parte se ha podido constatar que en comunidades donde la oferta de atención ha sido escasa en el tiempo, la demanda de atención puede ser escasa aunque se identifique la demanda reprimida.

La segunda opción, está en relación con el concepto de **necesidades de atención**, corresponde a la estimación de la demanda potencial de atención de un grupo de población considerando estándares externos. A través de este método se estima la demanda teórica de la población respecto a una determinada prestación o servicio, habitualmente a través de la aplicación de estándares internacionales o grupos de expertos. Este modelo permite acercarse a estimar demanda en aquellas prestaciones o patologías donde el registro de información es poco confiable, o se trata de problemas de salud emergentes, donde la demanda no queda reflejada en la producción ni en la demanda reprimida, ejemplo de ello es la incorporación de programas de salud mental en áreas donde previamente no existía la prestación. La debilidad de utilizar este modelo está en lo teórico, en no lograr incorporar variables locales, estacionales, u otras propias del país, de la región y por tanto las intervenciones que de ella surgen, puedan sobreestimar o subestimar las necesidades de la población.

Un enfoque complementario a los anteriores está dado por el análisis epidemiológico, que permite por una parte complementar el análisis de las prestaciones y por otra identificar cuales deberían ser los problemas de salud pública a los que se debería dar un tratamiento prioritario.

Para el presente estudio se utilizó el primer modelo explicitado "**demanda social de atención**", existiendo propuestas metodológicas para conocer la demanda reprimida, el que fue complementado con el análisis epidemiológico correspondiente.

2. Modelo de Red Asistencial: un marco de organización de la atención

Básicamente el modelo de organización utilizado como referente es el modelo de redes (enfoque sistémico).

El modelo de red ha demostrado ser capaz de compatibilizar cobertura asistencial con eficiencia en el uso de recursos y calidad. Ello queda demostrado en la experiencia chilena en esta materia, que ha permitido obtener buenos indicadores de salud del país, muy superiores a los esperados a su nivel de desarrollo económico. A continuación se describe el desarrollo conceptual en esta materia.

La definición operacional de **red asistencial** que empleamos es: "*conjunto de establecimientos de salud complementarios y funcionalmente organizados según su nivel de complejidad que presentan procesos de derivación (referencia-contrarreferencia) entre sí*".

Como parte sustancial de esta definición se encuentran los dos elementos centrales de la redes, a saber; los establecimientos de salud (que también se denominan nodos de la red) y los procesos de derivación y contra derivación (que también se denominan interfases de la red). Estos dos componentes centrales se entienden con la incorporación de los conceptos de complementariedad, *organización estructural* (oferta de atención donde se debe considerar el nivel de complejidad) y *organización funcional* (se analiza la accesibilidad geográfica y los recursos disponibles, los procedimientos y contenidos de los procesos de derivación y contra derivación de las prestaciones).

En el análisis de la red no se utilizan todas la prestaciones, sino solo aquellas que tienen el carácter de "trazadoras", que significa que son las prestaciones que por su condición de circular por la red, permiten verificar la existencia de posibles brechas o variaciones de cobertura.

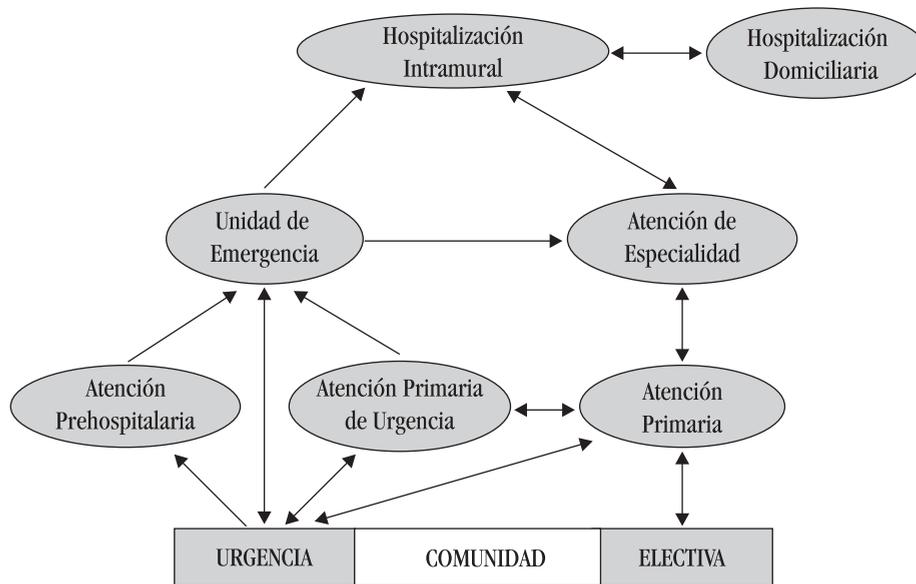
Una de las principales características de este enfoque es su versatilidad para obtener una comprensión más dinámica y exhaustiva del quehacer en salud, así es posible analizar el sistema de salud como un todo,

considerando los distintos tipos de establecimientos, sus diferentes interrelaciones y complejidades; pero también es posible analizar el sistema de salud según un tema en particular o una patología en particular, por ejemplo: Red de Atención Ambulatoria, Red de Hospitalización Domiciliaria, etc. o Red de Atención de Urgencia (primera fase de este estudio realizado en Chile y en aplicación sus recomendaciones), Red de Neurocirugía, Red de Bancos de Sangre (en estudio y aplicación en Chile) y otros.

A la fecha, la definición y aplicación tradicional del concepto de red ha considerado básicamente el componente estructural en su análisis, estableciendo por tanto propuestas de desarrollo estructural, las que tienden a solucionar los problemas identificados por la vía de la inversión y/o el aumento del marco presupuestario, y no ha profundizado en el componente funcional, es decir en los procesos de derivación y contra derivación, en los procesos de optimización de los recursos disponibles (por ejemplo la infraestructura existente, la gestión de la agenda médica, etc.), los que deben merecer tanta preocupación como el funcionamiento de cada establecimiento en si mismo. En este contexto un aporte interesante de esta metodología o modelo de red asistencial, es la posibilidad de analizar conjuntamente los componentes estructurales y funcionales del sistema de salud.

En lo estructural y funcional de la red es posible identificar ámbitos que se entrecruzan, como son la modalidad de atención (ambulatoria – hospitalaria) y el tipo de atención (electiva-urgencia). Ello queda reflejado en el siguiente esquema que representa los tipos de nodo asociados a la atención de urgencia y electiva.

Entre los nodos se han identificado con flechas los flujos de derivación y contra derivación que deben ser regulados técnica, legal, financiera y administrativamente.



Fonte: Dr. Ignacio Astorga

La aplicación de estos elementos en el análisis de la organización y gestión de las redes se traducen en la caracterización de:

- Modelo de organización de la red general por tipo de atención (ambulatoria – hospitalaria) y nivel de complejidad (bajo – medio – alto)
- Modelo electivo y de urgencia
- Accesibilidad geográfica.
- Trabajo complementario versus competitivo entre establecimientos (donde corresponde), con optimización de recursos productivos de la red.
- Regulación de los procesos de derivación y contra derivación entre los nodos de la red por tipo de red (electiva – urgencia)

En términos estrictos esta definición de red se centra en la atención y flujo de las personas atendidas, sin embargo se ha aplicado el concepto de red sustentable a todas las funciones de soporte a la función asistencial con el objetivo de tener presente que dentro de una red asistencial, las funciones de apoyo tales como banco de sangre, laboratorio, esterilización, etc., pueden ser provistas a través de sistemas externos y/o centralizados, que aseguran que cada establecimiento de salud cuente con los insumos o productos necesarios para la función asistencial, sin que necesariamente estos sean producidos localmente. En este sentido se le da especial énfasis a la evaluación técnico económico, de las alternativas de provisión de estos servicios de apoyo.

Finalmente, por **red de soporte** se entenderá la *"provisión de las funciones de apoyo (clínica-administrativa-industrial) para un conjunto de nodos de la red asistencial a través de un sistema sustentable"*

B. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

1. Descripción

El presente estudio abarcó el ámbito público y privado del sector salud, consideró una serie de 5 años, como base el año 2000 y se desarrolló de acuerdo a la siguiente metodología: recolección y análisis de la información, validación de la información, análisis de la demanda, análisis de la oferta, determinación de brechas, líneas tentativas de solución y propuestas de desarrollo.

La recolección de información se realizó en dos niveles: uno aplicando una pauta de recolección de información en fuentes primarias y secundarias de las ciudades respectivas por profesionales previamente capacitados por los consultores y, dos se levanto información secundaria desde Santiago por los consultores en Biblioteca de CEPAL e Internet.

El análisis de esta información se fue validando técnica y políticamente con los representantes de OPS locales y coordinadores locales, a través de correo electrónico y en talleres y reuniones de trabajo realizados en cada una de las ciudades en estudio. El análisis se inicia con una caracterización del perfil epidemiológico de la población de cada ciudad (años de vida potencialmente perdidos y mortalidad general, neonatal, infantil, materna) con objeto de identificar variaciones en las distintas tasas. Como segundo punto se analiza la producción de los distintos establecimientos de salud incluidos en la red a través de prestaciones "trazadoras" (aquellas que fluyen por la red: consultas de atención primaria, consultas de especialidades médicas, consultas de urgencias, intervenciones quirúrgicas, partos y egresos hospitalarios), revisando los registros históricos de producción de los últimos 5 años, determinando tasas y tendencias. Para el análisis de la demanda y la construcción de las tasas de atención se trabajó con la población

beneficiaria del sistema público de salud. Además se incorpora una caracterización demográfica de cada ciudad.

Como tercer punto se desarrolla un estudio de los recursos productivos de la red de salud de cada ciudad, es decir recursos humanos, infraestructura, equipamiento médico, industrial, vehículos y recursos financieros.

Con la información obtenida se realiza un análisis combinado de la red estructural y funcional de cada ciudad, de la bifrontera y de la trifrontera. En este análisis se incorpora a prestadores públicos y privados, el área de influencia y la accesibilidad, las derivaciones extraregionales, la compra de servicios y una breve caracterización de los flujos de la demanda según modalidad de atención. Posteriormente se analiza la productividad en los ámbitos de cobertura de atención, producción, optimización y se identifican brechas. Se finaliza con un capítulo de conclusiones y recomendaciones.

2. Recursos Productivos

Dentro de los recursos productivos analizados se considera:

- Recursos Humanos: situación base y optimización
- Infraestructura: situación base y optimización
- Equipamiento Médico e Industrial (incluye vehículos)
- Recursos Financieros

a) Recursos Humanos

Las variables analizadas son:

- Evolución de la disponibilidad de médicos en los últimos 5 años (cargos urgencia y electivos)
- Determinación de horas disponibles (Horas Contratadas – Ausentismo)
- Distribución del tiempo disponible de cargos médicos a labores asistenciales (IQ, visita a sala, consultas, procedimientos)
- Evolución de la disponibilidad de cargos no médicos últimos 5 años
- Descripción del mercado del trabajo, considerando movilidad del mercado, capacidad formadora local instalada, capacidad de retención de personal calificado

b) Infraestructura

El diagnóstico propuesto considera:

- Descripción del número y tipo de recintos asistenciales disponibles
- Estado de la estructura, instalaciones y terminaciones
- Relaciones funcionales (internas y externas)

c) Equipamiento

Se distribuyó pauta de recolección de información que considera:

- Tipo de equipo
- Estado: bueno-regular-malo
- Año de instalación (VUR)
- Costo de reposición en US\$

d) Recursos Financieros

La planilla de recolección de información solicita para un período de 5 años:

- Ingresos: caracterizar la fuente
- Gastos: personal, bienes y servicios de consumo, inversiones, otros
- Resultado Operacional

3. Resultados

De las variables que caracterizan los resultados se consideraron producción y gasto. Sin embargo, ya que este segundo componente fue descrito en el capítulo de recursos financieros, no se menciona nuevamente.

Respecto a la producción se trabajó con las siguientes prestaciones, que son consideradas trazadoras del funcionamiento de la red asistencial, es decir que permiten establecer los esquemas de derivación y contra derivación, además de ser representativas del grueso del funcionamiento asistencial.

- Consultas médicas de Atención Primaria
- Consultas médicas de Especialidad
- Consultas médicas de Urgencia
- Egresos y Uso de Camas
- Intervenciones Quirúrgicas Mayores Urgencia y Electiva
- Partos

Para las prestaciones electivas se propuso aplicar una metodología para identificar la demanda reprimida.

4. Análisis Combinado

A partir de la información recolectada, se buscaba establecer las siguientes relaciones, de manera de identificar la evolución de la productividad del recurso humano, de la infraestructura y del gasto, además de la evolución del costo del personal, que se traducen en las siguientes fórmulas:

- Producción – Recursos Humanos
- Producción – Infraestructura
- Producción – Gasto
- Gasto – Recursos Humanos
- Producción – Recursos Humanos – Infraestructura

V. RESULTADOS

A. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

1. Años de Vida Potencialmente Perdidos – AVPP

El indicador de años de vida potencialmente perdidos es un estimador de las causas de muerte que provocan fallecimientos prematuros, es decir que se generan antes de una determinada edad, que para el estudio se fijó en los 64 años. Sus resultados indican cuales deberían ser los problemas que constituyen prioridades sanitarias locales. En tabla 1 solo se presentan los resultados para Foz y Ciudad del Este (CDE) ya que no se pudo obtener la información para Puerto Iguazú.

Tabla 2: Principales causas de AVPP por ciudad – Trifrontera

Causa prioritarias	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Causas externas	Sin información	1	1 (homicidio)
Afecciones Perinatales	Sin información	2	5
Enf. Aparato Circulatorio	Sin información	3	
Malformaciones Congénitas	Sin información	4	
Mal Definidas e Sin Asistencia Médica	Sin información	5	
Enf. Aparato Respiratorio	Sin información		4
Enf Infecciosas y parasitarias	Sin información		2 (Sepsis)
Enf. Endocrinas y nutricionales	Sin información		3 (Diabetes)

Fuente: Informes Foz – Ciudad del Este – elaboración equipo consultor

Al comparar Foz y CDE, se observa que para ambas la principal causa son las externas, que corresponde a accidentes y violencias, faltando saber si ellas son debidas a accidentes (automotores, laborales u otro) o a violencias (con y sin causa externa).

Para Foz el segundo gran grupo, es de las afecciones perinatales, el que para CDE representa la quinta causa.

Llama la atención que para las otras causas no hay coincidencia entre ambas ciudades, lo que puede estar asociado a diferencias de criterio en el registro o a subregistro de patologías.

Para Foz otros problemas relevantes son los circulatorios y malformaciones congénitas y mal definidas.

Para CDE el perfil está determinado por las patologías infecciosas, diabetes descompensada, patología respiratoria.

2. Mortalidad

a) Mortalidad General

Tasa de Mortalidad General

De acuerdo a lo informado, Foz es la que presenta las mayores tasas de mortalidad general en el período de análisis, con una tendencia al alza. Por su parte CDE y Puerto Iguazú presentan una tendencia a la baja y estabilización en los últimos años.

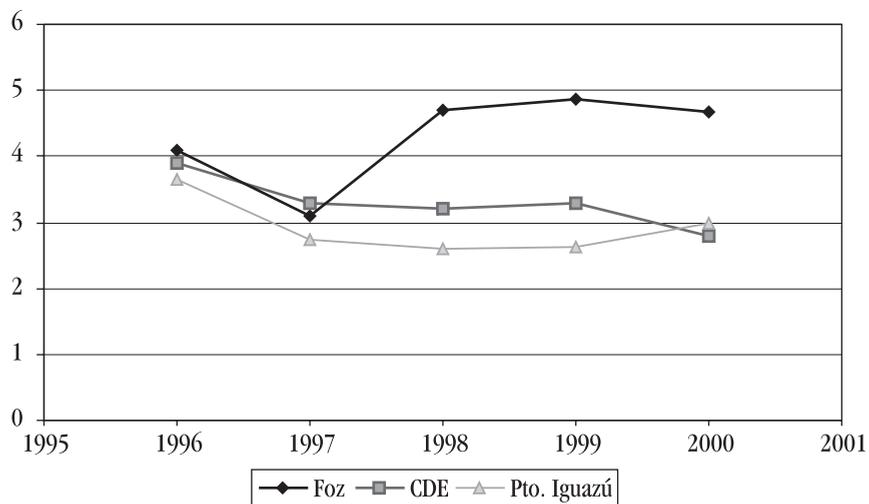
Respecto a los datos de CDE existe la preocupación respecto a la integridad de los registros, es decir si ellos reflejan fielmente el 100% de las personas fallecidas.

Tabla 3: Evolución Tasa de Mortalidad General, Trifrontera

Año	Puerto Iguazú	Foz	CDE
1996	3,66	4,09	3,9
1997	2,73	3,09	3,3
1998	2,59	4,70	3,2
1999	2,63	4,86	3,3
2000	2,98	4,66	2,8

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz- Ciudad del Este

Gráfico 01: Evolución Tasa de Mortalidad General, Trifrontera 1996 – 2000



Principales causas de mortalidad general

Al analizar la mortalidad general, entre las tres ciudades se repite el patrón de patología circulatoria, neoplasias y patología respiratoria dentro de las cinco causas principales. La principal diferencia radica en las causas externas, que ocupa el primer y segundo lugar en Foz y Ciudad del Este respectivamente, mientras que no aparece como relevante en Puerto Iguazú.

Del patrón general se puede señalar que refleja el proceso de envejecimiento de la población con la aparición dentro de las principales causas de los problemas crónicos no transmisibles. Lo que se observa con mayor importancia en Puerto Iguazú donde se agregan las patologías tipo nutricional, determinada básicamente por diabetes.

Por su parte en Ciudad del Este se observa que las patologías infecciosas son importantes, lo que puede estar reflejando las condiciones de saneamiento y desarrollo socioeconómico.

Tabla 4: Principales causas de Mortalidad General, Trifrontera, 2000

Causa prioritarias	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Causas Externas		1	2
Enf. Aparato Circulatorio	2	2	1
Afec. Originadas Período Perinatal		3	
Neoplasias	5	4	3
Enf. Aparato Respiratorio	4	5	4
Mal Definidas y sin at. Médica	1		
Infecciosas y Parasitarias			5
Enf. Endocrinas y Nutricionales	3		

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

b) Infantil

Tasa de Mortalidad Infantil

Al comparar las cifras de Mortalidad Infantil entre las tres ciudades se observa que CDE presenta cifras permanentemente superiores (casi el doble) a sus vecinos (tabla 5).

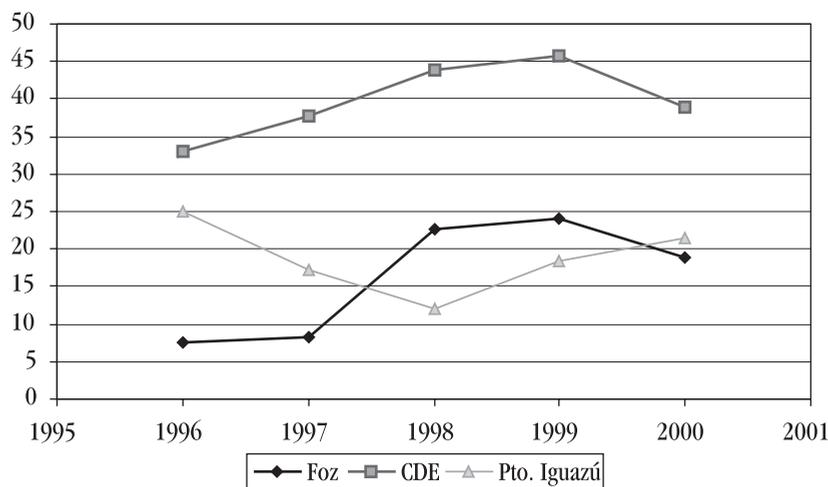
Tabla 5: Evolución Tasa de Mortalidad Infantil, Trifrontera

Año	Puerto Iguazú	Foz	CDE
1996	25,00	7,45	33,0
1997	17,33	8,31	37,7
1998	11,98	22,6	43,8
1999	18,43	24,06	45,8
2000	21,48	18,83	38,8

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

Otra situación que llama la atención es la tendencia creciente en los últimos años, ello debe llevar a revisar si estamos frente a una "alerta estadística" o frente a un problema real que está incrementando la mortalidad infantil, en particular se recomienda efectuar una revisión del programa infantil, de manera de poder identificar estos problemas y establecer las medidas correctivas correspondientes.

Gráfico 02: Evolución Tasas de Mortalidad Infantil 1996 – 2000, Trifrontera



Principales causas de Mortalidad Infantil

El patrón que se repite entre los 3 países son las causas Perinatales, Infecciosas, Respiratorias y Malformaciones Congénitas.

Tabla 6: Cinco principales causas de Mortalidad Infantil – Trifrontera, 2000

Causa	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Afec. originadas período perinatal	1	1	4
Malformaciones Congénitas	4	2	5
Mal definidas	3	3	
Enf. Aparato Respiratorio	5	4	2
Algunas Enf. Infectocontagiosas	2	5	1
Enf. Endocrinas e Nutricionales			3

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

Las diferencias se observan en Foz y Puerto Iguazú donde coinciden las mal definidas. Por su parte para CDE las Enf. Endocrinas y Nutricionales son la tercera causa de muerte.

En la medida que los países van reduciendo sus tasas de mortalidad, las causas se van asociando a problemas congénitos y de prematuridad extrema. En este sentido la coexistencia de estos problemas con los infecciosos, da cuenta de un perfil de transición epidemiológica.

c) Neonatal

Tasa de Mortalidad Neonatal

En tabla 7 y gráfico 3 se presenta la evolución de la tasa de mortalidad neonatal entre 1996 y 2000.

De manera similar que para la mortalidad infantil, Ciudad del Este presenta cifras superiores a las otras dos. Puerto Iguazú presenta un comportamiento intermedio y Foz los menores valores.

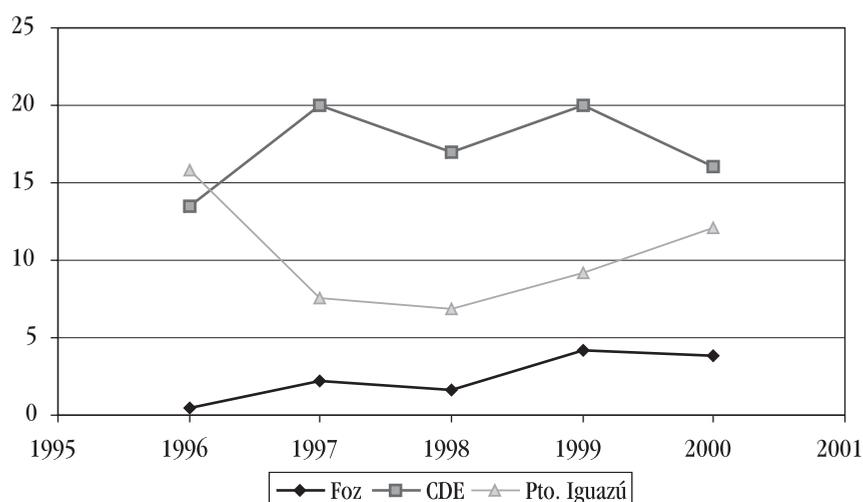
Al analizar la tendencia, esta es discretamente al alza en Foz y Puerto Iguazú, en cambio se observa una estabilidad promedio en CDE.

Tabla 7: Evolución Tasa de Mortalidad Neonatal, Trifrontera

Año	Puerto Iguazú	Foz	CDE
1996	15,76	0,5	13,48
1997	7,58	2,2	20
1998	6,85	1,6	17
1999	9,23	4,2	20
2000	12,11	3,8	16

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

Gráfico 03: Evolución Tasa de Mortalidad Neonatal, Trifrontera



Principales causas mortalidad neonatal

Al analizar por causa se identifican las mayores coincidencias entre CDE y Puerto Iguazú, para prematuridad, sepsis y sufrimiento fetal agudo e igualmente para trastornos respiratorios y cardiovasculares entre Foz y CDE.

La ausencia de concordancia entre algunas causas, puede deberse a que para un mismo problema se tengan registrados como dos denominaciones distintas, por ejemplo los trastornos respiratorios y cardiovasculares de Foz pueden coincidir con la Prematuridad de Ciudad del Este y Pto Iguazú, dado que probablemente la primera causa es la dificultad respiratoria del recién nacido. Por ello para una comparación más precisa es indispensable una estandarización de los diagnósticos entre las tres ciudades.

Al analizar por tipo de causa, se observa que para Ciudad del Este y Puerto Iguazú, las principales causas están asociadas al manejo del embarazo y parto (Prematuridad y Sufrimiento Fetal Agudo). Finalmente para Ciudad del Este la diarrea representa una importante causa de mortalidad neonatal.

Tabla 8: Principales causas de Mortalidad Neonatal, Trifrontera, 2000

Causa	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Trastornos respiratorios e cardiovasculares		1	4
Malformaciones Congénitas do Aparato Circulatorio		2	
Anomalías Cromosómicas		3	
Prematurez	1		1
Sepsis	2		2
Sufrimiento Fetal Agudo	3		3
Diarrea			5

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

d) Materna

Tasa de Mortalidad Materna

En tabla 9 y gráfico 4 se presenta la evolución de la tasa de mortalidad neonatal entre 1996 y 2000. De ellas destaca que Ciudad del Este presenta cifras muy superiores a sus vecinos, con una tendencia ascendente de esta cifra, en las tres ciudades.

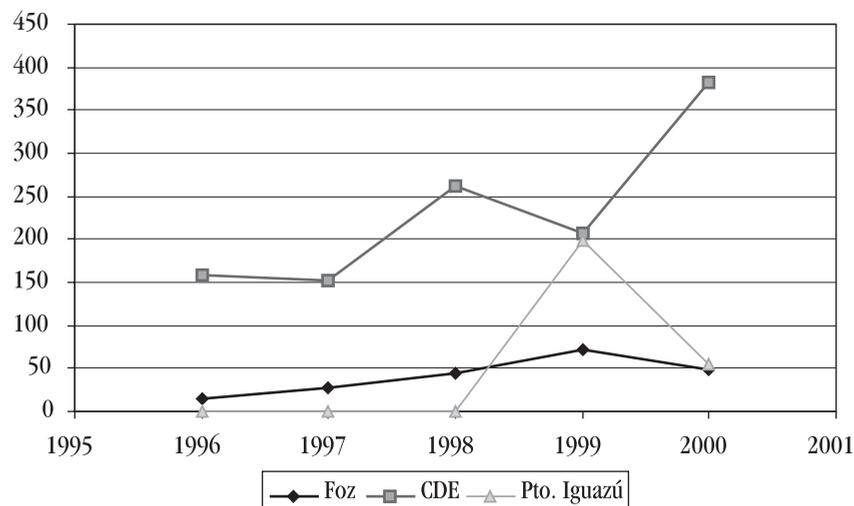
Cabe destacar la situación de Puerto Iguazú, donde la interpretación de las cifras se enfrenta con el pequeño tamaño poblacional, por lo que un escaso número de casos puede generar tasas muy elevadas. Para ellos después de tres años con una mortalidad en cero, la cifra se elevó de manera muy importante para disminuir al año siguiente.

Tabla 9: Evolución Tasa de Mortalidad Materna, Trifrontera (x 100.000 nacidos vivos)

Año	Puerto Iguazú	Foz	CDE
1996	0	14	158,6
1997	0	27,69	151,9
1998	0	44,02	261,3
1999	197,8	72,46	206,1
2000	55,1	47,55	382,5

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

Gráfico 04: Evolución Tasa de Mortalidad Materna, Trifrontera 1996 – 2000



Principales causas mortalidad materna

Al analizar por causa, las principales causas de muerte son las de tipo infeccioso en Foz y CDE, asociado a embarazo o aborto y hemorragia post parto. En segundo lugar están la hemorragia post parto y las complicaciones quirúrgicas. Solo en Puerto Iguazú se presenta la Hipertensión Gestacional.

Cabe destacar que de las causas expuestas, la mayor parte de ellas se asocia principalmente al manejo del embarazo, parto y puerperio inmediato, por lo que es recomendable la revisión de los procedimientos técnicos en uso (Desarrollo de Guías de Práctica Clínica. Medicina Basada en la Evidencia).

Tabla 10: Principales causas de Mortalidad Materna, Trifrontera, 2000

Causa	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Enf. Infecciosas Específicas Embarazo		1	
Infección		2	
Sepsis Post Aborto			1
Hemorragia Post Parto (post cesárea/parto)	1		2
Complicaciones Quirúrgicas	2		3
Hipertensión Gestacional	3		

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

3. Morbilidad

Se caracteriza el perfil de morbilidad a través del análisis de los egresos y consultas de urgencia y atención primaria.

a) Egreso

La principal causa de egresos de la Trifrontera se relaciona con el embarazo, parto o puerperio, constituyendo las de tipo digestivo la segunda causa colectiva importante.

Las patologías respiratorias se repiten para Ciudad del Este y Puerto Iguazú.

Para Foz, se observa además un patrón de egresos asociados a neoplasias, enfermedades circulatorias y genitourinarias.

Para Ciudad del Este las lesiones y abortos constituyen importantes causas de egreso.

Para Puerto Iguazú las patologías osteomusculares e infecciosas constituyen importantes causas de egreso.

Tabla 11: Principales causas de Egreso hospitalario (alta) Trifrontera

Causa	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Gravidez parto y puerperio	1	1	1
Neoplasias (tumores)		2	
Enf. aparato circulatorio		3	
Enf. aparato genitourinario		4	
Enf. aparato digestivo	2	5	3
Enf. aparato respiratorio	3		2
Osteomuscular	4		
Enf. infecciosas y parasitarias	5		
Causas externas			5
Aborto			4

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

La coincidencia de las causas obstétricas y digestivas entre las tres ciudades, hacen recomendable que entre ellas se puedan analizar y establecer estrategias comunes para manejar adecuadamente estos problemas, dado que la accesibilidad a través de la frontera puede implicar que los pacientes se desplacen entre las ciudades.

b) Consultas Atención Primaria

Una dificultad en el análisis de la información fue la existencia de diversas nomenclaturas para patologías similares. En este sentido la patología respiratoria representa una importante causa que se repite en las tres ciudades, agregándose como términos gripe y bronquitis asmática en Puerto Iguazú.

Otra patología común para Foz y Pto Iguazú es la Hipertensión Arterial. Para Ciudad del Este y Puerto Iguazú son comunes los accidentes y diarrea. Para Foz y Ciudad del Este se repite la parasitosis.

Causas importantes por ciudad son: Lumbalgia en Foz y Mordedura de animal en Ciudad del Este.

Tabla 12: Principales causas de Consulta de Atención Primaria, Trifrontera, 2000

Causa	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Infección Vía Aéreas Superior		1	1
Parasitosis		2	4
Lumbalgia		3	
Hipertensión Arterial	5	4	
Bronquitis Asmática	2	5	
Accidentes	4		2
Diarrea	1		3
Mordedura Animal			5
Gripe	3		

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

c) Consultas de Urgencia

La información aportada por cada ciudad en esta materia fue disímil. La información de Foz se refería principalmente a procedimientos efectuados y no a causas de consulta, en Ciudad del Este se agregaron a estas causas las de tipo obstétrico que no fueron mencionados en los otros hospitales, a pesar de efectuarse ese tipo de prestaciones.

De acuerdo a lo presentado en tabla 13, la única causa común en las tres ciudades son los traumatismos. Para Ciudad del Este y Pto Iguazú se repiten las infecciones respiratorias agudas.

Para Puerto Iguazú se agregan además los problemas circulatorios, digestivos y mal definidos.

Tabla 13: Principales causas de Consultas de Urgencia, Trifrontera

Causa	Puerto Iguazú	Foz (*)	CDE
Cesárea			1
Parto Normal			2
Heridas de Piel.		3	
Traumatismos	4	4	3
Aborto Incompleto			4
Inf. Respiratoria Aguda	1		5
Enf. Sistema Circulatorio	2		
Mal definidos	3		
Enf. Sistema Digestivo	5		

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este.

*La información de Foz considera principalmente procedimientos, por lo que solo se han conservado aquellos asociados a los diagnósticos.

B. PRODUCCIÓN

El análisis de la producción que se presenta a continuación, contiene la información directa de la producción y el respectivo cálculo de tasas de atención, que permita comparar la cobertura de atención otorgada a la población beneficiaria de estos sistemas de atención.

1. Consultas médicas de urgencia en hospitales

En términos netos, el mayor volumen de producción se observa en Foz, seguido de Ciudad del Este y Puerto Iguazú. Sin embargo si se analiza la cobertura de la población, la mayor tasa de atención se observa en Puerto Iguazú con una tasa de poco más de 0,3 consultas de urgencia por beneficiario/año. En segundo lugar se encuentra Foz y posteriormente Ciudad del Este.

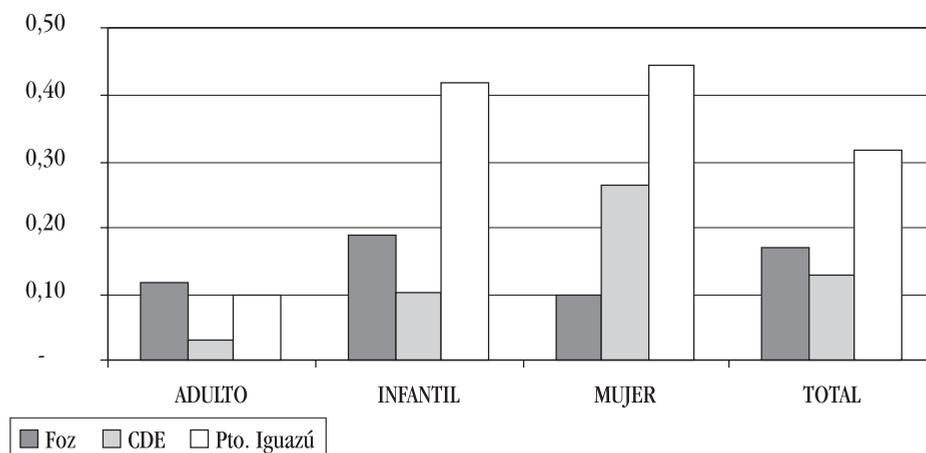
Puerto Iguazú presenta las mayores tasas de atención para los programas de la mujer e infantil, en cambio para el adulto, Foz presenta la mayor tasa de atención.

Tabla 14: Consultas Médicas Urgencia Hospitalaria, Trifrontera, 2000

Programa	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Adulto	2.076	18.137	3.388
Infantil	4.844	15.451	6.354
Mujer	3.159	6.215	11.437
Total	10.079	39.803	21.179

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

Gráfico 05: Tasas de Atención de Urgencia, Trifrontera, 2000



2. Consultas médicas de atención primaria o básica

a) Producción Observada

En tabla 15 y gráfico 6 se presentan las consultas de atención primaria por programa y ciudad. Así, Foz presenta los mayores volúmenes de producción y tasas de atención en todas los programas, a excepción del programa de la mujer donde la mayor tasa de atención se observa en Puerto Iguazú.

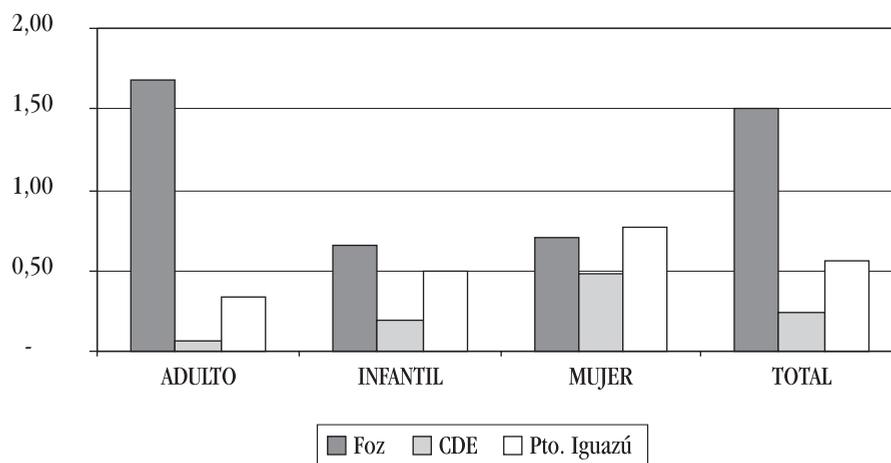
Es importante señalar que en Foz, las consultas de Pediatría y Obstetricia se registran como prestaciones de atención primaria y no de especialidad. Más adelante se analiza de manera comparada esta situación.

Tabla 15: Consultas Médicas Atención Primaria o Básica, Trifrontera, 2000

Programa	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Adulto	6.668	255.509	6.109
Infantil	5.686	52.946	11.456
Mujer	5.508	44.166	20.620
Total	17.862	352.621	38.185

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

Gráfico 06: Tasa de Atención Primaria Trifrontera, 2000



b) Demanda Reprimida

Al analizar la existencia de demanda reprimida se obtuvo la siguiente información:

Puerto Iguazú

No hay datos ni registro de demanda reprimida. De acuerdo a lo señalado por el director del hospital, no existiría demanda reprimida.

Foz de Iguazú

De acuerdo a la información aportada por el equipo del municipio de Foz, actualmente no existe demanda reprimida dado que se implementaron los terceros turnos de atención en los núcleos de salud, lo que permite brindar atención por períodos de tiempo más prolongado.

Sin perjuicio de esta observación, se efectuó una encuesta de demanda reprimida en el mes de diciembre previo a navidad, cuyos resultados no son confiables que se traducían en que en términos generales la demanda de atención era inferior a la producción, salvo para las especialidades de dermatología, endocrinología y gastroenterología que mostraban brechas de atención. En este sentido se concluyó que el período de aplicación no es representativo del comportamiento promedio de la población, siendo recomendable su aplicación en un período neutro.

Ciudad del Este

Como resultados de la aplicación de una encuesta para determinar demanda reprimida, se obtuvo que la demanda reprimida corresponda a un 3% de la producción. En término de números de consultas este representa 1200 consultas.

La validez de esta cifra es discutible, ya que de acuerdo a los resultados de la Encuesta de Hogares (1999), el 44 % de la población que presentó una enfermedad o accidente no leve no consultó. La causa de esta conducta se explica en un 75% por la automedicación y en 22% por el cobro.

3. Consultas médicas de especialidad

Producción Observada

En tabla 16 se presentan las consultas de especialidad por ciudad. Cabe destacar lo señalado anteriormente respecto al registro de las prestaciones, ya que en Foz se han incorporado Pediatría y Obstetricia como prestaciones de la atención primaria. Respecto a medicina interna no se registra como tal, sino que registra las subespecialidades.

Por otra parte es importante señalar que para Foz, las prestaciones descritas son las efectuadas en el Centro de Especialidades Médicas, existiendo además otras atenciones de este tipo que se compran directamente a prestadores privados.

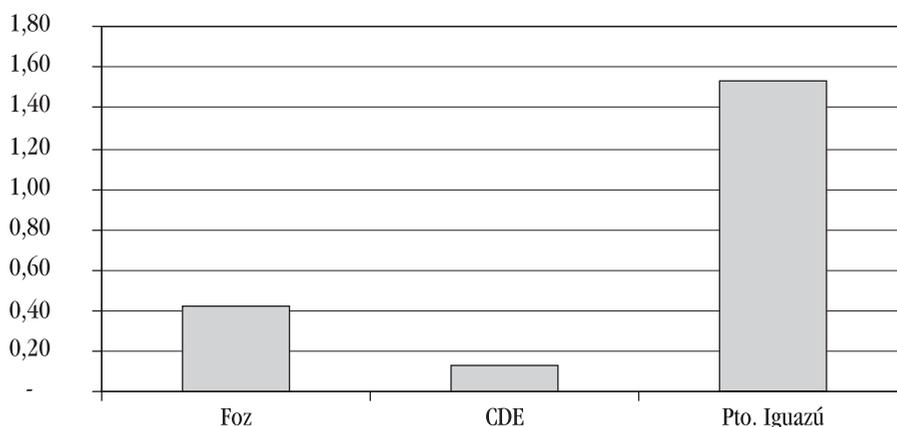
Tabla 16: Consultas Médicas de Especialidad, Trifrontera, 2000

	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Trabajo		112	
Alergia e inmuno		1.878	
Ontología s/quimio		2.720	
Cardiología		5.713	
Cirugía general	3.084	5.004	1186
Cirugía pediátrica		1.157	
Cirugía plástica		1.775	
Cirugía vascular		1.684	
Dermatología		2.399	325
Endocrinología	273	2.275	
Ginecología Obstetricia	6.105		11.437
Gastroenterología	134	1.491	
Hematología		771	
Medicina Interna	19.117		1542
Nefrología		11.204	
Neurología		7.483	
Oftalmología	330	9.776	
Ortopedia	2.634	15.016	772
Otorrinolaring.	390	3.832	
Neumología		1.570	
Proctología		2.822	
Psiquiatría		7.855	
Pediatría	13.557		5.784
Tisiología		1.335	
Urología	272	5.967	
Hanseniose		2.700	
DST / AIDS			
Total	48.896	96.539	21.179

Fuente: Informes Foz – Ciudad del Este – Puerto Iguazú

Al relacionar directamente las consultas indicadas en la tabla anterior con la población beneficiaria de las tres ciudades se obtiene el gráfico7, que muestra la tasa de atención de especialidad por ciudad. Con los datos obtenidos se observa que Puerto Iguazú genera 1,5 consultas de especialista año por beneficiario, mientras que Foz alcanza a un valor levemente superior a 0,4 y Ciudad del Este a 0,1.

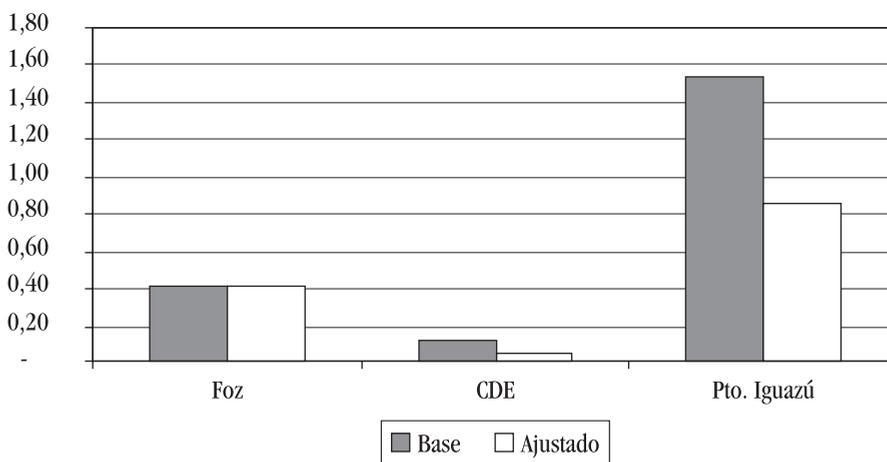
Gráfico 07: Tasa Cruda de Atención de Especialidad, Trifrontera, 2000



Sin embargo dado que existen diferencias en el registro, se estandarizó el registro de especialidades, considerando como tales a todas las señaladas en tabla 16 a excepción de Pediatría y Obstetricia. Al hacer el recálculo de las tasas de atención, se mantienen las de Foz y se reducen las de Ciudad del Este (0,04 Consultas de Especialidad/Beneficiario/Año) y Puerto Iguazú.

Destaca que a pesar del ajuste Puerto Iguazú mantiene la mayor tasa de atención de especialidad.

Gráfico 08: Comparación Tasas Consulta de Especialidad Base y Ajustada, Trifrontera, 2000

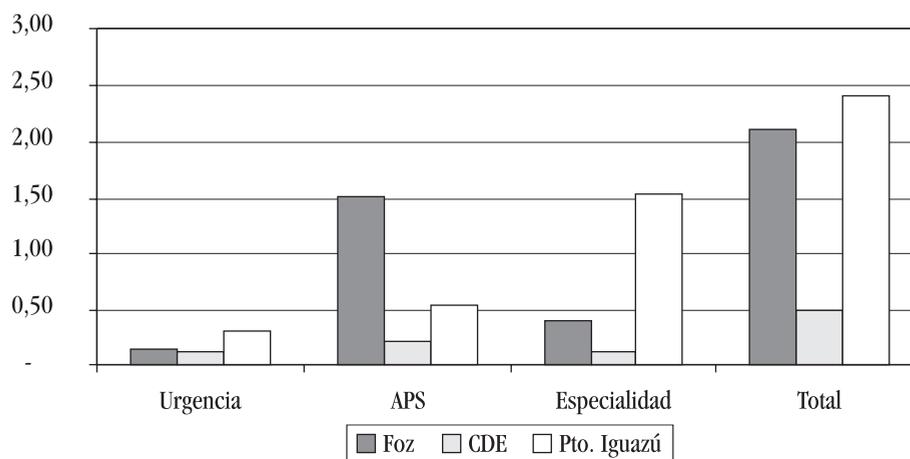


4. Urgencia + Atención Primaria + Especialidad

Dada la diversidad de registros, el efecto de vasos comunicantes entre las consultas médicas y con el objetivo de comparar de manera integral la cobertura de las mismas, se construyó un indicador agregado que suma las consultas de especialidad, atención primaria y urgencia. Los resultados de este cálculo se presentan en gráfico 9.

De este análisis se puede señalar que la población de Puerto Iguazú recibe anualmente cerca de 2,4 consultas médicas por beneficiario, la población de Foz un poco más de 2,1 consultas y la población de Ciudad del Este 0,5.

Gráfico 09: Tasas de Consulta Médica, Trifrontera, 2000



Demanda Reprimida

No fue posible diferenciar dentro de las encuestas de demanda reprimida entre las prestaciones de atención primaria y de especialidad.

5. Atención del parto y puerperio

La atención del parto es decreciente en toda la Trifrontera, ello se refleja en los valores de tabla 17 y gráfico 10, donde se presenta la evolución de los partos por ciudad.

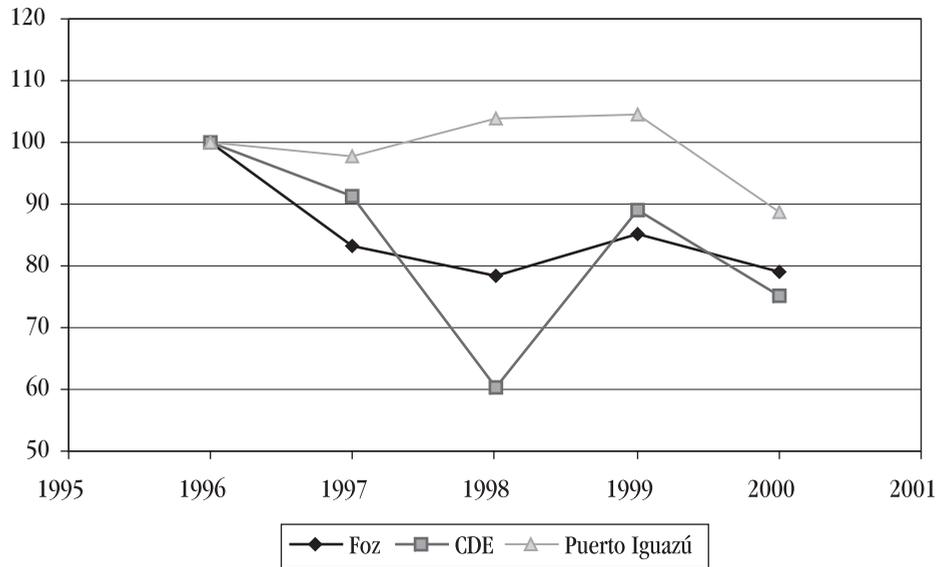
La tendencia es más marcada en Ciudad del Este con una caída del 22% en el período analizado.

Tabla 17: Atención del Parto por ciudad, Trifrontera

Ciudad	1996	1997	1998	1999	2000
Foz	6.122	5.088	4.790	5.213	4.832
CDE	1.499	1.370	906	1.337	1.128
Puerto Iguazú	854	834	886	892	758

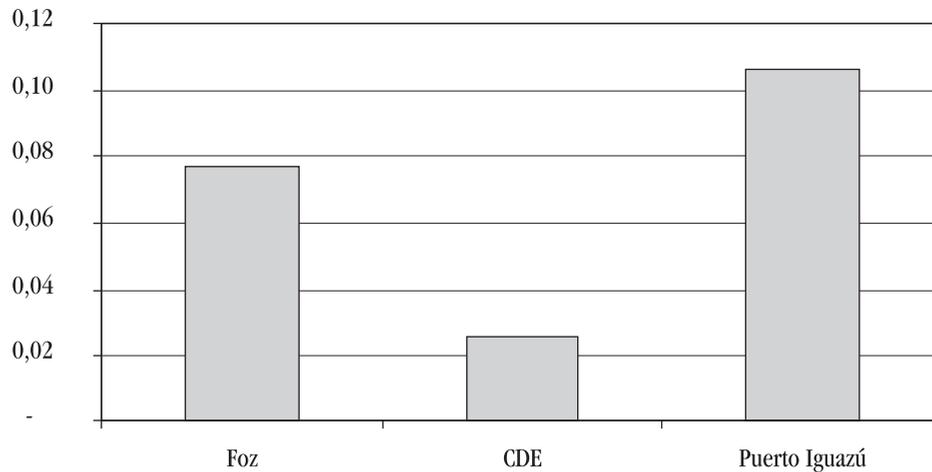
Fuente: Informes Foz – Ciudad del Este – Puerto Iguazú

Gráfico 10: Evolución Partos, Trifrontera 1996 – 2000



Al comparar el número de partos en relación a la población de mujeres en edad fértil, se obtiene que los mayores valores se dan en Foz de Iguazú y Puerto Iguazú. Cabe destacar que de acuerdo a lo señalado en Ciudad del Este, existe un importante número de partos domiciliarios y en sector privado, lo que hace disminuir la estadística de partos atendidos en el Hospital de Ciudad del Este.

Gráfico 11: Número de partos por 1000 Mujeres en Edad Fértil (15-44), Trifrontera, 2000



6. Intervenciones Quirúrgicas Mayores

Por cirugías mayores se entiende aquellas donde participa de manera directa un anestesista y son efectuadas en un pabellón quirúrgico.

En tabla 18 y gráfico 12 se presenta la evolución del total de Cirugías Mayores, de urgencia y electivas por cada ciudad.

Tabla 18: Evolución Intervenciones Quirúrgicas Electivas y Urgencia, Trifrontera

	1996	1997	1998	1999	2000
Foz	3.529	2.464	3.254	4.648	5.191
CDE	2.892	2.123	3.447	3.310	3.840
Puerto Iguazú	1.040	908	913	1.079	684

Fuente: Informes Foz – Ciudad del Este – Puerto Iguazú

Se observa que Foz y Ciudad del Este presentan un número creciente de Cirugía Mayores, mientras que en el caso de Puerto Iguazú presenta un número relativamente estable hasta 1999 y el 2000 registra una importante caída.

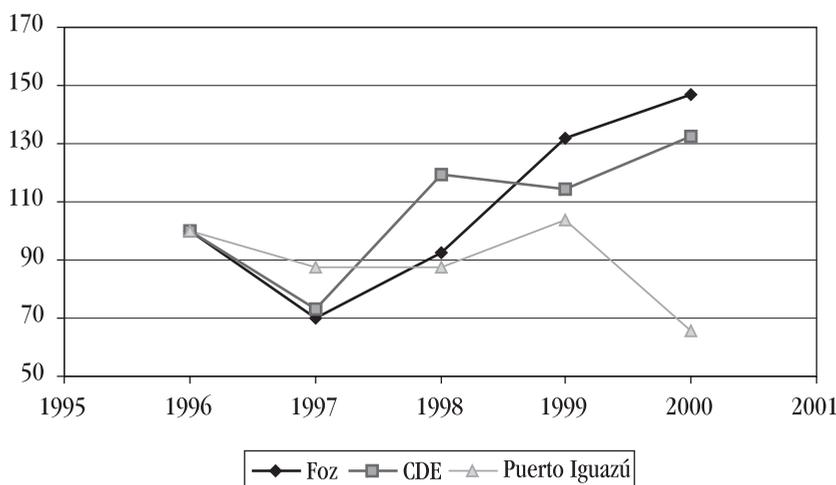
Para ninguna de las ciudades existe una estimación de la demanda reprimida de las cirugías.

En Foz las cirugías son efectuadas directamente en los hospitales y registradas por los médicos, sin tener contacto directo con la Secretaría de Salud.

En Ciudad del Este, las cirugías se efectúan casi todas en base a la atención de urgencia, por lo que no existe registro de listas de espera.

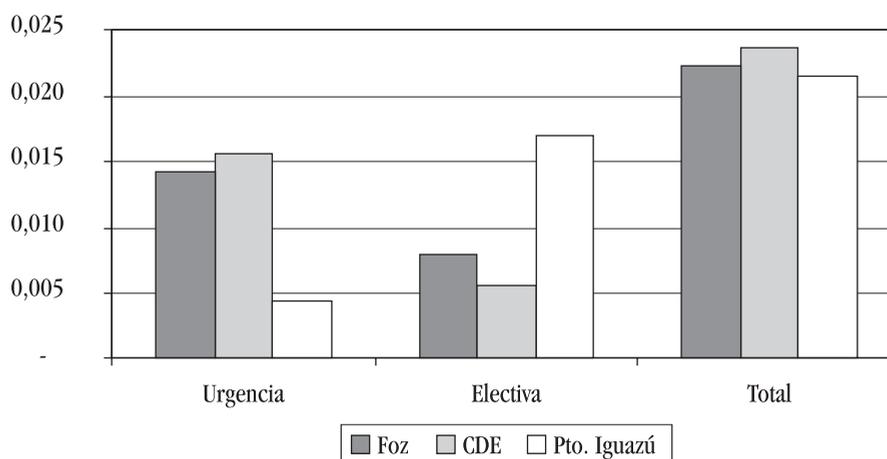
En Puerto Iguazú, a pesar de existir un sistema de interconsulta y derivación no existen registros de listas de espera.

Gráfico 12: Evolución Cirugía Mayor Beneficiarios Públicos, Trifrontera, 1996 – 2000



Al analizar la cobertura poblacional, las tres ciudades presentan cobertura similares, Ciudad del Este con 24 IQ cada 1000 beneficiarios, seguido de Foz con 22 y Puerto Iguazú con 21. Esta situación queda reflejada en gráfico 13.

Gráfico 13: Tasa de Cirugía Mayor, Beneficiarios Públicos, Trifrontera, 2000



De este gráfico igualmente se puede observar que existe una relación ineficiente entre las cirugías electivas y de urgencia. En tabla 19 se presenta la mezcla de cirugías electiva y de urgencia por ciudad para el año 2000. En ella se puede observar que para Ciudad del Este y Foz de Iguazú, más del 60% de las cirugías mayores corresponden a urgencias, mientras que para Puerto Iguazú este valor alcanza al 21%.

Tabla 19: Cirugías Mayores de Urgencia y Electiva, Trifrontera, 2000

	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Urgencia	144	3.316	2.551
Electiva	540	1.875	930
Total	684	5.191	3.840

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

Esta predominancia de cirugía de urgencia es poco eficiente, ya que el costo promedio de las intervenciones de urgencia es mayor a las electivas. Este fenómeno puede estar dando cuenta de problemas en la organización de la red de atención, en particular en aquellos aspectos relacionados con la relación entre la consulta del especialista y la cirugía. Otro aspecto que debe evaluarse en Foz y CDE es la existencia de incentivos para efectuar más intervenciones de urgencia en desmedro de las electivas.

7. Egresos y uso de camas

En tabla 20 se presentan las camas disponibles para la atención de la población beneficiaria de cada ciudad de la Trifrontera. En el gráfico 14 se presenta la disponibilidad de camas cada 1000 beneficiarios. La mayor disponibilidad se encuentra en Puerto Iguazú con 1,6 camas, seguido de Foz con 1,2 y finalmente Ciudad del Este con 0,6.

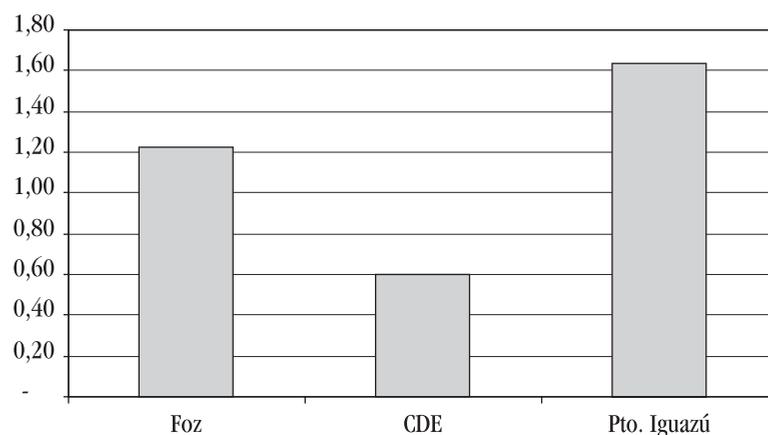
El mayor número de camas está dado por obstetricia, clínica médica y pediatría.

Tabla 20: Camas en Trabajo/Disponibles de Trifrontera para atención de beneficiarios del sistema público, 2000

	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Cirugía	7	61	6
Obstetricia	10	86	37
Clínica Médica	16	58	36
Pediatría	10	70	18
UTI	4	20	
TOTAL	52	285	97

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

Gráfico 14: Disponibilidad de Camas por 1000 beneficiarios, Trifrontera, 2000



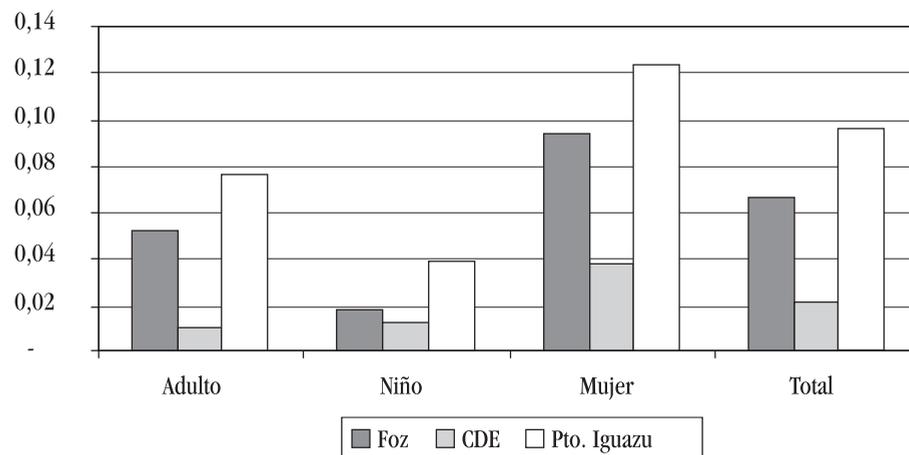
Al analizar los egresos, su magnitud sigue el mismo comportamiento de la disponibilidad de camas, presentando Puerto Iguazú las mayores tasas y Ciudad del Este las menores.

Tabla 21: Egresos Hospitales Trifrontera, 2000

	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Clínica quirúrgica	597	5.191	411
Obstetricia	881	5.877	1.663
Clínica médica	958	2.619	718
Pediatría	456	1.530	838
Psiquiatría – hospital día		259	
UTI	159		
TOTAL	3051	15.476	3.630

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

Gráfico 15: Tasa de Egreso beneficiarios sistema público, Trifrontera, 2000



Al analizar la evolución de egresos por servicio clínico, se observa que para Cirugía, la tendencia es creciente en Foz y Ciudad del Este, mientras que en Puerto Iguazú este valor es decreciente.

Llama la atención que para esta especialidad, el número de egresos en Ciudad del Este es inferior al número de cirugías, lo que debe estar traduciendo que los pacientes intervenidos fueron hospitalizados en otras unidades o no fueron ingresados al hospital.

Tabla 22: Evolución Egresos Clínica Quirúrgica, Hospitales Trifrontera

Ciudad	1996	1997	1998	1999	2000
Foz	3.529	2.464	3.254	4.648	5.191
CDE	266	261	226	403	411
Puerto Iguazú	936	473	540	495	597

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

La evolución de la Obstetricia sigue un comportamiento similar a la de los partos, con una tendencia decreciente en todas las ciudades.

Tabla 23: Evolución Egresos Obstetricia, Hospitales Trifrontera

Ciudad	1996	1997	1998	1999	2000
Foz	7.291	6.062	5.807	6.382	5.877
CDE	2.062	1.877	1.306	1.788	1.663
Puerto Iguazú	1.239	1.224	1.111	858	881

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

Los egresos de Clínica Médica presentan en general un comportamiento errático en las diversas ciudades. En Foz se observa una brusca caída en 1997, con una recuperación y estabilización los años siguientes. En Ciudad del Este luego de un incremento en 1997, cae los dos años siguientes para nuevamente incrementarse en el 2000. Puerto Iguazú presenta un crecimiento de los egresos hasta 1998, para luego decrecer y estabilizarse los años siguientes.

Tabla 24: Evolución Egresos Clínica Médica, Hospitales Trifrontera

Ciudad	1996	1997	1998	1999	2000
Foz	3.436	1.800	2.515	2.387	2.619
CDE	530	693	516	555	718
Puerto Iguazú	720	1076	1254	951	958

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

Los egresos pediátricos son decrecientes en Foz y Puerto Iguazú. Sin embargo en Ciudad del Este su número se mantiene estable.

Tabla 25: Evolución Egresos Pediatría, Hospitales Trifrontera

Ciudad	1996	1997	1998	1999	2000
Foz	2.182	1.471	1.718	1.549	1.530
CDE	798	880	832	767	838
Puerto Iguazú	719	635	533	449	456

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

En tablas 26 y 27 se efectúa un ejercicio de optimización del número de camas que sería demandado en caso de planificar las camas con un Índice Ocupacional (IO) promedio del 80%.

60

En la primera de ellas se calcula el número de camas demandadas a partir de los egresos y días de estadía de cada año, asumiendo que en promedio se debería llegar a un Índice Ocupacional del 80%. De ella se puede describir que esta demanda ha sido decreciente en Foz, creciente en Ciudad del Este y estable en Puerto de Iguazú. En CDE este fenómeno está determinado en mayor grado por el incremento de los tiempos de hospitalización más que por el incremento de los egresos. Junto con lo anterior es importante destacar que optimizando el uso del recurso cama, vía aumento de los I.O. y disminución de los PDE (resultado posible gracias a una mejor gestión del recurso; pool de camas, implementación de modelos de atención innovadores como la hospitalización domiciliaria y la cirugía mayor ambulatoria, entre otros) habría una sobre dotación de 98, 42 y 19 camas al año 2000, en Foz, CDE y Puerto respectivamente, lo que significa que las ciudades mencionadas cuentan con una oferta suficiente para hacer frente a la demanda de egresos. Sin embargo y considerando el comportamiento de la demanda en el período en estudio, debiera replantearse la necesidad de las mismas y estudiar un plan de reubicación o reabsorción de los profesionales involucrados en el proceso, si fuese necesario.

Tabla 26: Evolución Demanda de Camas (con I.O. 80%), Hospitales Trifrontera

Ciudad	1996	1997	1998	1999	2000
Foz	206	151	173	178	177
CDE	43	48	40	52	55
Puerto Iguazú	31	28	29	27	28

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

Tabla 27: Evolución Brecha de Camas, Hospitales Trifrontera

Ciudad	1996	1997	1998	1999	2000
Foz	152	124	102	97	98
CDE	30	25	33	11	42
Puerto Iguazú	16	19	18	9	19

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

C. POBLACIÓN

Se estima que al año 2000 la población de la Trifrontera alcanza a los 552.401 habitantes, de los cuales 423.200 son beneficiarios de los sistemas públicos de salud (tabla 28).

Tabla 28: Composición Poblaciones Trifrontera, 2000

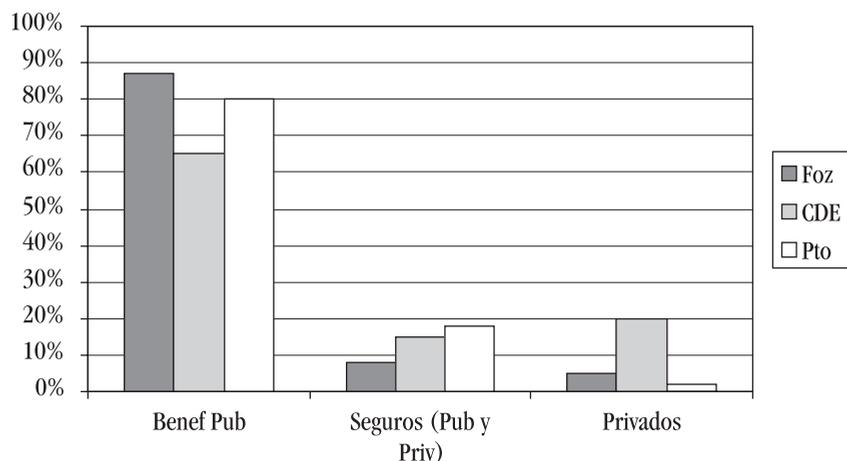
Ciudad	Total	Beneficiarios Públicos	Seguros (Púb. y Priv)	Privados
Foz de Iguazú	268.188	233.324	21.455	13.407
Ciudad del Este	249.966	162.478	37.495	49.993
Puerto Iguazú	34.247	27.398	6.164	685
Total	552.401	423.200	65.114	64.085

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

De acuerdo a lo presentado en tabla 28, en Ciudad del Este se encuentra el mayor número de beneficiarios de seguros público (IPS) y privados, además de un importante número de pacientes que hacen uso del sistema privado de manera directa. Por ello Ciudad del Este es la que presenta el menor porcentaje de población beneficiaria, alcanzando solo al 65% de la población general.

Foz es la que presenta el mayor porcentaje, alcanzando más del 85%.

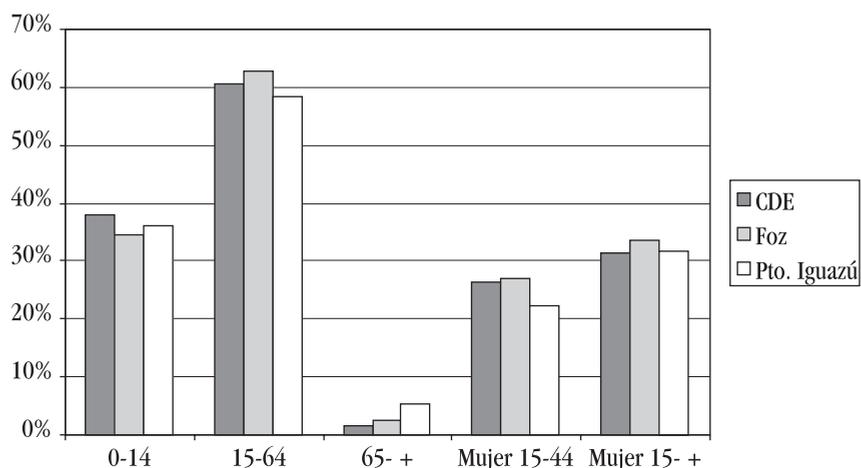
Gráfico 16: Composición Población Usuaria por Sistema de Salud, Trifrontera, 2000



Al analizar la estructura por sexo y edad de las tres poblaciones, se observa que se trata de poblaciones jóvenes, de tipo pretransicional, con alta predominancia del grupo de 0 -14 años que representa más de un tercio de la población. Por otra parte Puerto Iguazú es el que presenta el mayor porcentaje de adultos mayores en su población.

En gráfico 17 se presenta la estructura porcentual por edad y sexo para las ciudades de la Trifrontera.

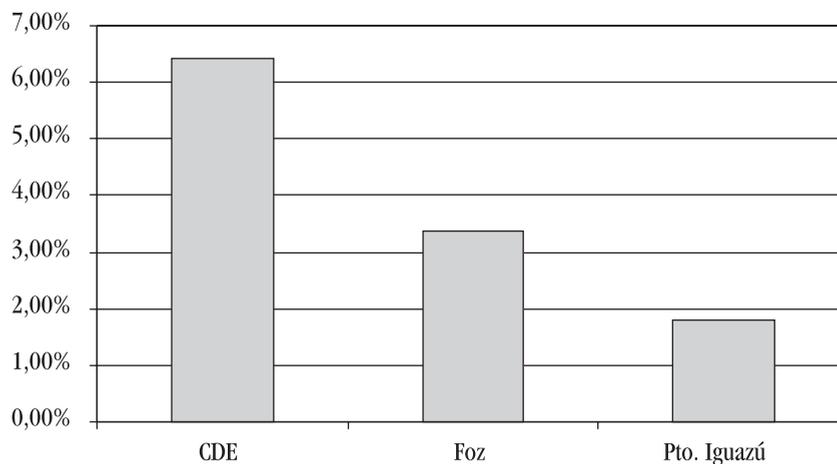
Gráfico 17: Estructura por Edad y Sexo, Ciudades Trifrontera, 2000



Un fenómeno relevante es el crecimiento poblacional. De acuerdo a las cifras de población aportadas por cada ciudad, las tres ciudades presentan diversas dinámicas de población, siendo Ciudad del Este la que presenta el mayor crecimiento, que queda reflejada en una tasa interanual superior al 6%, seguida de Foz con 3,4 y finalmente Puerto Iguazú con un 2%.

En gráfico 18 se presenta la tasa de crecimiento interanual para el período 1999-2000.

Gráfico 18: Tasa de Crecimiento Anual Poblacional, Ciudades Trifrontera 1999 – 2000



El impacto de las tasas señaladas es el rápido crecimiento esperado para Ciudad del Este y Foz, ya que de mantenerse esa dinámica el tiempo de duplicación de sus poblaciones sería de:

- Ciudad del Este: 11 años
- Foz de Iguazú: 21 años
- Puerto Iguazú: 39 años

De acuerdo a estas proyecciones y de mantenerse las tasas de crecimiento actuales, la población de la Trifrontera llegaría a un millón de habitantes en un plazo de 12 años (2012).

Es recomendable que los equipos de planificación local revisen la consistencia de estas cifras ya que estos valores son contradictorios con el decrecimiento de las actividades obstétricas y pediátricas. Sin perjuicio de ello para todos los cálculos efectuados en el presente estudio se ha considerado como dato oficial lo informado por los equipos locales, a excepción de Puerto Iguazú donde a falta de información local el equipo consultor debió estimar la población.

D. CARACTERIZACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS

1. Disponibilidad de personal por establecimiento y territorio

En el siguiente capítulo se presenta la disponibilidad de recursos humanos contratado por el Municipio de Foz para labores de Atención Primaria y de Especialidad, por el Hospital de Ciudad del Este para atención ambulatoria del hospital y atención cerrada del mismo establecimiento y por el Hospital de Puerto Iguazú para sus funciones de atención abierta y cerrada.

Lamentablemente no se pudo disponer de información homogénea sobre las horas que cada médico destina a las diversas actividades de manera de contar con un adecuado estudio de productividad.

a) Médico

En tabla 29 se caracteriza la disponibilidad de cargos médicos equivalentes a jornadas de 40 horas semanales cada uno. Para el análisis de la tabla se debe tener presente lo señalado anteriormente en el sentido que la información de Foz solo refleja los cargos destinados a la atención ambulatoria, y no se considera aquellos recursos destinados a la atención hospitalaria, ya que esta es contratada a privados, por ello estos valores de Foz "subrepresentan" la disponibilidad de recursos de la ciudad.

Los aspectos más destacados de la tabla son:

- El municipio de Foz cuenta con 84 médicos asistenciales, Ciudad del Este con 51 y Puerto Iguazú con 24.
- No hay especialistas en medicina física ni salud pública.
- En Foz se cuenta con 70 dentistas, mientras que su número en las otras dos ciudades es considerablemente menor. Al calcular la disponibilidad por población de este especialista se observa que para Foz se cuenta con 3 dentistas cada 10.000 beneficiarios, en Puerto Iguazú se cuenta con 1,88 y en Ciudad del Este con 0,12 dentistas cada 10.000 beneficiarios.
- Dado que el municipio de Foz contrata especialidades al sistema privado no es posible desprender otras conclusiones relativas a la disponibilidad general de especialistas, ya que las especialidades informadas por Foz son solo aquellas disponibles para atención ambulatoria.

- Al calcular la disponibilidad de médicos asistenciales por cada 1.000 beneficiarios se obtiene que Puerto Iguazú cuenta con 0,75 médicos, Foz 0,36 y Ciudad del Este 0,31. Es necesario tener presente que el valor de Foz está subestimado ya que no se cuenta con la información de los cargos contratados en los hospitales.

Tabla 29: Caracterización Cargos Médicos – Año 2000 – Municipio Foz de Iguazú, Hospital Ciudad del Este, Hospital Puerto Iguazú

Especialidad	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Cirugía	3		10
Anestesiología	2		1
Cirugía infantil		1	1
Dermatología		2	1
Medicina general	6	26	10
Medicina interna		1	
Medicina física			
Neurocirugía			
Neurología		1	
Neuropsiquiatría			1
Obstetricia y ginecología	4	20	9
Oftalmología		4	1
Otorrinolaringología	1	1	1
Pediatría		16	13
Psiquiatría		2	
Traumatología	2	6	3
Urología		2	
Anatomía patológica	1		
Laboratorio clínico	3		
Radiología	2	2	
Médicos asistenciales	24	84	51
Salud pública			
Químico farmacéutico	1		5
Bioquímicos	3		8
Jefaturas	3		11
Dentista	2	70	6

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

En tabla 30 se presenta la disponibilidad de médicos en el sector privado de Puerto Iguazú y Ciudad del Este. No se pudo contar con información de Foz.

Cabe destacar la mayor disponibilidad de especialistas en el sector privado que el público.

Tabla 30: Disponibilidad de Médicos Sector Privado

Especialidad	Pto Iguazú	Foz	CDE
Cirugía		s.i.	10
Anestesiología	1	s.i.	5
Cirugía infantil		s.i.	1
Cirugía general	4	s.i.	
Dermatología		s.i.	3
Medicina general		s.i.	
Medicina interna	1	s.i.	
Medicina física		s.i.	
Neurocirugía		s.i.	
Neurología	1	s.i.	3
Neuropsiquiatría		s.i.	
Obstetricia y ginecología	5	s.i.	22
Oftalmología		s.i.	6
Otorrinolaringología		s.i.	6
Pediatría		s.i.	21
Psiquiatría		s.i.	
Traumatología		s.i.	7
Urología		s.i.	3
Anatomía patológica		s.i.	
Laboratorio clínico		s.i.	
Dentista		s.i.	
Radiología		s.i.	2
Salud pública		s.i.	
Químico farmacéutico		s.i.	
Bioquímicos		s.i.	
Medicina del trabajo		s.i.	
Cardiología		s.i.	4
Proctología		s.i.	1
Ecografía		s.i.	6

Fuente: Padrón Médico Provincia de Misiones (Arg.); Equipo Ciudad del Este

s.i.: sin información

b) Personal no Médico

Respecto al personal no médico, solo se cuenta con información para las ciudades de Foz y Ciudad del Este. Respecto a esta información es aplicable las reservas señaladas para los médicos en el sentido que el personal de Foz solo considera al que labora en atención abierta (primaria y de especialidad) excluyendo el que trabaja a nivel hospitalario.

Para todos los estamentos analizados, Foz posee entre dos y tres veces más personal que Ciudad del Este. La menor diferencia se observa en el estamento de auxiliares donde la diferencia es menor.

Tabla 31: Disponibilidad Personal Profesional, Municipio Foz, Hospital Ciudad del Este, 2000

Estamento	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Enfermeras universitarias	s.i.	44	9
Matronas – partera universitaria	s.i.		9
Bioquímicos	s.i.	11	6
Asistente social	s.i.	6	2
Psicólogo	s.i.	15	
Nutricionista	s.i.	3	
Químico farmacéutico	s.i.		4
Total	s.i.	79	30

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

Tabla 32: Disponibilidad Personal Técnico, Municipio Foz, Hospital Ciudad del Este, 2000

Estamento	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Técnico enfermería	s.i.	20	
Técnico yeso	s.i.	3	
Asistente administrativo	s.i.	24	
Asistente ejecutivo	s.i.	10	
Técnico anestesiólogo	s.i.		7
Técnico transfusionista	s.i.		5
Técnico citotecnólogo	s.i.		2
Técnico laboratorio	s.i.		3
Técnico radiólogo	s.i.		3
Total	s.i.	57	20

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

Tabla 33: Disponibilidad Personal Auxiliar, Municipio Foz, Hospital Ciudad del Este, 2000

Estamento	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Auxiliar de enfermería	s.i.	156	87
Recepcionista	s.i.	21	4
Atendente farmacia	s.i.	9	
Auxiliar de laboratorio	s.i.		2
Auxiliar administrativo	s.i.		20
Auxiliar secretaria	s.i.		1
Auxiliar estadística	s.i.		1
Auxiliar senasa	s.i.		1
Total	s.i.	186	117

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

Tabla 34: Disponibilidad Personal con formación mínima, Municipio Foz, Hospital Ciudad del Este, 2000

Estamento	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Agente comunitario de salud	s.i.	221	
Secretaria	s.i.		3
Preceptora	s.i.		5
Estadígrafa	s.i.		1
Educadora sanitaria	s.i.		2
Encargado de patrimonio	s.i.		1
Chofer	s.i.		4
Portero	s.i.		5
Jardinero	s.i.		2
Limpiadora	s.i.		5
Cocinera	s.i.		2
Mucama	s.i.		11
Recepcionista	s.i.		1
Sereno nocturno	s.i.		1
Jefe personal	s.i.		1
Jefe de transporte	s.i.		1
Lavandería	s.i.		2
Mantenimiento	s.i.		1
Cocina	s.i.		5
Sevicios generales	s.i.		13
Encargado de lavandería	s.i.		1
Encargado de ropería	s.i.		1
Encargado de cocina	s.i.		1
Comunicadora social	s.i.		1
Administradora	s.i.		1
Secretaria salud pública	s.i.		1
Operadora de pc.	S.i.		1
Total	s.i.	221	73

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

2. Caracterización del mercado de trabajo

En tabla 35 se esquematizan las diversas variables relevantes para describir el mercado del trabajo.

Tabla 35: Caracterización del Mercado del Trabajo

	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Oferta de Trabajo	Baja	Alta	Mediana
Capacidad Formadora	Ninguna	Sin Información	Alta
Retención del personal	Alta	Alta	Alta

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

a) Oferta de Trabajo

Foz es la ciudad que presenta la mayor oferta de trabajo en la Trifrontera, seguida de CDE y finalmente Puerto Iguazú. Ello está dado por su tamaño de población y los sistemas de financiamiento que generan un mercado de mayor tamaño. Por su parte Puerto Iguazú cuenta con un mercado pequeño y poco dinámico.

b) Capacidad Formadora

Ciudad del Este cuenta con escuelas de 3 Universidades y 5 Institutos, que forman en Medicina, Licenciaturas en Enfermería y Obstetricia, además de Técnicos de Enfermería, lo que le permite incorporar al mercado del trabajo nuevos profesionales de la salud. En Puerto Iguazú no existen centros formadores y para Foz no se cuenta con información.

c) Retención del personal

La variable de mayor homogeneidad es la capacidad para retención de personal, patrón que se repite en las tres ciudades, ya que el personal contratado tiende a permanecer en la ciudad.

E. ANÁLISIS DE RECURSOS FINANCIEROS

Solo se cuenta con información de los recursos financieros del municipio de Foz de Iguazú, por lo que no es posible establecer comparaciones con los otros países.

De acuerdo a los antecedentes aportados, el gasto per cápita del municipio de Foz alcanzó en el año 2000, R\$121,00. La información particular se encuentra disponible en el informe de Foz de Iguazú.

F. DIAGNÓSTICO DE INFRAESTRUCTURA

No se cuenta con información para Puerto Iguazú y Foz de Iguazú, lo que impide efectuar los ejercicios de optimización y proyección de requerimientos de reinversión.

La información particular de Ciudad del Este se encuentra disponible en el Informe de CDE.

G. EQUIPAMIENTO MÉDICO, INDUSTRIAL Y VEHÍCULOS

El registro de equipos y vehículos muestra una clara diferencia en la dotación de ambos rubros entre Foz y CDE.

El registro de equipos y vehículos de Foz solo considera aquellos utilizados por el municipio, mientras que CDE incorpora tanto la atención ambulatoria de especialidad como los que se usan en el hospital.

Tabla 36: Registro Valorizado de Equipamiento Médico, Trifrontera

Item	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Equipamiento	s.i.	2.125.450	413.300
Vehículos	s.i.	544.800	35.000
Total	s.i.	2.670.250	448.300

Fuente: Informes – Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

La gran diferencia en la disponibilidad de tecnología permite estimar que Foz presenta una mayor complejidad de atención y por ende una mayor capacidad de resolución que su vecino.

De Puerto Iguazú no se obtuvo información.

Otro aspecto a relevar es que la mayor parte de los equipos se adquirió en 1998 en el caso de CDE y entre 1999 y 2000 para Foz. Ello tiene como consecuencia que la mayor parte del equipamiento se encuentra actualmente en buenas condiciones, sin embargo se debe prever que este demandará recursos para su reposición entre los años 2004 y 2006.

H. ANÁLISIS DE LA RED: ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL

El análisis estructural mide la capacidad de la red para responder a la atención de salud, a través de la identificación y caracterización de los prestadores públicos y privados de la zona en estudio.

Prestadores Públicos: tipo y ubicación de los establecimientos de salud, modalidad de atención (abierto: ambulatoria, y cerrado: no ambulatoria), complejidad y relación entre vías de comunicación y establecimientos.

Prestadores Privados: tipo y ubicación de los establecimientos de salud, caracterización de sus recursos: boxees, pabellones quirúrgicos, camas.

1. Análisis por Ciudad

a) Prestadores Públicos

Modalidad de Atención y Complejidad

Por complejidad se entenderá la diversidad de atenciones que efectúa un establecimiento, siendo más complejos los establecimientos que producen mayor diversidad y cantidad de prestaciones.

Por tipo de atención se diferenciará entre establecimientos que brindan atención cerrada (hospitalización) y establecimientos que brindan atención abierta (ambulatoria).

En tabla 37 se presenta estructura de la red de atención ambulatoria, de cada ciudad. De ella se puede señalar que en las tres ciudades existe atención de baja y mediana complejidad, sin embargo solo existe atención especializada de alta complejidad en Foz.

En caso que los pacientes de Puerto Iguazú requieran atención de alta complejidad, son derivados a El Dorado o Posadas.

Para Ciudad del Este, el nivel de referencia es Asunción, sin embargo la oferta de atención es limitada y dependerá de la capacidad de pago del paciente o su familia, aunque sea beneficiario del sistema público.

Tabla 37: Modelo de Atención Ambulatoria – Trifrontera

Complejidad\Modalidad Atención	Puerto Iguazú	Foz	Ciudad del Este
Alta	No	Centro de Especialidades Médicas (1)	No
Mediana	Consultorio Hospital Puerto Iguazú	Núcleos de Salud (5)	Consultorio Hospital Ciudad del Este
Baja	Periféricos	Unidades Básicas de Salud (21)	Puestos y Centros de Salud

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

En tabla 38 se presenta el modelo de atención hospitalaria, de ella destaca que en las tres ciudades el nivel de hospitalización es de mediana complejidad, salvo en Foz, donde se puede estimar que Santa Casa tiene algunos elementos de alta complejidad. Sin embargo se repite la situación descrita para la atención ambulatoria en CDE y Puerto Iguazú, donde la ausencia de este nivel implica la derivación hacia las ciudades descritas anteriormente.

Destaca que para Foz, los hospitales (*) son de propiedad privada, manteniendo un convenio con el SUS. A la fecha del estudio la prefectura (municipalidad) tenía intervenido el hospital de Santa Casa. Esta particularidad de Foz, donde no hay hospitales públicos limita el análisis de productividad solo a los establecimientos propios del municipio.

Tabla 38: Modelo de Atención Hospitalaria – Trifrontera

Complejidad\Modalidad Atención	Puerto Iguazú	Foz	Ciudad del Este
Alta	No hay	Santa Casa (*)	No Hay
Mediana	Hospital Puerto Iguazú	Costa Cavalcanti(*)	Hospital Ciudad del Este
Baja	No hay	No hay	No hay

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

Tal como se muestra en tabla 39, el factor diferenciador entre los hospitales de las tres ciudades es la disponibilidad para manejar pacientes críticos, donde Ciudad del Este no cuenta con camas intensivas ni de intermedio. Pto Iguazú cuenta con intermedio y Foz con ambas unidades. Además Foz cuenta con Diálisis.

Tabla 39: Caracterización por Hospitales Convenio SUS, Foz do Iguacu, CDE y Puerto Iguazú, 2000

	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Servicios Clínicos			
Medicina	X	X	X
Cirugía	X	X	X
Pediatría	X	X	X
Obstetricia	X	X	X
Ginecología	X	X	X
Neonatología	X	X	X
Unidad Intensiva		X	
Unidad Intermedia	X	X	
Traumatología	X	X	X
Unidades de Apoyo Clínico Terapéutico			
Unidad Emergencia	X	X	X
Imaginología	X	X	X
Laboratorio	X	X	X
Banco de Sangre	X	X	X
Diálisis		X	

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

En tabla 40 se caracteriza a los establecimientos que prestan atención ambulatoria, según sus especialidades y unidades de apoyo diagnóstico terapéutico.

En este análisis se repite el patrón descrito, en el sentido que Foz cuenta con una mayor disponibilidad de especialidades, seguida de CDE y finalmente Puerto Iguazú.

Tabla 40: Caracterización por establecimientos públicos de atención abierta, Trifrontera, 2001

	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Adulto			
Generalista	x	x	x
Cirugía general	x	x	x
Patología mamaria		x	
Traumatología	x	x	x
Urología		x	
Oftalmología		x	x
Otorrino	x	x	x
Dermatología		x	x
Medicina interna	x	x	x
Gastroenterología		x	
Cardiología		x	x
Reumatología		x	
Broncopulmonarneumonología			x
Neurología		x	
Endocrinología		x	x
Psiquiatría		x	x
Hematología		x	x
Nefrología		x	
Oncología		x	
Neurocirugía		x	
Infantil			
Cirugía		x	x
Traumatología			x
Dermatología			x
Pediatría		x	x
Broncopulmonar			x
Neurología		x	
Seguimiento neonatal		x	x
De la mujer			
Ginecología	x	x	x
Obstetricia		x	x

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

Funcionalidad de la Red Pública

En el análisis de funcionalidad se considera la organización del modelo de atención y la articulación entre los diversos componentes. Para ello se considera dos modelos complementarios, a saber, atención de urgencia y atención electiva.

(a) Componentes y articulación Red de Urgencia

En tabla 41 se presenta la disponibilidad de los recursos para la atención de urgencia en cada una de las ciudades.

Tabla 41: Componentes Red de Urgencia, Trifrontera, 2001

	Puerto Iguazú	Foz	Ciudad del Este
Pre Hospitalaria	Nº 107	SIATE 196	No
Atención Primaria	Si	Si	Si
Hospital – Unidad de Emergencia	Hospital Puerto Iguazú	Santa Casa	Hospital CDE
Unidad Intensiva/Intermedia	Intermedia	Ambas	No tiene

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

Puerto Iguazú

En Puerto Iguazú se cuenta con casi todos los componentes de la atención de urgencia. Atención Prehospitalaria activada a través del 107. Unidad de Emergencia con las especialidades básicas las 24 horas los 365 días del año y unidad de intermedio. La atención primaria cuenta también con atención de urgencia, sin articulación (coordinación) con el hospital.

En las tres ciudades no se cuenta con un sistema coordinador y articulador de la atención de urgencia a nivel integral, salvo en lo referido a la atención prehospitalaria en Foz de Iguazú y Puerto Iguazú cuyo desempeño se centra en la atención de pacientes en la vía pública.

Para Puerto de Iguazú, en caso de requerir atención de cuidados intensivos los pacientes son derivados a El Dorado.

Foz de Iguazú

En Foz se dispone de todos los elementos posibles de identificar en la red de urgencia, desde la atención prehospitalaria de acceso universal (196) hasta la atención en la unidad de intensivo. Cabe destacar que la administración de cada uno de ellos responde a diferentes organizaciones. El sistema prehospitalario es de administración entre el municipio y los bomberos. La atención primaria es de administración municipal. La atención de urgencia hospitalaria es efectuada por un hospital en convenio con el SUS.

Por otra parte, en caso de ser necesaria una hospitalización existe una unidad que coordina la disponibilidad de camas entre los establecimientos.

Ciudad del Este

La atención de urgencia es brindada en la atención primaria, que en caso de necesidad deriva los pacientes al Hospital de Ciudad del Este, que cuenta con una Unidad de Emergencia que cubre las especialidades básicas, las 24 horas los 365 días del año. No cuenta con atención prehospitalaria, de cobertura poblacional, salvo en la autopista concesionada. La atención primaria de urgencia, no está articulada (coordinada) con el hospital. Para pacientes con compromiso vital, el hospital no cuenta con unidades de cuidados intensivos e intermedio. En caso de requerir este tipo de atención pueden ser derivados a hospitales privados o a Asunción de acuerdo a la disponibilidad de recursos para financiar este procedimiento.

(b) Articulación Red Electiva

A continuación se describe los mecanismos de articulación entre los diferentes componentes de la red electiva en cada ciudad.

Los aspectos más relevantes con este análisis se relacionan con la organización en base a niveles de complejidad creciente y a la articulación entre ellos.

Tal como se presentaba en tablas 37 y 38 existe una organización de la atención en base a establecimientos de diversa complejidad, sin embargo las principales falencias se encuentran en los procesos de derivación y contra derivación entre los diversos niveles, que salvo excepciones no se encuentran regulados. Ello implica un ineficiente uso de los recursos disponibles, en la medida que la población puede acceder directamente a la atención de especialidad, sin que medie la opinión de un médico generalista.

A continuación se describe la situación para cada ciudad.

Puerto Iguazú

De manera similar a Ciudad del Este, a pesar de existir diversas estructuras para atención primaria y de especialidad, la red no está regulada, en el sentido que las personas pueden consultar de manera espontánea tanto en atención primaria como de especialidad. Sin embargo un aspecto destacado es que en el ámbito de las cirugías mayores, estas son mayoritariamente programadas, lo que traduce la existencia de un procedimiento de coordinación entre los equipos que efectúan la atención ambulatoria y los de hospitalización.

En términos globales, se debiera implementar la figura funcional de un coordinador (articulador) local de la red asistencial (urgencia y electivo), que pudiésemos denominar Gestor de la Red Asistencial de Salud, cuya principal función es la de velar por que se satisfaga la demanda de la población, en un contexto de equidad, oportunidad, satisfacción de los pacientes y calidad, haciendo un uso adecuado de los factores productivos disponibles, desarrollando protocolos de atención y cooperación entre los establecimientos de la red, redistribuyendo la oferta de los factores productivos del sector, entre otros.

Con el fin de operacionalizar e institucionalizar la figura del Gestor de la Red, se hace necesario definir el rol del Gestor, identificando normas y protocolos de operación, necesidades de soporte estructural, financiero, recursos humanos e informático, para su funcionamiento, de acuerdo a la demanda y oferta disponibles. En este sentido el impacto del Gestor de la Red se debiera manifestar en el manejo eficiente de los recursos productivos (infraestructura, recurso humano y equipamiento) en función de la demanda de prestaciones.

Un ejemplo de lo anterior es el manejo de las agendas médicas, articulación de las camas agudas, intermedias y complejas, la reorientación de la demanda, la derivación y contra derivación en un contexto de red, responsabilizándose el sector por el paciente, a fin de asegurar un acceso oportuno y equitativo a las prestaciones, entre otros.

Foz de Iguazú

Hay un sistema jerarquizado de derivación y contra derivación entre la atención primaria y la especialidad. De acuerdo a lo observado el principal vacío se genera en la articulación entre el consultorio de especialidades y las hospitalizaciones electivas, ya que los médicos de los hospitales en convenio con el SUS manejan su propia agenda, lo que se refleja en la alta proporción de cirugía de urgencia en desmedro de la electiva, que en promedio debería ser de menor costo y riesgo, dado que es posible programarla.

Ciudad del Este

A pesar de existir una red de atención primaria y de concentrar la atención de especialidad en el Hospital de Ciudad del Este, no existe un sistema jerarquizado de derivación y contra derivación, funcionando las consultas de especialidad a partir de la demanda espontánea de los pacientes. Las cirugías se efectúan principalmente como respuesta de la atención de urgencia, sin una base de programación

La falta de regulación entre atención primaria y de especialidad tiene como efecto una ineficiencia en el uso del recurso médico especialista, que con seguridad está atendiendo a pacientes que pueden ser manejados por un médico general. Por otra parte, el problema del desbalance entre las cirugías de urgencia y electivas, traduce una deficiente coordinación entre la consulta electiva de cirugía y la intervención, las que por la organización del hospital son efectuadas mayormente en la modalidad de urgencia, con los efectos señalados anteriormente para el caso de Foz.

b) Prestadores Privados

Tanto en Ciudad del Este como en Foz de Iguazú, hay una gran gama de establecimientos privados que ofrecen atención de todos los niveles de complejidad.

Ciudad del Este cuenta con 8 clínicas privadas, que poseen mayor complejidad que el hospital del sistema público. El acceso a estos establecimientos depende de la capacidad de pago de la población lo que limita el acceso. En Foz de Iguazú se cuenta además de los establecimientos en convenio con el SUS con otras 4 clínicas. En Puerto Iguazú no se cuenta con clínicas privadas, pero si consultas médicas.

Existen además consultas médicas particulares, descritas en tabla 30.

Tabla 42: Disponibilidad de servicios y unidades en clínicas privadas de Ciudad del Este y Foz de Iguazú, 2000

	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Servicios Clínicos			
Medicina	No hay	X	X
Cirugía	No hay	X	X
Pediatría	No hay	X	X
Obstetricia	No hay	X	X
Ginecología	No hay	X	X
Neonatología	No hay	X	X
Unidad Intensiva	No hay	X	X
Unidad Intermedia	No hay	X	X
Odontología	No hay	X	X
Urología	No hay		X
Cardiología	No hay		X
Gastroenterología	No hay		X
Endocrinología	No hay		X
Hematología	No hay		X
Oftalmología	No hay		X
Clínico General	No hay		X
Otorrinolaringología	No hay		X
Neurología	No hay		X

Reumatología	No hay		X
Traumatología	No hay		X
Proctocología	No hay		X
Alergista	No hay		X
Nefrología	No hay		X
Cirugía plástica	No hay		X
Nutricionista	No hay		X
Flebotomía	No hay		X
Neurología Infantil	No hay		X
Cardiología Infantil	No hay		X
Fonoaudiología	No hay		X
Dermatología	No hay		X
Unidades de Apoyo Clínico Terapéutico			
Unidad Emergencia	No hay	X	X
Imaginología	No hay	X	X
Laboratorio	No hay	X	X
Banco de Sangre	No hay	X	X
Fisioterapia	No hay		X
Psicología	No hay		X
Patología	No hay		X
Electro Cardiograma	No hay		X
Tomografía	No hay		X
Mamografía	No hay		X
Ecografía	No hay		X
Ecocardiograma	No hay		X

2. Atención de Salud entre Países

Dada la configuración geográfica de accesibilidad, historia, cultura y desarrollo socio económico de la Trifrontera, esta permite el libre tránsito de personas entre los países. Dada su proximidad geográfica y configuración económica, el mayor flujo se da entre Ciudad del Este y Foz de Iguazú. Esta última actúa de bisagra entre Paraguay y Argentina debido a su ubicación geográfica.

A lo anterior se suma el escaso control para el flujo de personas entre CDE y Foz, lo que facilita aun más este intercambio.

Dada su ubicación y desarrollo en materia de salud, Foz de Iguazú se constituye en un polo de atracción en ésta materia. Ello se da tanto para pacientes provenientes de Paraguay como de otros municipios ubicados en la región.

De acuerdo a los antecedentes recopilados en la zona, no existen mecanismos formales de derivación y contra derivación entre los países, sin perjuicio que ocasionalmente se reciben solicitudes de atención desde el Hospital de Ciudad del Este, hacia la Santa Casa. Este es un hecho relevante para el análisis, ya que la mayor parte de la consulta es espontánea.

Al preguntar por pacientes de otras nacionalidades atendidos en los establecimientos públicos o en convenio, solo Foz reunía un volumen importante de atenciones que se describen en tabla 43, la que además contiene las atenciones brindadas a pacientes provenientes de otras regiones de Brasil. En Puerto Iguazú este número era escaso y en CDE no existía registro.

Tabla 43: Origen de la demanda, Foz de Iguazú, año 2000

Número	Argentina	Brasil	Paraguay
Consulta Urgencia	01	314	1.141
Egresos Hosp.	01	381	1.246
Partos			389
Consulta Atención Primaria			22.062
Vacunas			
Consulta Especialidad			10.827
Diálisis		3.250	

Dado que las atenciones demandadas entre los diversos países no son similares para todas las prestaciones, se profundizará el estudio de cada una de las trazadoras consideradas, para lo cual se calcularán diversos indicadores útiles para el análisis territorial. Para ello se utiliza como base la siguiente tabla, que contiene los datos necesarios para construir los indicadores. La Tabla ha sido diseñada considerando que existen dos ciudades A y B, que presentan diversos niveles de intercambio entre si. Para su construcción se debe conocer los siguientes datos:

- α : número de pacientes de la ciudad A que son atendidos en la ciudad A
- β : número de pacientes de la ciudad A que son atendidos en la ciudad B
- γ : número de pacientes de la ciudad B que son atendidos en la ciudad A
- δ : número de pacientes de la ciudad B que son atendidos en la ciudad B

		Ciudad de Destino		
		A	B	Total
Ciudad de Origen	A	a	b	a+b
	B	g	d	g + d
	Total	a + g	b + d	g + d+ b + d

Fuente: elaboración propia

A partir de estos datos se construyen los siguientes indicadores:

• **Capacidad Resolutiva Territorial**

Corresponde al porcentaje de prestaciones que demanda la población de una ciudad o territorio, que son resueltos en el mismo territorio.

Ej. Capacidad Resolutiva Territorial Ciudad A =
$$\frac{\alpha}{\alpha+\beta}$$

Este indicador da cuenta del porcentaje de la producción demandada por la población de la ciudad A que está siendo resuelta en la ciudad A. La diferencia está dada por la atención de habitantes de la ciudad A en la ciudad B que puede corresponder a consulta espontánea o derivación formal a la ciudad B.

Un indicador complementario a este es el porcentaje que representa la atención de personas de la ciudad A en la ciudad B, en relación al total de atenciones brindadas a la población A que se expresa en la siguiente fórmula:

$$\text{Índice Complemento Capacidad Resolutiva Territorial Ciudad A} = \frac{\beta}{\alpha + \beta}$$

• **Índice de prestaciones de ciudad de origen**

Corresponde a las atenciones brindadas en la ciudad de destino a la población de la ciudad de origen en relación a las atenciones totales de la ciudad de origen.

$$\text{Índice Prestaciones Origen Ciudad A} = \frac{\beta}{\alpha + \gamma}$$

Este indicador da cuenta del porcentaje de la producción demandada por la población de la ciudad A en la ciudad B en relación a la producción de la ciudad A. Ello permite estimar la posibilidad que la ciudad A se haga cargo de la demanda que está siendo atendido fuera de ella o establecer la información base para determinar las medidas de intercambio entre ellas.

• **Índice de prestaciones de ciudad de destino**

Corresponde a las atenciones brindadas en la ciudad de destino a la población de la ciudad de origen en relación a las atenciones totales de la ciudad de destino.

$$\text{Índice Prestaciones Destino Ciudad A} = \frac{\beta}{\beta + \delta}$$

A continuación se aplican estos conceptos para analizar la relación entre las ciudades de la Trifrontera. Dado que la principal relación en la frontera se da entre CDE y Foz, los análisis se centrarán en este binomio, en particular en la definición de las relaciones de dependencia desde CDE hacia Foz.

a) Egresos Hospitalarios

Al analizar los Egresos Hospitalarios, la producción de Ciudad del Este representa el 75% de los egresos que se efectúan a ciudadanos paraguayos considerando este país, Foz y Puerto Iguazú.

Para Foz, las atenciones brindadas a los paraguayos corresponden al 8% de su producción y para Puerto Iguazú este alcanza al 1%.

Tabla 44: Análisis Origen – Destino Egresos Hospitalarios Trifrontera

		Destino		
		Foz	Puerto Iguazú	CDE
Origen	Brasil	14229	5	0
	Argentina	1	3044	0
	Paraguay	1246	26	3630

Fuente: Elaboración Propia

Al calcular los indicadores para los egresos hospitalarios se obtiene:

- Capacidad Resolutiva Territorial CDE _____ 75%
- Índice Complemento Capacidad Resolutiva Territorial CDE2 _____ 5%
- Índice de prestaciones de ciudad de origen CDE _____ 34%
- Índice de prestaciones de ciudad de destino CDE – Foz _____ 8%

De los ingresos hospitalarios, el mayor número está concentrado en obstetricia y cirugía.

Tabla 45: Hospitalizaciones de ciudadanos paraguayos en Hospitales de Foz de Iguazú, 2001

Servicio Clínico	Santa Casa	Costa Cavalcanti	Clinipar
Obstetricia	410	43	32
Cirugía	254	55	02
Pediatría	163	20	02
Medicina General	153	07	
Total	980	125	36

En entrevistas con personal que labora en el Pronto Socorro de Santa Casa, señalaban que era frecuente que los ciudadanos paraguayos llegaran de manera espontánea a consultar y en algunos casos trasladados en ambulancia sin ningún aviso previo.

b) Consultas de Atención Primaria

En Atención Primaria la producción de Ciudad del Este representa el 63% de las consultas que se efectúan a ciudadanos paraguayos considerando este país y Foz.

Para Foz, las atenciones brindadas a los paraguayos corresponden al 6% de su producción.

Tabla 46: Análisis Territorial Atención Primaria, Trifrontera, 2000

		Destino		
		Foz	CDE	Total
Origen	Brasil	330.559	0	330.559
	Paraguay	22.062	38.185	60.247
	Total	352.621	38.185	390.806

Al calcular los indicadores para consultas de atención primaria se obtiene:

- Capacidad Resolutiva Territorial CDE _____ 63%
- Índice Complemento Capacidad Resolutiva Territorial CDE _____ 37%
- Índice de prestaciones de ciudad de origen CDE _____ 58%
- Índice de prestaciones de ciudad de destino CDE – Foz _____ 6%

c) Consultas de Urgencia

En Atención de Urgencia la producción de Ciudad del Este representa el 95% de las consultas que se efectúa a ciudadanos paraguayos considerando este país y Foz.

Para Foz, las atenciones brindadas a los paraguayos corresponden al 3% de su producción.

Tabla 47: Análisis Territorial Consultas de Urgencia, Trifrontera, 2000

		Destino		
		Foz	CDE	Total
Origen	Brasil	38.662	0	38.662
	Paraguay	1.141	21.179	22.320
	Total	39.803	21.179	60.982

Al calcular los indicadores para las consultas de urgencia se obtiene:

- Capacidad Resolutiva Territorial CDE _____ 95%
- Índice Complemento Capacidad Resolutiva Territorial CDE _____ 5%
- Índice de prestaciones de ciudad de origen CDE _____ 5%
- Índice de prestaciones de ciudad de destino CDE – Foz _____ 5%

d) Consultas de Especialidad

En Consultas de Especialidad la producción de Ciudad del Este representa el 66% de las consultas que se efectúan a ciudadanos paraguayos considerando este país y Foz.

Para Foz, las atenciones brindadas a los paraguayos corresponden al 11% de su producción.

Tabla 48: Análisis Territorial Consultas de Especialidad, Trifrontera, 2000

		Destino		
		Foz	CDE	Total
Origen	Brasil	85.712	0	85.712
	Paraguay	10.827	21.179	32.006
	Total	96.539	21.179	117.718

Al calcular los indicadores para las consultas de especialidad se obtiene:

- Capacidad Resolutiva Territorial CDE _____ 66%
- Índice Complemento Capacidad Resolutiva Territorial CDE _____ 34%
- Índice de prestaciones de ciudad de origen CDE _____ 51%
- Índice de prestaciones de ciudad de destino CDE – Foz _____ 11%

En tabla 49 se presenta las consultas por especialidad brindadas a ciudadanos de Paraguay. El mayor volumen de consultas se concentra en la atención dental. Dentro de las especialidades médicas, las que concentran el mayor número de atenciones son Oftalmología, Ortopedia, Neurología y Cardiología.

Tabla 49: Derivaciones Consultas Médicas de Especialidad, Municipio Foz de Iguazú, 2001

Tipo de Especialidades	Pacientes de Paraguay
Cirugía	281
Cardiología	649
Cirugía infantil	101
Dermatología	188
Endócrino	195
Nefrología	299
Gastro	52
Oncología	359
Neurología	750
Proctología	189
Obstetricia y ginecología	530
Oftalmología	1.078
Otorrinolaringología	265
Pediatría	616
Psiquiatría	595
Ortopedia	1.067
Urología	479
Cirugía plástica	99
Dentista	2.580
Total	10.827

Tabla 50: Derivaciones de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, Municipio Foz de Iguazú, 2001

Tipo de Procedimientos	Paraguay
Fonoaudiología	285
Fisioterapia	4.000
Electrocardiograma	278
Electroencefalograma	95
Examen Patología Clínica	26.000
Rayos X	1.786
Citopatología	15
Total	32.459

e) Partos

En Atención del Parto la producción de Ciudad del Este representa el 74% de los partos que se efectúan a ciudadanos paraguayos considerando este país y Foz.

Para Foz, las atenciones brindadas a los paraguayos corresponden al 8% de su producción.

Tabla 51: Análisis Territorial Atención del Parto, Trifrontera, 2000

		Destino		
		Foz	CDE	Total
Origen	Brasil	4.443	0	4443
	Paraguay	389	1128	1517
	Total	4832	1128	5960

Al calcular los indicadores para los partos se obtiene:

- Capacidad Resolutiva Territorial CDE _____ 74%
- Índice complemento Capacidad Resolutiva Territorial CDE _____ 26%
- Índice de prestaciones de ciudad de origen CDE _____ 34%
- Índice de prestaciones de ciudad de destino CDE – Foz _____ 8%

f) Síntesis

En tabla 52 y gráfico 19 se presentan diversos indicadores de resolución territorial de las prestaciones analizadas.

Tabla 52: Resumen Indicadores Análisis Territorial – Trifrontera, 2000

	Egresos	Urgencia	APS	Especialidad	Partos
Capacidad Resolutiva Territorial (CRT)	74%	95%	63%	66%	74%
Índice Complemento Cap. Res. Territorial CDE	26%	5%	37%	34%	26%
Índice Origen CDE	34%	5%	58%	51%	34%
Índice Destino CDE – Foz	8%	3%	6%	11%	8%

Al analizar los diversos patrones se puede establecer que ellos se comportan de manera diferente dependiendo del tipo de prestación que se trate.

Básicamente podemos establecer tres patrones de comportamiento:

Alta Dependencia de CDE en relación atención primaria y de especialidad, que se reflejan en una baja Capacidad Resolutiva Territorial y donde el porcentaje de las prestaciones efectuadas en Foz a ciudadanos paraguayos, representa más de la mitad de la producción de atención primaria y especialidad de CDE.

Por otra parte para Foz este volumen de producción representa entre un 6% y un 11% de la atención primaria y de especialidad respectivamente.

Cabe destacar que dado el carácter electivo de estas prestaciones, son las que más se ven favorecidas y facilitadas por el libre tráfico de personas entre las ciudades.

De acuerdo a estudios de Foz, aparentemente el mayor flujo de paraguayos se concentra en los centros de salud cercanos al río y puente, dado que la población puede acceder a pie desde CDE, ello viene a reforzar la caracterización de este patrón de demanda.

Dependencia Media de CDE a egresos y atención del parto, donde la Capacidad Resolutiva Territorial llega al 75% y donde el porcentaje de las prestaciones efectuadas en Foz a ciudadanos paraguayos, representa más de un tercio de la producción de CDE.

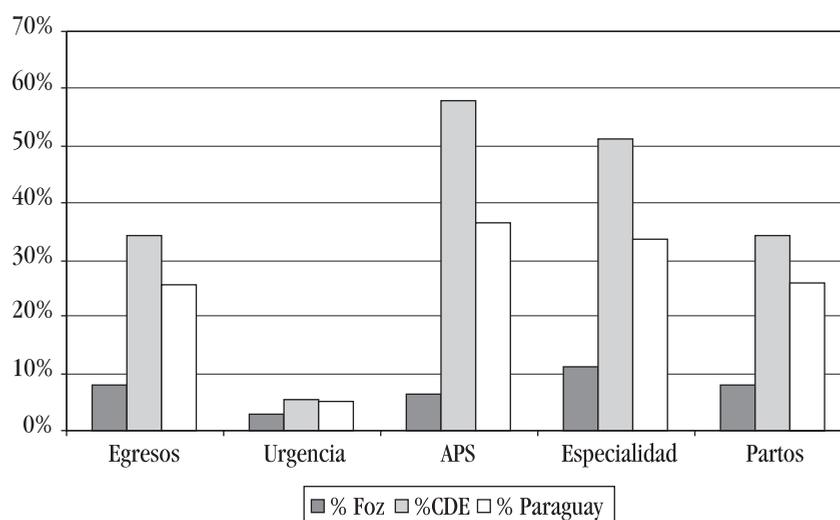
Cabe destacar que de acuerdo al patrón para egresos y partos es prácticamente idéntico para los diversos indicadores, sin embargo los egresos alcanzan a 1246 y los partos a 389.

Para Foz este volumen de producción representa entre un 8% de su producción hospitalaria y de sus partos.

Baja Dependencia de CDE en relación a atención de urgencia donde la Capacidad Resolutiva Territorial llega al 95% y donde el porcentaje de las prestaciones efectuadas en Foz a ciudadanos paraguayos, representa un 5% de la producción de CDE.

Para Foz este volumen de producción representa entre un 3% de su producción hospitalaria y de sus partos.

Gráfico 19: Indicadores de Funcionamiento Territorial, Ciudad del Este – Foz de Iguazú, 2000



g) Articulación entre países

De acuerdo a los antecedentes recopilados, no existen instancias formales de derivaciones y contra derivaciones entre los tres países. Ocasionalmente se dan apoyo en caso de algunas urgencias vitales.

En este sentido los flujos entre los países corresponden esencialmente a la demanda espontánea de las personas, situación que tiene una fuerte raigambre histórica y social, por lo que es difícil de cambiar. Esto se ve traducido en los diversos patrones de producción analizados, ya que mientras más electiva o programable es la prestación, mayor es la demanda desde CDE hacia Foz. Lo que se ve facilitado por la permeabilidad de las barreras de atención en Foz.

La atención de urgencia entre países es éticamente inobjetable, dado el riesgo vital, debe ser atendida sin discriminar el origen de los pacientes, sin embargo las prestaciones electivas pueden ser reguladas por los diversos prestadores, es decir se puede condicionar el acceso

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Para efectuar las recomendaciones es conveniente hacer presente los objetivos de la consultoría:

- Elaborar el diagnóstico de la capacidad potencial actual de producción de los establecimientos hospitalarios y estructural-funcionales de la red de atención de los sectores señalados.
- Establecer propuestas de desarrollo y cooperación entre los países que permitan optimizar los recursos actuales y orientar futuros desarrollos.

Este capítulo se ha organizado considerando aspectos de tipo general que resumen el diagnóstico solicitado, que constituyen elementos a considerar en la gestión sanitaria de la región y aspectos específicos, que se relacionan directamente con las propuestas de desarrollo solicitadas.

A. GENERALES

1. Calidad y Oportunidad de la Información

Dado que el estudio se construyó mayormente a partir de fuentes secundarias, un problema recurrente fue la calidad y oportunidad de ésta en los siguientes ámbitos:

- Disponibilidad de registros
- Confiabilidad y suficiencia de los registros
- Método de cálculo de los indicadores
- Población
- Definición de términos y conceptos
- Homologación de términos entre países
- Validación de la información

En este contexto las recomendaciones se asocian a la revisión y adecuación de los sistemas de registro de información hacia la generación de indicadores de gestión sanitaria y administrativas, que haga más eficaz y eficiente el accionar de los sistemas de salud y que sirvan como insumo actualizado permanente para la toma de decisiones.

Es recomendable que en aquellas materias de interés común entre los tres países, los sistemas de información sean compatibles entre sí, para lo cual es indispensable una labor de homologación de términos y conceptos, además de los sistemas de recopilación y análisis de la información.

En todo caso es indispensable considerar como punto de partida del sistema de información, la definición de los objetivos del mismo.

2. Perfil Epidemiológico y Prioridades Sanitarias

Al analizar los indicadores de daño asociados a mortalidad, AVPP y perfil de consultas y egresos se observan algunos patrones comunes entre las tres ciudades y otros que son propios de cada una de ellas.

Respecto a los indicadores de mortalidad, Ciudad del Ese presenta una tasa de mortalidad general inferior a Foz de Iguazú y similar a Puerto Iguazú, de acuerdo a lo señalado por diversos profesionales consultados, se estima la existencia de subregistro de información de muertes en CDE, lo que hace poco confiable el dato. Sin embargo para todos los otros indicadores de mortalidad (Infantil, Neonatal, Materna), CDE presenta tasas significativamente superiores a sus vecinos, lo que indica un mayor nivel de daño.

Un aspecto preocupante es que en las tres ciudades se observa una tendencia creciente de algunos de estos indicadores asociados a problemas de la mujer embarazada y el niño.

Al analizar los problemas que se repiten en las tres ciudades expresados a través de las causas de muerte, Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) y principales causas de consulta y egreso, se observa un patrón mixto compuesto por problemas asociados al parto, violencias y otras derivadas de patologías crónicas no transmisibles asociadas al envejecimiento de la población:

- Violencias y Traumatismos
- Patología Obstétrica y Perinatal
- Patología Cardiovascular
- Neoplasias
- Patología Respiratoria
- Patología Digestiva
- Hipertensión Arterial
- Diabetes

Un aspecto relevante al analizar este perfil de daño es su relación con las acciones que actualmente desempeñan los diferentes sistemas, es decir verificar si actualmente se llevan a cabo intervenciones orientadas hacia estos problemas.

Por otra parte el perfil de daño observado en Ciudad del Este da cuenta de condiciones socio sanitario más precarias que sus vecinos, lo que queda reflejado en la importancia de las patologías infecciosas y parasitarias.

Un elemento a tener en cuenta es la relevancia de los problemas del adulto que paulatinamente van desplazando a los de tipo materno e infantil, dentro de aquellos prioritarios de intervención. Esta situación es especialmente preocupante en Ciudad del Este, donde las acciones asistenciales se centran en la atención materno-infantil, con una cobertura muy baja de las prestaciones asociadas a la atención del adulto. Esta sería una línea interesante de profundizar, en el sentido de caracterizar con mayor precisión (edad-sexo-patología) el perfil de demanda de los paraguayos en Foz, ya que presumiblemente la población paraguaya debe demandar en Foz prestaciones que son escasas en su ciudad.

En este contexto sería beneficioso para la región establecer estrategias comunes de prevención y manejo de estos problemas de salud pública que podrían constituir parte de las **Prioridades Sanitarias de la Trifrontera**. Lo interesante de una estrategia de esta naturaleza es que permite incorporar dentro de los programas de colaboración otros aspectos además de los de tipo infectocontagioso, que constituyen habitualmente la preocupación central de los programas de colaboración entre países fronterizos.

La generación de este plan debería partir de los problemas que más daño provocan en la población, entre los cuales al menos deben estar considerados los descritos anteriormente.

Al trabajar los problemas es necesario enfrentarlos de manera integral, identificando e incorporando acciones (eficaces y eficientes, basadas en la evidencia) en los siguientes niveles de intervención:

- Promoción y prevención
- Diagnóstico, tratamiento y rehabilitación
- Cuidados paliativos

A pesar que los diversos problemas exigirán acciones específicas con estrategias propias, hay elementos del modelo de atención que son aplicables al conjunto de ellos. Estos elementos son la organización y articulación de la red de asistencial. Un ejemplo de ello es la red de urgencia, que a la luz de los problemas

descritos puede servir para atender Traumatismos y Violencias; Patología Cardiovascular descompensada; Patología Obstétrica y Perinatal; etc. Un avance concreto en esta materia sería la formalización de sistemas de colaboración entre los tres países de manera de asegurar la atención de los problemas de salud que representan una urgencia vital para la población.

3. Cobertura Asistencial

Al analizar las consultas médicas es posible observar dos patrones, el primero, relacionado con las consultas de urgencia y el segundo con las consultas de tipo electivo.

Para la atención de urgencia se observa una cobertura asistencial similar entre Ciudad del Este y Foz de Iguazú, presentando Puerto Iguazú una mayor tasa de atención.

Al considerar las consultas médicas de atención primaria y de especialidad, la cobertura de atención es similar entre Foz de Iguazú y Pto Iguazú, sin embargo los valores observados en Ciudad del Este son muy inferiores a sus vecinos. Si se considera el comportamiento programático se observa que tanto en Ciudad del Este como Puerto Iguazú hay una mayor cobertura materno e infantil, con una menor cobertura del adulto. En Foz de Iguazú se observa un patrón inverso. Esto último es un fenómeno importante de objetivar ya que dado que no existe demanda reprimida en APS en Foz, por lo que la menor cobertura materno-infantil puede estar dando cuenta de un fenómeno de disminución de la demanda por parte de estos grupos.

Las mediciones de demanda reprimida (Ciudad del Este y Foz) han dado bajos valores para estas cifras. Las explicaciones de este hecho pueden estar en:

- Los valores de demanda reprimida reflejan efectivamente las necesidades de la población.
- La encuesta no se aplicó de manera adecuada por lo que no refleja fielmente el problema.
- La demanda está auto reprimida por carencia crónica de la misma y la demanda se puede estar resolviendo vía medicina tradicional o auto cuidado, de acuerdo a la complejidad de la misma.
- De acuerdo a lo observado en los estudios de red asistencial efectuados en Chile, un fenómeno que se repitió en condiciones de déficit crónico de atención de especialidad fue que la demanda total (producción + demanda reprimida) era inferior que en ciudades donde había una mayor disponibilidad de recursos.

En todo caso independiente de la explicación que pueda ser asumida como la más correcta, es conveniente establecer un sistema de medición de demanda reprimida efectivo, de lenguaje e interpretación único, consensuado por el sector y sistemático en su aplicación.

Paradójicamente la prestación que presenta menores inequidades en su distribución, entre las tres ciudades, son la cirugías mayores, que de por sí son prestaciones de alto costo, dado el volumen y complejidad de los recursos requeridos para su manejo. Al comparar las prestaciones electivas y de urgencia, se observa que tanto en Ciudad del Este como en Foz, hay un exceso de intervenciones de urgencia en relación a las electivas. Aparentemente este fenómeno se explica por el sistema de administración de las cirugías, donde tanto en Foz como en Ciudad del Este, la urgencia es la principal puerta de entrada para este tipo de prestaciones existiendo una disrupción entre la atención ambulatoria de especialidad y las cirugías, que son efectuadas por equipos distintos. Esta situación no se da en Puerto Iguazú donde existe una mayor continuidad de los equipos asistenciales.

Al analizar la disponibilidad y uso de las camas hospitalarias, se observan igualmente dos patrones, uno al alza y otro a la baja. Los servicios que se encuentran a la baja son pediatría (a excepción de Ciudad del Este) y obstetricia. Los servicios quirúrgicos presentan una tendencia al alza (salvo en Puerto Iguazú

que los egresos están en descenso). Los servicios de medicina tienen un comportamiento más irregular siendo difícil establecer un patrón.

Los índices ocupacionales bajos indican que las camas utilizadas son menores a las disponibles, lo que refleja un exceso en la disponibilidad de camas. Por lo anterior, hay que medir este impacto en las prestaciones relacionadas, unidades de apoyo y servicios generales. Lo anterior, acompañado de un análisis del rendimiento del RRHH, arrojaría resultados desde el punto de vista de la real necesidad de los estamentos, asociado a la demanda, optimización de los factores productivos y aplicación de modelos de atención emergentes.

La ausencia de información sobre la disponibilidad de recursos limita el análisis de productividad, sin embargo un hecho que preocupa es que a pesar de la baja cobertura de CDE, igualmente existe capacidad ociosa, es decir que es posible estimar que pueden incrementar la atención.

En este contexto es recomendable aplicar estrategias de reconversión de camas, de manera de contar con un pool de camas que permita enfrentar las demandas en áreas donde existe un déficit (ej. Cirugía) con los recursos instalados, y el delta positivo (RRHH), destinarlo a otras áreas o reconvertirlos

Al analizar la disponibilidad de recursos humanos en especial la de médicos asistenciales por cada 1000 beneficiarios se obtiene que Puerto Iguazú cuenta con 0,75 médicos, Foz 0,36 (este valor solo considera los médicos destinados a la atención ambulatoria) y Ciudad del Este 0,31, es posible establecer un paralelismo entre los recursos disponibles y la producción. Para construir un análisis más fino se requiere de información que las respectivas ciudades no aportaron.

En síntesis, las mayores diferencias entre las tres ciudades se observa en las prestaciones electivas, que se asocian directamente a una menor disponibilidad de recursos.

4. Funcionamiento de la Red

El mayor desarrollo de la red se verifica en Foz de Iguazú y Puerto Iguazú, lo que está dado por los recursos y organización disponibles. Sin embargo desde la visión de articulación de la red, este proceso es insuficiente en las tres ciudades.

En Puerto Iguazú y Ciudad del Este no hay una regulación explícita entre el nivel primario y la atención de especialidad, lo que genera ineficiencia en el uso de los recursos, al estar los especialistas abiertos a la atención de morbilidad general. La recomendación para esta ciudad se centra en el establecimiento de un sistema de derivación formal entre el nivel primario y de especialidad, además de las derivaciones desde la especialidad ambulatoria a la hospitalizada.

A pesar que en Foz existe una jerarquización de este proceso, el déficit se genera en la articulación con el nivel hospitalario de Santa Casa, el que tiene su propia lógica de funcionamiento. La recomendación en este sentido es implementar una instancia de articulación entre atención de especialidad ambulatoria y la hospitalizada, de manera de optimizar los procesos de derivación y contra derivación entre ellos.

En este sentido se recomienda revisar los criterios de organización y gestión de la red, la que no es solo la generación de normas o manuales de derivación, sino que implica la generación de todo un sistema que debe combinar:

- Aspectos técnicos, que considera los criterios de derivación y contra derivación entre los establecimientos.
- Aspectos administrativos que considera la existencia y gestión de agendas médicas.
- Aspectos financieros según el caso.

Respecto a la red de urgencia, solo Foz cuenta con todos los niveles y capacidades asistenciales instalados, teniendo Ciudad del Este y Puerto Iguazú una menor complejidad asistencial. Es recomendable la organización de los recursos disponibles con un criterio de red, de manera de jerarquizar las solicitudes de atención de la comunidad.

La particularidad de la red de urgencia es que esta está en operación las 24 horas del día durante todo el año, para ello en su organización se debe considerar en su planificación y gestión desde la puerta de entrada a la red (atención prehospitolaria; atención primaria o urgencia hospitalaria), considerar los niveles de resolución de baja, mediana y alta complejidad. En particular en la trifrontera el recurso más escaso es de la cama intensiva para paciente público ya que solo en Foz se cuenta con ellas.

Respecto a los prestadores privados, tanto Ciudad del Este como Foz tienen una amplia gama de ellos. En el CDE los privados tienen una complejidad superior a la existente en el hospital público. En el caso de Foz, dado que existen convenios del SUS, los hospitales son todos privados y venden servicios al municipio vía convenio, por lo que los beneficiarios públicos hacen uso de ellos a través de los convenios existentes.

B. ESPECÍFICOS: ATENCIÓN ENTRE PAÍSES

1. Conclusiones

La información disponible indica que la mayor transferencia de atención se genera entre Ciudad del Este y Foz de Iguazú. A pesar de que en Puerto Iguazú se atiende también a ciudadanos de Paraguay, este número es relativamente pequeño en comparación con los flujos existentes hacia Foz.

Este fenómeno se explica básicamente por aspectos de accesibilidad geográfica asociados a consideraciones sociales y comerciales, lo que se traduce en un libre tránsito entre Ciudad del Este y Foz.

La atención que los ciudadanos de Paraguay solicitan en Foz equivale entre un 5 y 55% de las prestaciones producidas en Ciudad del Este, constituyendo la Atención Primaria y de Especialidad las más demandadas por la población paraguaya.

Las prestaciones que más demanda la población paraguaya es aquella donde hay mayor diferencia entre Ciudad del Este y Foz que son justamente las prestaciones ambulatorias de especialidad. De acuerdo a estudios de Foz, aparentemente el mayor flujo de paraguayos se concentra en los centros de salud cercanos al río y puente, dado que la población puede acceder a pie desde CDE.

A pesar de que en Ciudad del Este existe una alta disponibilidad de prestadores privados, la población concurre a Foz para ser atendida. Ello probablemente se explica por el pago por las prestaciones que el sistema privado exige, en contraposición a la ausencia de esta exigencia por parte de los prestadores públicos.

Otro aspecto relevante al analizar el acceso a la atención, se relaciona con el pago, ya que en el sistema paraguayo todos deben cancelar por la atención, constituyendo la gratuidad una exención por parte de la autoridad y no un derecho.

La demanda desde CDE a Foz **es espontánea**, es decir no está regulada por derivación desde el hospital de CDE a Foz. Ello se ve facilitado por la ausencia de barreras al acceso a la atención en Foz.

Las solicitudes de derivación desde CDE a Foz son escasas y limitadas a atenciones de urgencia.

A manera de síntesis, se puede señalar que la demanda de atención desde CDE a Foz se puede deber principalmente a:

- Déficit de atención en CDE
- Cobro por atención en CDE y ausencia del mismo en Foz

2. Propuestas

Previo al establecimiento de propuestas es importante tener presente como contexto que los elementos que condicionan la derivación de la demanda desde CDE a Foz responden a aspectos estructurales como son la disponibilidad general de recursos en Paraguay (la que es menor que en Brasil) y a las políticas de salud pública del país, que determinan las prioridades nacionales y los criterios de distribución de recursos.

Por otra parte el movimiento de la población entre CDE y Foz da cuenta de una población flotante de gran magnitud, con vínculos familiares (familia transfronteriza), comerciales y laborales muy estrechos, que explica una alta movilidad y adaptación a las nuevas condiciones. Se mencionó durante el estudio que la estrecha vinculación entre la población de ambas ciudades, implica que muchas personas puedan contar con doble sistema de identificación. Dada su ubicación en la frontera, su patrón se acomoda a los cambios económicos que ocurren en cada país.

Un tercer aspecto, es que el tratamiento de los temas de salud no puede ser manejado de manera independiente a otras situaciones de la frontera, en particular a los aspectos sociales y culturales señalados anteriormente además de los aspectos económicos involucrados. Se debe tener presente que los vínculos económicos entre las dos ciudades son de beneficio mutuo y que los intentos de las autoridades para incrementar regulaciones se han encontrado con una fuerte oposición social, que en algunos casos ha determinado el cierre de la frontera con sus consecuentes efectos económicos.

En este escenario se enmarcan las siguientes propuestas que se clasifican en decisiones de nivel local y otras de carácter nacional.

a) Decisiones de nivel local

Sin perjuicio que las relaciones entre países están reguladas por los niveles centrales de cada gobierno nacional, existen un conjunto de acciones que pueden ser materializadas a nivel local, ya que tienen como trasfondo la optimización de los recursos disponibles en la ciudad o región.

El punto de partida para una iniciativa de esta naturaleza es contar con un programa de trabajo que enmarque las diversas acciones y programas. Una propuesta en esta materia es la elaboración de un Plan de Prioridades Sanitarias de la Trifrontera, que identifique las áreas y estrategias de intervención común.

Para su materialización se puede considerar un modelo que paulatinamente vaya incorporando nuevos ámbitos de colaboración, siendo el punto de partida la generación de intercambio de información entre los países, de manera que esta responda a un modelo estable y que no varíe sustancialmente con los cambios de los responsables locales.

En este sentido la coordinación fluida entre los países es el primer paso hacia una coordinación de esfuerzos mayores, por lo que es recomendable, incorporar inicialmente en este proceso los siguientes temas: vigilancia epidemiológica, uso de servicios, preparación colectiva para emergencias y catástrofes.

Sin perjuicio de lo anterior, es recomendable considerar en un programa de trabajo conjunto los siguientes aspectos:

1. Estandarizar sistemas y criterios para el registro de la información, considerando al menos las variables consideradas en este estudio. Un ejemplo de ello sería la medición de la demanda de atención entre países.

2. Unificar los sistemas de proyección demográfica, ya que se estima que existen errores en los métodos utilizados.
3. Establecer estrategias conjuntas de formulación y evaluación de los programas de salud, ya que el libre flujo de las personas, en particular entre Ciudad del Este y Foz requiere de intervenciones combinadas, para que las medidas de salud pública tengan impacto en la salud de la población ej. Vacunación.
4. Establecer redes de cooperación técnica y colaboración en torno a los problemas prioritarios ej. Atención de urgencias con riesgo vital. Para ello se debe formalizar un procedimiento de derivación y contra derivación entre los tres países, de manera de optimizar los recursos disponibles en el territorio. Para ello se debe:
 - Establecer protocolos de derivación y contraderivación
 - Establecer sistemas de comunicación expeditos
5. Generar y aplicar programas de capacitación tanto en temas clínicos como de gestión de servicios.

b) Decisiones de nivel nacional

Los niveles nacionales son los responsables de establecer el marco político en que se desempeñan los niveles regionales y locales, en este sentido establecen las prioridades sanitarias nacionales y los mecanismos de financiamiento para su consecución.

(1) *Ámbito Programático*

Respecto a la cobertura programática un aspecto que merece ser revisado por el Ministerio de Salud de Paraguay es el relacionado con la Atención Primaria, ya que su cobertura debería ser asegurada por el estado para el 100% de la población. El tema de la especialidad puede ser atendible, dado que se requiere de recursos de mayor costo para su desarrollo.

(2) *Ámbito de Gestión*

Es recomendable la revisión de las propuestas de articulación de las redes en cada país, ya que de acuerdo al diagnóstico descrito anteriormente, en cada uno de los países existen diversos problemas en la gestión de las redes locales.

Además es recomendable la incorporación de indicadores de eficacia y eficiencia del sistema de salud, de manera de optimizar los recursos disponibles.

(3) *Ámbito Financiero*

Una de las expectativas planteadas durante el estudio ha sido la generación medida de intercambio entre los países ya sean monetarias o no monetarias, de acuerdo a la absorción de demanda de atención. Sin embargo dada la inequidad socioeconómica que se refleja en los indicadores de salud y la menor disponibilidad de recursos en Ciudad del Este en comparación con Foz, hacen difícil sustentar una propuesta de esta naturaleza.

A lo anterior se suma el hecho que la mayor parte de las consultas en Foz son espontáneas, es decir no han sido solicitadas formalmente por los representantes del Ministerio de Salud de Paraguay de la región. Por su parte ellos han sido atendidos en Brasil, dado el principio de la no discriminación (acceso universal) que regula el modelo de salud brasileño.

El hecho que se trate de consultas espontáneas limita la formalización de cobro por estas prestaciones, ya que no han sido solicitadas formalmente por el país.

Visto desde Foz, la principal limitación en esta materia es que su financiamiento es vía per cápita, por lo que considera a la población del municipio y no las personas de otros países que consultan a su red, por ello la intervención de los niveles regionales y nacionales en esta materia son de extraordinaria importancia toda vez que el volumen de atenciones y recursos involucrados no representan una cifra marginal.

Sin perjuicio de que este es uno de los temas más polémicos es conveniente tener dentro del análisis, la factibilidad económica, legal y social de implementarlas en ambos países.

C. POR PAÍS

El siguiente capítulo contiene el resumen de conclusiones y recomendaciones de cada una de las ciudades de la Trifrontera, estando disponibles sus tomos completos en cada uno de los países y representaciones de OPS.

1. Argentina – Puerto Iguazú

En términos de disponibilidad de información, se observan deficiencias en el registro o manejo de la misma, en cuanto no fue posible contar con algunos módulos epidemiológicos, infraestructura, recursos humanos y recursos financieros, lo que evidentemente restringe el análisis y las posibilidades de inferir comportamientos de la demanda, según la oferta disponible.

El perfil de mortalidad general está dado por enfermedades del sistema cardiorrespiratorio, muerte súbita, AVE, entre otros. Dentro de los indicadores analizados destacan el deterioro de las tasas de mortalidad infantil y neonatal; que vienen en franco aumento desde 1998, así como también la tasa de mortalidad maternas; que crece vertiginosamente el año 1999, para caer el año 2000. Lo anterior, hace recomendable efectuar una evaluación y ajuste de los programas materno e infantil.

En términos globales, las cifras de Puerto Iguazú muestran un cambio en los patrones de demanda de atención, con un discreto aumento hasta el año 1999 de las prestaciones asociadas al parto, embarazo y puerperio, además de las pediátricas. Ello habla de un aumento en los grupos de menor edad, fenómeno que queda reflejado en los datos de población. Por otra parte la demanda de atención asociada a las prestaciones del adulto y al envejecimiento, presenta un crecimiento constante, lo que se refleja fuertemente en las consultas de atención primaria y algunas especialidades médicas.

El perfil de producción de cirugías mayores, a diferencia de Posadas, presenta un patrón de composición urgencia-electivo normal, ya que cerca del 80% de las cirugías son efectuadas bajo la modalidad electiva, lo que significa que la gran mayoría de las personas son intervenidas de manera oportuna.

Los egresos hospitalarios muestran una tendencia estable, con una banda inferior mayor a los 3.000 y una superior levemente mayor a los 3.700. El grueso de la producción de los servicios clínicos lo representan los servicios de Obstetricia y Medicina, representando en promedio (1996 al 2000) un 61% del total de egresos.

Junto con lo anterior es importante destacar que optimizando el uso del recurso cama, vía aumento de los I.O. y disminución de los PDE (resultado posible gracias a una mejor gestión del recurso; pool de camas, implementación de modelos de atención innovadores como la hospitalización domiciliaria y la cirugía mayor ambulatoria, entre otros) habría una sobredotación de 19 camas al año 2000, lo que significa que Puerto Iguazú cuenta con una oferta suficiente para hacer frente a la demanda de egresos. Sin embargo y considerando que la demanda ha venido estabilizándose en el período en estudio, debiera replantearse

la necesidad de las mismas y estudiar un plan de reubicación o reabsorción de los profesionales involucrados en el proceso, si fuese necesario.

Desde el punto de vista de la satisfacción de la demanda no es posible obtener conclusiones acerca de si existe o no demanda reprimida en APS y las consultas médicas de especialidad, dado que no se cuenta con información al respecto. Además la evolución de las consultas de urgencia, que habitualmente sirve de vaso comunicante o rebalse de la atención abierta, muestra una tendencia a la baja, lo que no explicaría una situación de demanda insatisfecha a este nivel de la atención abierta.

Por lo anterior se recomienda llevar registros estadísticos de la demanda insatisfecha con el fin de explicitar estas realidades, evaluar las alternativas de cómo hacer frente a esta demanda (optimización de los factores productivos disponibles, mejoramiento de la gestión, inversión, compra de servicios, establecer protocolos de derivación y contraderivación, complementación entre establecimientos, entre otros).

La falta de información acerca de la disponibilidad de horas médicas y su distribución en consultas, intervenciones quirúrgicas y otras, limitó la posibilidad de profundizar el análisis, dado que no se puede realizar un ejercicio de optimización de éstos.

No fue posible efectuar análisis de optimización y de requerimientos de inversión ya que no se cuenta con información de este ítem.

En términos globales, se sugiere implementar la figura funcional de un coordinador local de la red asistencial (urgencia y electivo), que pudiésemos denominar Gestor de la Red Asistencial de Salud, cuya principal función es la de velar por que se satisfaga la demanda de la población, en un contexto de equidad, oportunidad, satisfacción de los pacientes y calidad, haciendo un uso adecuado de los factores productivos disponibles, desarrollando protocolos de atención y cooperación entre los establecimientos de la red, redistribuyendo la oferta de los factores productivos del sector, entre otros.

Con el fin de operacionalizar e institucionalizar la figura del Gestor de la Red, se hace necesario definir el rol del Gestor, identificando normas y protocolos de operación, necesidades de soporte estructural, financiero, recursos humanos e informático, para su funcionamiento, de acuerdo a la demanda y oferta disponibles. En este sentido el impacto del Gestor de la Red se debiera manifestar en el manejo eficiente de los recursos productivos (infraestructura, recurso humano y equipamiento) en función de la demanda de prestaciones. Un ejemplo de lo anterior es el manejo de las agendas médicas, articulación de las camas agudas, intermedias y complejas, la reorientación de la demanda, la derivación y contraderivación en un contexto de red, responsabilizándose el sector por el paciente, a fin de asegurar un acceso oportuno y equitativo a las prestaciones, entre otros.

Dada la realidad de Puerto de Iguazú, donde no existe un centro regulador de urgencia, sino simplemente un despachador de ambulancias en el caso de la atención prehospitalaria, es que se propone iniciar el proceso de regulación y articulación de la red, a nivel de la red de urgencia. Para lo anterior, se propone desarrollar un Programa de Red de Urgencia, donde se distingan distintos niveles de respuestas a las necesidades de la población, que sea creciente en complejidad e integrada, con el fin que el paciente fluya por la Red.

En este contexto, se debe desarrollar un **Centro Regulador de la Red de Urgencia**, que tenga como función responder a las demandas de la población en accidentes en la vía pública (Atención Prehospitalaria tipo SAMU), articular la oferta en las Unidades de Emergencia Hospitalarias y si es necesario el flujo de pacientes hacia las camas de agudos y camas crítica (UCI y UTI), así como también coordinar la atención de urgencia en el nivel primario, con los niveles de mayor resolución y complejidad, cuando sea necesario.

2. Brasil – Foz de Iguazú

Complementar la información solicitada al municipio de Foz se efectuó con bastante expedición, lo que da cuenta de un buen sistema de registro de información. Sin embargo es recomendable la homologación de las series de datos de manera de facilitar los procesos de análisis y en este sentido de toma de decisiones.

Los datos poblacionales tienen importantes reparos de acuerdo a lo señalado en el capítulo específico ya que existe información contradictoria respecto al crecimiento de los grupos poblacionales. Es recomendable revisar la bases de proyección de población en uso ya que puede estar sobreestimada la población infantil y subestimada la del adulto mayor.

El perfil de mortalidad se caracteriza por combinar problemas derivados del envejecimiento tales como cáncer y patología cardiovascular con traumatismos y violencias, además de las patologías perinatales. Llama la atención la relevancia de los problemas de violencia.

Dentro de los indicadores analizados destaca el deterioro de las tasas de mortalidad infantil, neonatal y materna. Este fenómeno es muy importante ya que debe en primer lugar verificarse si no se trata de un efecto de mayor registro o se está ante el deterioro real de los programas, en este sentido es recomendable efectuar una evaluación exhaustiva de los programas materno e infantil.

En términos globales, las cifras de Foz muestran un cambio en los patrones de demanda de atención, con una disminución o estabilización de las prestaciones asociadas al parto, embarazo y puerperio, además de las pediátricas. Ello nos habla de una reducción en los grupos de menor edad, fenómeno que no queda reflejado en los datos de población.

Por otra parte la demanda de atención asociada al adulto y al envejecimiento presenta un crecimiento constante.

Desde la satisfacción de la demanda no es posible sacar conclusiones acerca de si existe o no demanda reprimida en el programa del adulto en atención primaria, como en las especialidades, sin embargo existen indicios que puede existir una demanda reprimida en particular respecto a las atenciones primarias del adulto de especialidad y cirugías mayores.

Respecto a la atención primaria se puede estimar este fenómeno dado que la gran expansión de las consultas médicas de urgencia del adulto, en su gran mayoría corresponde a problemas de morbilidad general.

Si se suman todas las consultas, se obtiene que en total cada beneficiario SUS accede a 2,091 consultas por año, donde casi el 75% está determinado por Atención Primaria. Esta cifra es levemente inferior a las 2,2 consultas que presenta Brasil.

El perfil de producción de cirugías mayores presenta una distorsión ya que el 63% de la cirugías es efectuada bajo la modalidad de urgencia, fenómeno que debería al menos tener un comportamiento inverso, ya que significa que las personas no son intervenidas de manera oportuna, sino solo una vez que su patología se ha descompensado.

Es importante tener presente el cambio en el perfil de hospitalizaciones, ya que ha caído la demanda de camas obstétricas y pediátricas y se han incrementado especialmente las quirúrgicas. El análisis de estas tendencias puede ayudar a tener una mayor claridad respecto al tipo de recursos que es necesario contratar a través del SUS, evitando sobrecontratar recursos que no se utilizarán o subcontratar otros que se verán limitados.

La falta de información acerca de la evolución de los cargos médicos disponibles limitó la posibilidad de profundizar el análisis.

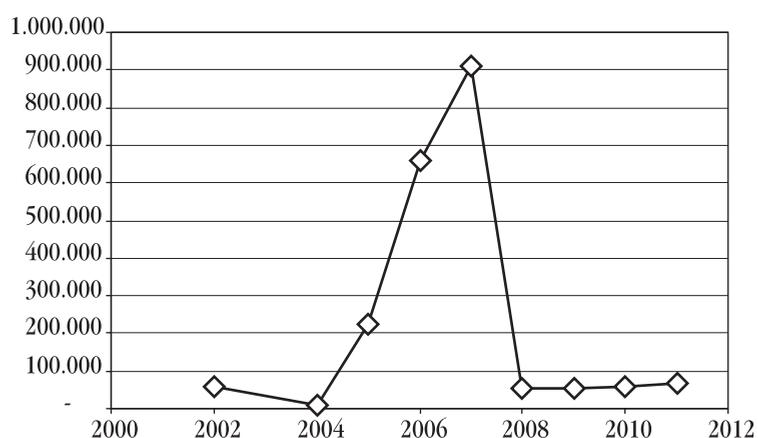
Respecto al personal no médico este ha experimentado un importante crecimiento en el período de análisis, sin embargo no es posible sacar conclusiones respecto a su productividad, ya que no se han incorporado en el análisis de producción prestaciones donde la participación de este personal sea intensivo.

Respecto al mercado del trabajo se observa que en Foz este es bastante dinámico lo que favorece la permanencia del recurso especializado.

No fue posible efectuar análisis de optimización y de requerimientos de inversión ya que no se contó con información de este ítem.

Dado el stock de equipamiento y vehículos que en conjunto alcanza a los US\$2.670.250,00 es conveniente programar con anticipación la reposición de los mismos. De acuerdo a la información disponible, el equipamiento médico está más nuevo y en mejores condiciones que los vehículos, ya que fue adquirido en su mayor parte entre 1999 y 2000. Respecto a los vehículos, a pesar que la gran mayoría de los vehículos se encuentran buenos o cuenta con una Vida Útil Residual mayor que cero, se estima que la mayor exigencia de recursos para reponer los vehículos se generará en el 2005, mientras que el de equipamiento será en 2006 y 2007.

Gráfico 20: Requerimientos Inversión de Reposición Equipos y Vehículos, Foz de Iguazú US\$



Foz presenta la particularidad de una red integrada entre prestadores públicos y privados, donde los primeros se encargan de la atención primaria y de la de especialidad, mientras que todas las prestaciones de mayor complejidad o que exigen atención cerrada se efectúan en establecimientos privados. En esta perspectiva, la optimización de los recursos privados es de responsabilidad de esos establecimientos, mientras que el Municipio mantiene la responsabilidad de otorgar la atención primaria y de especialidad. Al no tener información acerca de la disponibilidad de infraestructura por centro de atención no es posible señalar si existe o no capacidad disponible.

De acuerdo a los antecedentes aportados aparentemente hay una adecuada articulación de la red de urgencia. Sería recomendable verificar:

- Si el SIATE efectivamente atiende todo tipo de atención prehospitalaria o solo traumatismos.
- Si existe una relación preferencial entre las unidades básicas (APS), el SIATE y el Pronto Socorro.

En la funcionalidad de la red, existe aparentemente un sistema organizado desde la APS a la atención de especialidad, se desconoce si en el nivel de atención de especialidad existe alguna entidad técnica que

ordene y estructure las interconsultas solicitadas por la atención primaria, de manera de evitar errores de derivación o postergación de atenciones que es indispensable efectuar.

Donde si existe una falta de coordinación es entre el nivel de especialidad y la hospitalización, ya que la mayor parte de los ingresos se genera a través de la urgencia y en menor proporción como consecuencia de la derivación electiva. Un ejemplo de ello lo constituye el tema de las cirugías donde estas son definidas y gestionadas directamente por los cirujanos, sin intervención de un regulador de la demanda.

Complementariedad Público-Privado

En Foz se observa una gran complementariedad entre sistema público y privado, dado por la compra de servicios para beneficiarios del SUS. Para este proceso es relevante tener presente el cambio en el perfil de demanda de productos, en particular el descenso de los partos y atención pediátrica, mientras que por otra se incrementa la demanda de urgencia y cirugía.

3. Paraguay – Ciudad del Este

En general la información otorgada es completa y permite avanzar en el análisis, pero se detectan algunas deficiencias en los siguientes temas:

- Mortalidad General: valores de tasa muy bajos y se reconoce subregistro, mejorar registros y diferenciar por residencia/ocurrencia identificando el país de origen para ver el peso.
- Consultas Médicas de Urgencia – Consultas Médicas de Especialidades: son los mismos datos, verificar, de modo de llevar un registro confiable de la producción.
- Recursos Financieros e Infraestructura: la falta de información no permite realizar análisis de productividad (evolución del gasto respecto de producción y recurso humano), de optimización y por tanto no generar recomendaciones al uso eficiente del recurso productivo.
- Mortalidad General: mejorar registros y diferenciar por residencia/ocurrencia identificando el país de origen para ver el peso.

El perfil de mortalidad se caracteriza por combinar problemas derivados del envejecimiento y precarias condiciones socio-económicas, tales como cáncer, patología cardiovascular, traumatismos y violencias con diarrea y sepsis en mortalidad infantil. De hecho la causa de homicidio ocupa el segundo lugar entre las 10 principales causas de mortalidad y, diarrea – sepsis son la primera y segunda causa de mortalidad infantil para el año 2000 en Ciudad del Este.

Dentro de los indicadores analizados destaca el deterioro de las tasas de mortalidad infantil, neonatal y especialmente materna (la que se duplica en el período en estudio), lo que hace recomendable efectuar una evaluación y ajuste de los programas materno e infantil.

En términos globales, las cifras de Ciudad del Este muestran un cambio en los patrones de demanda de atención, con una importante disminución de las prestaciones asociadas al parto, embarazo y puerperio. Ello nos habla de una reducción en los grupos de menor edad, fenómeno que queda reflejado en los datos de población.

Por otra parte la demanda de atención asociada al adulto y al envejecimiento (medicina interna) presenta un crecimiento constante.

Desde la satisfacción de la demanda existe demanda reprimida en el programa del adulto, infantil y de la mujer en atención primaria, pero con mayor peso en el de la mujer. En este ámbito el mayor porcentaje de rechazo (producto de la encuesta aplicada) se observa en un procedimiento denominado Pap y colposcopia y en las especialidades de otorrino, ginecología, dermatología y traumatología, todas

ellas denominadas especialidades en "falencia" por su condición de sub-oferta o escasez. En especialidades el comportamiento es similar.

El perfil de producción de cirugías mayores presenta una distorsión ya que el 66% de la cirugías es efectuada bajo la modalidad de urgencia, fenómeno que debería al menos tener un comportamiento inverso o similar, ya que significa que las personas no son intervenidas de manera oportuna, sino solo una vez que su patología se ha descompensado.

La evolución de los cargos médicos disponibles indican un importante incremento, particularmente en obstetricia y ginecología, traumatología y cirugía. Hay concordancia con aumento de producción en estas dos últimas especialidades, pero en la primera llama la atención la tasa negativa en egresos (-19%) y la disminución de los partos en un 25%. En el primer caso – traumatología y cirugía – el aumento de la demanda se traduce en un aumento de la oferta, pero en el segundo caso se observa que la clara disminución de la demanda (egresos y partos) no se refleja en la oferta (aumento disponibilidad de cargos), es decir estamos frente un problema de gestión al no relacionar de manera integral oferta con demanda, con lo cual se produce una ineficiencia en el uso del recurso médico especialista.

Respecto al personal no médico este ha experimentado un importante crecimiento en el período de análisis, sin embargo no es posible sacar conclusiones respecto a su productividad, ya que no se han incorporado en el análisis de producción prestaciones donde la participación de este personal sea intensivo.

Dado el stock de equipamiento y vehículos que en conjunto alcanza a los US\$ 448.300,00 es conveniente programar con anticipación la reposición de los mismos. Respecto al equipamiento, es importante considerar que de los 28 equipos, 26 cumplen su vida útil en 4 años más, año 2005, y si se considera que es necesario mantener la capacidad de producción instalada, es imprescindible planificar con tiempo una estrategia de financiamiento.

Respecto a los vehículos, 2 de 3 están en regular estado e implican un costo de reposición de

US\$ 25.000,00 si llama la atención el reducido número de ambulancias para la población existente, sin considerar la población flotante que debe existir dada la importante migración inter-paises.

Ciudad del Este presenta la particularidad de un "desbalance" entre la red pública y la red privada, en la primera operan 51 médicos en la segunda 100 médicos, en la primera operan 3 establecimientos en la segunda 8, además por la escasa información obtenida no hay integración entre prestadores públicos y privados. No hay integración o derivación entre el hospital Tesay e IPS, dado que este último solo atiende a sus beneficiarios. Considerando este contexto se recomienda profundizar el nivel de integración de modo de identificar posibles áreas de negocio público – público y público – privado, particularmente. Son numerosas las especialidades presentes en el privado y ausentes en el público.

Considerando lo anterior, se sugiere implementar la figura funcional de un coordinador local de la red asistencial (urgencia y electivo), cuya principal función es la de velar por que se satisfaga la demanda de la población, en un contexto de equidad, oportunidad, satisfacción de los pacientes y calidad, haciendo un uso adecuado de los factores productivos disponibles, desarrollando protocolos de atención y cooperación entre los establecimientos de la red, redistribuyendo la oferta de los factores productivos del sector, entre otros. Pero además sería el responsable operativo de la coordinación con el coordinador local de la red de salud de Argentina, en este contexto de migración y demanda cruzada de atención de salud, ambas figuras tendrían la tarea de generar información para tomar acuerdos en pro de una articulación.

Con el fin de operacionalizar e institucionalizar la figura del Gestor de la Red, se hace necesario definir el rol del Gestor, identificando normas y protocolos de operación, necesidades de soporte estructural, financiero, recursos humanos e informático, para su funcionamiento, de acuerdo a la demanda y oferta

disponibles. Pero lo más estratégico es contar con el respaldo técnico-político, que le permita a esta figura sacar adelante los productos comprometidos.

Este Gestor de la Red además de identificar las posibles "áreas" de negocio con el privado, puede generar estrategias en el manejo de las agendas médicas, articulación de las camas agudas, intermedias y complejas, la reorientación de la demanda, la derivación y contraderivación en un contexto de red.

Al no tener información acerca de la disponibilidad de infraestructura por centro de atención no es posible señalar si existe o no capacidad disponible y con ello proponer recomendaciones.

Dada la realidad de Ciudad del Este, donde no existe un centro regulador de urgencia, donde la urgencia prehospitalaria solo da cobertura a los privados y no a los beneficiarios del sistema público, y donde hay una oferta de atención en todos los establecimientos públicos y privados, es que se propone iniciar el proceso de regulación y articulación de la red, a nivel de la red de urgencia. Para lo anterior, se propone desarrollar una Programa de Red de Urgencia, donde se distingan distintos niveles de respuesta a las necesidades de la población, que sea creciente en complejidad e integrada, con el fin que el paciente fluya por la Red.

En este contexto, se debe potenciar este centro despachador y convertirse en un **Centro Regulador de la Red de Urgencia**, que tenga como función responder a las demandas de la población en accidentes en la vía pública (Atención Prehospitalaria tipo SAMU), articular la oferta en las Unidades de Emergencia Hospitalarias y si es necesario el flujo de pacientes hacia las camas de agudos y camas crítica (UCI y UTI), así como también coordinar la atención de urgencia en el nivel primario, con los niveles de mayor resolución y complejidad, cuando sea necesario.

Esta proposición se hace más importante cuando se observa que la segunda causa de mortalidad general en la ciudad son los homicidios, cuando se observa que los hospitales públicos no cuentan con unidades de paciente crítico (intensivo e intermedio), por tanto es necesario gestionar este recurso con el privado, si ello se hace de manera organizada a través de un regulador médico, los resultados pueden ser de mayor beneficio para los pacientes.

Desde un punto de vista de la atención electiva, actualmente en todos los niveles de la red se están efectuando prestaciones de atención primaria, aun en el Hospital Regional. Respecto a la atención de especialidad, solo el hospital regional y el centro de la secretaría de salud ofrecen a la población atención de este tipo.

En el hospital regional se mezclan actividades de atención primaria y especialidad.

Funcionalmente no existe un sistema de derivación y contra – derivación formal desde la atención primaria a la de especialidad y viceversa, todo depende de la iniciativa y recursos de las personas.

Las hospitalizaciones corresponden en su gran mayoría a patologías agudas, una muestra de ello es que la mayor parte de las cirugías son efectuadas de urgencia.

Considerando lo anteriormente expuesto, la funcionalidad de la red electiva es deficiente por esta falta de coordinación lo que debe llevar a pérdida de recurso, y a demanda no satisfecha la que con el tiempo se complica, agudizando las patologías, las que entran finalmente al sistema vía urgencia, con un costo de salud mayor para la persona y un costo monetario mayor para el sistema como tal.

El mercado privado es más dinámico que el público, pero de acuerdo a lo ya expuesto no hay complementariedad. Es importante tener presente el cambio en el perfil de demanda de productos, un ejemplo de ello es el descenso de los partos por una parte y el crecimiento de la cirugías mayores, en un 33%. Un fenómeno similar se refleja en la demanda de camas hospitalarias con una menor demanda de atenciones pediátricas y obstétricas y un crecimiento de las quirúrgicas.

BIBLIOGRAFÍA

- Guía Metodológica Estudios de Red Asistencial Ministerio de Salud Chile, 1997
- Informe País Estudios de Red Asistencial Ministerio de Salud Chile, 1999
- Estimación y Proyecciones de Población 1950 – 2050, Boletín Demográfico N° 69 América Latina y Caribe, Febrero, 2002. CEPAL – CELADE
- Panorama Social de América Latina 2000 – 2001, Septiembre, 2001. CEPAL
- MSAS: "Decreto N° 578 / 93", en: "Hospital Público de Autogestión y Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (Legislación)", Buenos Aires, 1996

