

**Antecedentes y determinantes políticos del sistema de salud en la**  
**República Argentina**

***Una propuesta posible para su refundación***

***Brenda Quintana  
Liliana Piani  
Febrero 2007***

## ***Introducción***

Los antecedentes políticos, económicos y sociales que entretengan la evolución de la prestación de salud en nuestro país son complejos, y es por eso que este documento no comienza por una propuesta de solución, sino que prioriza el relevamiento de esa historia, con el fin de entender los caminos hacia el futuro.

Intenta mostrar caminos posibles, objetivos y elementos que habrán de estar presentes en el proceso fundante de un sistema universal integrado, capaz de recuperar, para todos los ciudadanos, la salud perdida en años de pugna política y financiera.

Por último, muestra elementos necesarios para el diseño, planificación y puesta en marcha de la política elegida.

A lo largo de este documento, se trata de dar a conocer el por qué de una visión crítica respecto a las actuales acciones de gobierno en torno a la Salud en el orden nacional y acercar las bases posibles para una refundación del sistema.

Por eso es que se torna necesario analizar elementos técnicos que componen los sistemas y servicios de salud y los modelos posibles de gestión, de financiación y de atención. Para este abordaje serán citados algunos conceptos teóricos utilizados a nivel mundial tratando de abrir la mirada hacia un diseño original, que se ajuste a la realidad de Argentina.

Hoy podemos aseverar que el perfil de la cobertura de salud en la Argentina presenta características propias que por su esencia, son las que restringen la posibilidad de refundación del sector en dirección hacia un sistema unificado, racional y abarcativo en un marco de igualdad territorial.

Sin embargo, nos guía la certeza de esta posibilidad y la convicción de la necesidad de que esta expresión de voluntad tantas veces enunciada por diferentes actores, sea canalizada a través de una ética política capaz de construir desde la utopía hacia la realidad, desde lo imposible hacia lo posible.

La distribución poblacional heterogénea, el desarrollo asimétrico en lo productivo, cultural y social, los diferentes modos de financiación, las culturas y políticas que actuaron como elementos determinantes del modo de uso de los fondos para la salud, las pautas que definieron en distintos periodos la conformación de los perfiles profesionales asociados a ella y una visible disociación entre el hospital público, las obras sociales y los sistemas privados de prestación médica, son algunos de los factores principales que interactúan hoy, junto a determinantes externos que también introducen variables de relevante importancia al momento de la búsqueda de un modelo alternativo.

## ***Antecedentes***

En nuestro país no existieron políticas públicas de Salud, sino hasta la llegada de la gestión del Dr. Ramón Castillo en el año 1946. Hasta entonces, la evolución del acceso a la salud había seguido en Argentina dos caminos: la línea de la solidaridad civil y la de la beneficencia sujeta a la discrecionalidad de las clases altas. Así también, la dimensión del gasto en salud dentro del presupuesto público era muy escasa.

Fue en esa época que surgieron las primeras entidades mutuales generadas por la solidaridad de comunidades inmigrantes. El antecedente más remoto fue la sociedad filantrópica establecida por comerciantes británicos en 1827. Luego, la gran inmigración de fines del siglo XIX y comienzos del XX generó múltiples asociaciones basadas en el socorro mutuo de sus integrantes, origen de los Hospitales de Comunidad (Hospital Italiano, Español, Francés, Israelita, etc.) que aún hoy persisten en Buenos Aires y otras grandes ciudades del interior (Rosario, Córdoba, etc.), con un esquema de prestación de servicios de salud acorde a los criterios de los sistemas privados de salud.

Estas organizaciones se transformaron en las primeras fuentes de financiamiento de la atención de enfermos. En este esquema, un prestador (proveedor de atención ubicado por lo general en un consultorio independiente) se vinculaba a través de diversos modos laborales con estas mutuales solidarias.

Este modelo quedaba integrado entonces, por un modo de financiamiento y provisión de servicios integrados en Hospitales de Comunidad, algunas mutuales y las primeras empresas de atención médica y cooperativas profesionales.

La figura central fue el médico, quien ejercía su saber solo o asociado. En ese entonces, no se requerían instalaciones demasiado complejas, ni se habían desarrollado tanto las especialidades médicas que luego pasaron a ser el emergente del gran desarrollo científico y tecnológico del último tramo del siglo XX en adelante.

***Nota*** *hago hincapié en esto, ya que esta realidad nos condicionará en el desarrollo de una política adecuada de Salud por diferentes caminos.*

- *Por un lado, debemos afrontar el ineludible incremento del costo global de los recursos diagnósticos y de tratamiento y, por el otro*
- *debemos encontrar un esquema de solución en el marco de una creciente acumulación de la riqueza en el orden internacional y local, que ha aumentado el grado de fragmentación social y ha ampliado la brecha de accesibilidad a la salud y a la cura de la enfermedad.*

Después de las elecciones que llevaron al Partido Laborista al poder, el 23 de mayo de 1946, en acuerdo general de ministros, se creó la Secretaría de Salud Pública, con rango de Ministerio (pasaría a ser Ministerio con la reforma constitucional de 1949). El 4 de junio, Ramón Carrillo fue designado Secretario de Salud Pública de la Presidencia.

Al inicio, el Dr. Carrillo encontró una gran desorganización, instalaciones sanitarias inadecuadas, falta de camas, de equipamiento médico, de insumos y de personal capacitado. Esto fue lo que lo motivó a trabajar en una serie de cambios representados en tres puntos enunciados así:

- ***Todos los hombres tienen igual derecho a la vida y a la salud***
- ***No puede haber política sanitaria sin política social***
- ***De nada sirven las conquistas de la técnica médica si ésta no puede llegar al pueblo por los medios adecuados***

Carrillo marcó un interés especial en áreas que el Estado no había profundizado hasta entonces: la medicina preventiva, la medicina social y la atención materno-infantil.

El Parlamento promulgó 2 leyes fundamentales para el Plan Analítico de Salud Pública

- a) *Ley de organización de la sanidad pública*
- b) *Ley de construcciones, habilitación y funcionamiento de los servicios de salud pública.*

La gestión de Ramón Carrillo dejó como legado más de 60 Institutos de Especialización en Salud, otros tantos Centros Sanitarios a lo largo del territorio nacional, 170 Hospitales Nacionales, Provinciales y Rurales, 40 Centros Sanitarios a lo largo y ancho del país, 11 Hogares Escuela y más de 40 entidades de formación técnico profesional e infraestructura diversa.

Las campañas involucraron obras de saneamiento urbano, campañas de prevención y vacunación y la construcción de infraestructura.

Se impulsó la creación de un sistema unificado de Salud y asistencia social, en el que el Estado iba a tener una activa participación. Sin embargo, este proyecto se enfrentó con una serie de obstáculos y la reforma legislativa necesaria para su concreción nunca fue sancionada.

Ramón Carrillo murió fuera del país y en la pobreza. En una carta póstuma enviada a su amigo, el periodista Segundo Ponzio Godoy, el autor de esta gran obra política expresaba:

*...“Ahora vivo en la mayor pobreza, mayor de la que nadie puede imaginar, y sobrevivo gracias a la caridad de un amigo. Por orgullo no puedo exhibir mi miseria a nadie, ni a mi familia, pero sí a un hermano como vos, que quizás (conociéndome) pueda comprenderme.*

*No tengo la certeza de que algún día alcance a defenderme solo, pero en todo caso si yo desaparezo, queda mi obra y queda la verdad sobre mi gigantesco esfuerzo donde dejé mi vida”...*

Simultáneamente a su gestión, los sindicatos más organizados, siguiendo la tradición de las viejas mutuales, organizaron sus propios sistemas de salud.

El Gobierno alentó la creación de estas organizaciones proveedoras de servicios sociales y salud desde los ámbitos laborales, constituyendo las Obras Sociales. Para ello, tomaron como base las estructuras creadas en torno a los sindicatos, pero dándoles individualidad jurídica y financiera.

El sistema se organizó en paralelo con la actividad del Ministerio de Salud Pública y se difundió un esquema que asociaba la cobertura de salud con la ocupación laboral.

La implementación de políticas de protección social fue el resultado tanto de la planificación estatal como de la fuerza de negociación y acción de los sindicatos: Importantes obras llevadas a cabo por el Estado fueron aprovechadas por los sindicatos y sus trabajadores. De este modo, ciertos gremios obtuvieron por fuerza de negociación, presión y concesión, hospitales propios (entre otros servicios) e infraestructura. Quedaban por fuera de ese sistema aquellos trabajadores que no estaban cubiertos por los sindicatos y las ramas de actividad menos organizadas.

Debilitado por la enfermedad que lo aquejaba, Carrillo se expresó así en la carta dirigida a Perón, poco antes de marchar al extranjero en búsqueda de cura para su afección:

*... "cuando todo estaba por hacerse no chocaba con nadie ni recibía tiros desde ningún ángulo pero, con el Ministerio armado y en perfecto funcionamiento, concluyó para mí la paz"...*

Analizar la dimensión política y social de la obra de Ramón Carrillo es tan aleccionador como tratar de entender los motivos de su alejamiento en una etapa temprana del desarrollo de un modelo tan prometedor como innovador.

Fue un protagonista único en la historia sanitaria en la Argentina, a la vez que víctima de las contradicciones que la disputa política introdujo en la prioridad de asignación de los recursos que le hubieran sido necesarios para cimentar su construcción.

Uno de los principales puntos que provocó un elevado costo político, fue su importante convicción de unificar el presupuesto de Salud, en pos de evitar la ineficiencia resultante de la dispersión de recursos y esfuerzos.

Tras ese fin, elaboró un proyecto de coparticipación federal para la asistencia pública de salud. Proponía la incorporación, por parte de las provincias, de aquellas instalaciones que requirieran ayuda federal a un Plan Hospitalario Nacional. Fue el mayor intento por conformar un sistema de atención médica previsible y exento de la discrecionalidad vigente hasta ese momento.

A partir de entonces, el sistema de salud en la Argentina ha transitado por distintas etapas de reforma y modificaciones, que condujeron inexorablemente al estado actual de fragmentación, elevado gasto per cápita y un resultado, en metas y calidad de salud de la población, que dista de ser el adecuado.

Decididamente, el conjunto social no accede al sistema de salud desde una concepción de derecho humano esencial y primario, sino como un privilegio para grupos definidos.

El gasto en Salud se fue componiendo de un gasto de bolsillo, de los aportes al Sistema de Seguridad Social (desde los trabajadores y desde las empresas) y de aportes del Presupuesto Nacional, en proporción que va a ir variando de acuerdo a la ideología política dominante en cada etapa histórica del proceso político argentino.

En particular, nos centraremos en aquellos procesos que dominaron la reforma del sector salud desde las décadas del '70 y '90 hasta la actualidad.

Desde finales de la década del '50, el subsistema estatal de salud ingresa en una lenta y gradual declinación, a la vez que mantiene el modo de organización de su estructura original, atendiendo prioritariamente a la población más pobre y/o desocupada que no

contaba con una cobertura desde el Sistema de Obras Sociales ni con recursos propios para realizar un gasto de bolsillo en el ámbito de la medicina privada.

Mientras tanto, las Obras Sociales siguieron un proceso de expansión marcada silenciosamente por un proceso de fragmentación creciente, con una marcada dispersión hacia el interior del subsistema, en términos de intención y capacidad de respuesta a las necesidades de los beneficiarios.

También fue dejado de lado el modelo de “capacidad instalada propia”. Fue reemplazado gradualmente por el régimen de contratación de servicios y tercerización con el sector privado. Se conformó así un subsistema con reglas propias, que se generalizó a toda la población empleada (década del '70) y que bloqueó, así y por largos años, la posibilidad política de constituir un sistema universal de salud.

El Estado perdió concomitantemente su capacidad e intención política reguladora, dando paso a un escenario de fragmentación de servicios, donde cada instancia prestadora pasó a decidir qué recibirían las personas o pacientes a su cargo.

Esto se fue definiendo en diferentes instancias de negociación, donde la asignación de montos y distribución de recursos técnicos y humanos iban quedando en manos de niveles intermedios de decisión, y de negociaciones interjurisdiccionales. A esto hubo de sumarse el protagonismo creciente dentro de las negociaciones, de las entidades profesionales y de las obras sociales y mutuales.

A lo largo de la década del '70, y en medio de una de las etapas más turbulentas de la vida política del país, se cristalizó la debilidad institucional del estado argentino para establecer reglas y regulaciones adecuadas que permitieran sostener un sistema equilibrado de prestación de salud, a la vez que sancionar el incumplimiento de las obligaciones respectivas por parte de los distintos actores de cada subsistema.

Es importante en este punto mencionar el rol determinante del Sistema de Seguridad Social Médica de entonces. En un silencioso camino, fue desembocando en políticas sectoriales que generaron una desigual capacidad de acceso al sistema de salud, y que fueron una fuente más de exclusión y pérdida en la calidad de vida de los sectores carenciados, aún de aquellos incluidos en los niveles más bajos de la cadena productiva.

Como punto crucial de esta bisagra en el modo de fragmentación, es importante tener en cuenta la sanción de las leyes 18.610/70 y 19.710/72, y las negociaciones previas a sus promulgaciones respectivas.

La Secretaría de Salud Pública del gobierno militar (Ezequiel Holmberg) propició un modelo de recuperación del sistema en base a criterios técnicos modernizantes recomendados por la WHO y OPS, orientados a garantizar un gran efecto sobre el alcance de metas sociales a través de procesos basados científicamente. La idea era que eso llevaría al ordenamiento del sistema de seguridad social, por entonces expresado en una elevada heterogeneidad en términos de composición y de calidad y cantidad de prestaciones ofrecidas a sus afiliados.

Mientras tanto, desde la Secretaría de Promoción y Asistencia de la Comunidad, (Santiago de Estrada) tomando como base una perspectiva asociada a algunos postulados de la Doctrina Social de la Iglesia (Pío XI, Quadragesimo Anno), y apoyado

por sanitaristas cercanos a las cúpulas sindicales, logra imponer un modelo de fortalecimiento de la ingerencia del poder sindical en el afianzamiento del Sistema de Seguridad Social.

La presencia de este nivel de conflicto en estamentos intermedios del ejecutivo nacional durante el periodo 1967-1972, mostró un Estado sorprendido por su falta de capacidad arbitral en la puja entre actores, y por sobre todo ello, con vacilaciones que restringieron y anularon su capacidad regulatoria.

Las leyes mencionadas contribuyeron a la expansión del sistema de Obras Sociales con una consiguiente desfinanciación del sistema estatal de salud. Con ellas, la acción reguladora del Estado quedó condicionada por acuerdos establecidos entre las distintas corporaciones que representaron oportunamente los intereses involucrados en este nuevo diseño (**COMRA**: Confederación Médica de la República Argentina y FEMEBA; Federación Médico Gremial de la Provincia de Buenos Aires, **CONFELISA**: Confederación de Clínicas y Sanatorios, **CGT**, Confederación General del Trabajo, que asume la representación de las OOSS)

La Ley 18.610, en parte de su articulado, creó el INOS (Instituto Nacional de Obras Sociales), encargado de la labor de coordinación, planificación y control de la inversión de los recursos y del funcionamiento técnico-administrativo. La puesta en marcha de este organismo generó una burocracia caracterizada por su tendencia a la negociación y su marcado compromiso con agentes sindicales a cargo de la administración de las obras sociales.

Es importante destacar el gran peso que tuvo la ausencia de una posición consensuada previamente en lo político y en lo técnico, respecto al rediseño del sistema en conflicto. El Estado careció de un proyecto que, basado en el interés común, tuviera la fuerza necesaria para exigir la claudicación de intereses sectoriales. En suma, no existía matriz para un Sistema de Salud posible en la República Argentina.

El Estado quedó dividido entre dos corrientes de pensamiento acerca de la concepción del Sistema de Salud. Alrededor de agentes intermedios se fueron enhebrando intereses contrapuestos, con un sinfín de tensiones que fueron generando acuerdos tácitos que consolidaron el sistema ya fragmentado e ineficiente, conveniente a intereses sectoriales, en detrimento del conjunto social y de un sistema público universal.

Los niveles de fragmentación se pusieron en evidencia a través de la expulsión de ciudadanos hacia fuera del sistema de OOSS, por diversos mecanismos tales como desempleo o el comportamiento errático y desigual del sistema, en términos de calidad prestacional. A esto, debemos sumar la falta del adecuado rol regulador del Estado en cada etapa.

Así, una parte de la población fue colocada frente a la necesidad o prevención de contratar seguros de salud privados, negocio que fue cobrando una dimensión inusitada hasta nuestros días, con el consiguiente sobredimensionamiento del gasto de bolsillo por parte de un importante sector de la población, entre otras resultantes.

A partir de entonces, al menos tres intentos más de reformulación del sistema de Obras Sociales fracasaron por falta de consenso dentro de las fuerzas gobernantes, respecto a los objetivos y alcances que el sistema debería cumplir.

En 1973 Domingo Liotta (al frente de la Secretaría de Salud) intenta integrar el Sistema de Salud y sucumbe frente al poder de la CGT fortalecida coyunturalmente por su alianza política con José López Rega, en ese entonces al frente de la cartera de Ministerio de Bienestar Social (Proyecto sancionado con fuertes modificaciones como Ley 20848/74).

En 1978 el Ministerio de Economía, con la resistencia de la Secretaría de Seguridad Social, conforma un programa de traspaso gradual de los beneficiarios de coberturas sociales hacia sistemas prepagos (Ley 22269/80, sancionada y nunca aplicada)

En 1985 el conflicto queda instalado entre el Ministerio de Salud y la negociación con el poder sindical (Seguro de Salud propuesto por Aldo Neri)

En 1989, la Ley 23.660 reinstitucionaliza el Sistema de Obras Sociales reproduciendo aspectos de la Ley 18.610, creando y confiriendo la responsabilidad de regulación al ANSSal (Administración Nacional del Seguro de Salud) dependiente del Ministerio de Salud, con resultados tan desalentadores en materia de regulación como los que resultaron de la gestión del INOS.

La crisis inflacionaria de 1989, encuentra un terreno propicio para la instalación de un programa de reforma del sistema de salud, para ese entonces fuertemente fragmentado, desfinanciado y jaqueado por debilidades propias y por el desembarco comercial de empresas internacionales interesadas en los capitales del sistema de seguridad social, que quedó expuesto a su utilización para negocios privados altamente rentables.

A partir de este momento, irrumpen en la escena procesos orientados por las leyes de reforma del estado y de reconversión económica. Desde ambos espacios políticos se va articulando con creciente intensidad, la transformación del sistema que concluye con otro fracaso en el diseño de estrategias destinadas a generar un sistema de prestación médica adecuado, igualitario y universal.

### ***La salud en el contexto de la globalización***

Una de las consecuencias del proceso de globalización ha sido la transnacionalización de amplios sectores de la economía, en el marco de un gran desequilibrio del sistema comercial mundial en general. Dentro de este orden económico global existen estructuras, clases, asimetrías de poder, intereses económicos y corporativos, que se manifiestan a través de las distintas relaciones de dependencia entre países y corporaciones económicas.

Dentro de esta realidad, es importante rescatar que los modos de desarrollo económico y social, tanto nacionales como regionales, no han de ser irrelevantes. Por el contrario, los países han de poder elegir sus propias políticas sin perder de vista que la tendencia globalizadora se consolidará a lo largo del siglo XXI. Es de hacer notar que, aún contrariamente a opiniones de organismos multilaterales, no es demostrable que hasta el momento algún país del mundo pueda haber alcanzado un elevado desarrollo económico y social tan sólo por el auge exportador y un mercado interno deprimido, ni por altas tasas de desempleo ni por bajos salarios.

Se resalta este aspecto, ya que las nombradas son todas variables que acompañan a una pobre medición en los indicadores de calidad de vida de la población entre los que se encuentran como prioritarios, los indicadores sanitarios.

En el orden de las políticas de salud, los organismos internacionales de salud y los organismos económicos multilaterales, trazan políticas que luego son aplicadas en cada país, en consonancia con el grado de autonomía que los países hayan logrado construir en este contexto globalizado. Así, es dable destacar una de las principales contradicciones que se instala en los gobiernos y desde los Estados al momento de diseñar las políticas públicas.

1. La inclusión de toda la población en el acceso a los sistemas garantes de derecho universal, civil y político.
2. La conciliación de este criterio con un contexto de distribución desigual de la riqueza, producto de reglas político-económicas de la actual estructura global.

Aunque se discute y analiza la posibilidad de que otro tipo de economía global pueda llegar a ser posible, las llamadas políticas neoliberales – privatización, liberalización y desregulación – son una realidad de enfoque político que aún hoy nos atraviesa y que ha sido definitoria en nuestro modelo actual de salud.

### ***Los organismos multilaterales de crédito y la atención gerencial***

Las agencias multilaterales de crédito han pretendido y favorecido un proceso de privatización de servicios públicos en los países latinoamericanos, así como la entrada de las corporaciones de atención gerenciada en los mercados respectivos.

La magnitud de la deuda externa latinoamericana logró condicionar a los países a llevar a cabo un ajuste estructural a cambio de no sufrir el corte o la reducción drástica de los préstamos necesarios para importaciones esenciales y ayuda alimentaria.

Desde los gobiernos y desde las corporaciones involucradas por intereses específicos, los políticos y los niveles gerenciales colaboraron con las agencias de préstamos en la aplicación de las políticas de ajuste estructural.

En el Informe del año 1993 sobre el Desarrollo Mundial, titulado "Invertir en Salud," el Banco Mundial argumentó que la ineficacia de los programas del sector público dificultaba la provisión de servicios, así como la reducción de la pobreza. Las políticas de "ajuste estructural" definidas por estas agencias requirieron privatizaciones, recortes de gastos del sector público y el pago de préstamos anteriores.

En el referido Informe se aconsejaba otorgar a la población incentivos para la compra de seguros privados, la privatización de servicios públicos, la promoción de la competencia en el mercado, y se ponía énfasis en la atención primaria y la prevención.

El BM apoyó iniciativas de atención gerenciada que transfirieron la administración de instituciones públicas de atención de la salud y fondos de la seguridad social a circuitos privados. Estas iniciativas se respaldaron en más préstamos y más endeudamiento externo, con el consiguiente incremento de la deuda de los países que fueron elegidos para formar parte de este esquema. La estrategia se complementó con el ofrecimiento

de otras líneas de crédito destinadas a cambiar estructuras orgánicas y plantas físicas de los hospitales públicos en vías de reconversión, gestiones que llevaron adelante otras entidades.

En Argentina, el BID colaboró con el Banco Mundial apoyando la conversión de hospitales públicos a "hospitales de autogestión", basándose en principios de atención gerenciada para exigir que estos hospitales compitan en el mercado con los privados para atender a los pacientes cubiertos por la seguridad social.

Desde comienzos del año 2002, y en parte como consecuencia del retroceso en los niveles de empleo y en parte como consecuencia del aumento de costo de los insumos, (todo sumado a la herencia de debilidades intrínsecas al sistema) las Obras Sociales tuvieron una gran caída en sus ingresos y un desfinanciamiento acelerado por pérdida de recaudación.

Los sistemas de medicina prepaga sufrieron la fuga de sus asociados hacia el sistema público y gratuito de asistencia médica, como consecuencia de la brusca disminución de su poder adquisitivo. Todo trajo aparejado un fuerte aumento de la responsabilidad estructural del sector público de salud.

Los hospitales públicos pasaron a tener un estado de sobredemanda asistencial, en medio de un proceso previo de desabastecimiento y deterioro progresivo de su infraestructura.

Mientras tanto, la situación socio-sanitaria de la población durante 2002 refleja un aumento de la tasa de mortalidad infantil, un significativo incremento de los nacimientos de bajo peso, un aumento de la mortalidad materna (entre otros emergentes) y una transferencia significativa de pacientes desde el sector privado al público que resultó desequilibrante y generó un campo propicio de oportunidad para la instalación de la definitiva reformulación del sistema de salud argentino.

Sin embargo, en ese contexto el sector privado presionó para encontrar un modo de financiarse y perdurar como actor importante dentro de la configuración del sistema. Pese a la oportunidad para fortalecer el sistema estatal que presentaba niveles aumentados de demanda y alta calidad médica, el Estado Nacional sostuvo una política dirigida a reforzar la estructura preexistente del sector salud.

Con cerca de los dos tercios de la sociedad argentina sin cobertura de salud por parte del sistema de seguridad social ni privado, y con el sistema público conformado por casi 8000 hospitales y centros de salud, hubiera sido posible el reposicionamiento del subsector público como núcleo de respuesta a las necesidades de la población, aumentando la oferta de servicios gratuitos de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud para cubrir el vacío generado.

El gobierno optó por el rescate financiero al sector privado y por seguir profundizando los lineamientos de reforma del sector público de salud iniciados en el año 1994. Así, se profundizó el modelo y se lo ató irremediamente al financiamiento externo.

Como veremos más adelante, se generó un formato a través del cual los prestadores privados accedieron a los ingresos fiscales por contrataciones de servicios a los seguros focalizados estatales, orientados a cubrir selectivamente aspectos preventivos de la

salud materno infantil, a los que pudieron acceder como prestadores las obras sociales y prestadores privados.

El Decreto 2724/02 prorrogó el Dto. 486/02 de Emergencia Sanitaria Nacional, instaurando el PMOE, la obligatoriedad de prescripción de medicamentos por su nombre genérico, el modo de facturación y cobro de Hospitales de Gestión Pública Descentralizada (HPGD), creó el Seguro Materno Infantil y el Consejo Nacional Consultivo en Salud.

En su Art. 3 se refiere exclusivamente a la atención de la mujer embarazada, los niños menores de 5 años y de la mujer en edad fértil sólo en lo referente a los aspectos referidos a su salud reproductiva y sexual, bajo la órbita del Ministerio de Salud de la Nación, con “la finalidad de coordinar acciones y programas en atención primaria de la salud.” Queda por fuera del seguro la posibilidad de atención de la mujer en su integridad como persona y los hijos que superen los 5 años de edad.

Será el antecedente de los planes de atención focalizada materno-infantiles que están vigentes actualmente

En esa dirección, el Gobierno Nacional gestionó ante el BID y ante el BIRF, la reformulación de los proyectos con financiamiento previsto, en convenios de préstamo oportunamente suscriptos por la República Argentina y los citados organismos multilaterales de crédito, reasignando parte del financiamiento a la “urgente atención de la Emergencia Pública”, según se expresa en el Decreto 989/2002. La suscripción de las respectivas enmiendas a convenios de préstamo suscriptos con el BID y el BIRF, fue acompañada por la voluntad política para que los mismos se abocaran en forma inmediata a la concreción de los objetivos establecidos en el marco de la emergencia, para lo cual se dictó el decreto respectivo que renovó de manera extraordinaria los contratos de locación de servicio y otros modos de relación establecidas con los consultores externos involucrados en la gestión de dichos préstamos.

*NOTA: En referencia a este punto, cabe mencionar las reformas introducidas a la Ley 11.672, que habilitan al Presidente de la Nación a contraer préstamos con organismos multilaterales internacionales en los que nuestro país sea parte: BM, FMI, BID (la reforma del art. 75, inc. 8, de la CN expresa que corresponde al Congreso Nacional aprobar el presupuesto nacional)*

*Sin embargo, la modificación, en 1992, de la ley 24.156 exceptuó la necesidad de que estos préstamos estuvieran previstos en el presupuesto nacional (Art. 60 in fine)*

*Así, los contratos firmados en nombre de la sociedad argentina pudieron ser secretos, publicándose solamente el modelo inicial, que luego era modificado y al que se le agregan los números finales de las condiciones financieras impuestas al momento de la firma.*

### ***Direccionalidad de las políticas de salud en la Argentina***

El alto costo social que introdujo el modelo pactado por el Ministerio de Economía y el FMI para el de pago de la deuda externa (estancamiento salarial y del gasto público para contener las cuentas fiscales), corrió aún más el eje de las políticas sociales en el país.

El mismo se orientó hacia un esquema de elevado aumento del costo social, bajo un modelo en el cual las políticas sociales involucraron hacia un régimen de beneficios dirigido a atenuar o enmascarar los efectos residuales de la política de los 90', periodo en el cual fue el mercado quien proveyó bienestar en modo de servicios, excluyendo así a quienes no tuvieron acceso a su compra pero sí a las consecuencias del modelo, como el aumento de la desigualdad social y de oportunidades de acceso a la salud y a la cura de la enfermedad.

De este modo, el esquema quedó reducido a una lógica dual que consolidó el camino hacia la desigualdad:

1. El anterior modelo de adquisición de bienestar para la franja de población que accede con mayor o menor dificultad a la compra de servicios de salud no regulados y conceptualizados como un bien económico.
2. Una oferta de accesibilidad a servicios esenciales parciales, para aquellos ciudadanos que representan el emergente de los efectos residuales del régimen aplicado, que por otra parte, sigue siendo el mismo y que no tiene miras de ser cambiado.

Es en este contexto, donde la estrategia de implementación de seguros de salud focalizados para titulares de planes para desocupados se constituye en mecanismo encubierto de subsidio al sector privado, a través de fondos públicos y endeudamiento.

Así se acentúa en el país la disociación entre una sobreoferta existente en recursos humanos, capacidad instalada y tecnología, con una fuerte exclusión social y falta de acceso a la salud. Este mapa de servicios, constituye una síntesis que denota la urgente necesidad de conceptualizar un modelo diferente de prestación universal de salud para el total de la población.

Los planes focalizados, se concentraron en dos elementos tomados como prioritarios en la nueva agenda social y política del Estado: el cuidado del niño y la salud reproductiva a la mujer, junto a la ayuda nutricional. Este sistema incompleto y discrecional de otorgamiento de beneficios parciales, redundando en el afianzamiento de la dinámica clientelar, cada vez más refinada y sofisticada, pero igualmente brutal en su esencia.

Se suma el hecho de que en los Centros de Atención Primaria (CAPS), suelen instalarse aparatos políticos clientelares que a través del poder delegado en la dirigencia política local, logran que la administración de un bien escaso se transforme en un punto clave de la construcción del poder territorial.

Los administradores son en general personas de confianza del poder político local, con capacidad y protección para acumular poder. Así, llegan a ejercerlo incluso en el área de toma de decisiones técnico-sanitarias. Esto, sumado a la progresiva y concomitante precarización laboral del personal de salud que habilita la acción punitiva discrecional, hace que los objetivos políticos de dominio se garanticen a fin de consolidar la red

clientelar. Esta realidad resulta relevante para analizar el marco en el que se ubica la reestructuración de las políticas sociales públicas dentro de las cuales se incluye la política de salud.

Y por sobre todas las cosas, se requiere de una mirada atenta, pues esto ocurre en un escenario donde domina una marcada atrofia de los actores sociales, sumergidos en la pobreza algunos y en la indiferencia otros, típico síntoma de una historia social que deviene de gobiernos autoritarios, de bajos índices de ejercicio republicano, y de un proceso creciente de pérdida de los niveles de compromiso ciudadano, débil control social del sistema, en una pendiente negativa hacia un régimen de democracia delegativa, inexistencia del accountability y un casi permanente estado de excepción.

### ***La atención gerenciada. Sus efectos y consecuencias en el sistema de salud argentino***

Desde mediados de 1990, las empresas de atención gerenciada norteamericanas y los fondos de inversión fueron entrando de modo rápido en el mercado de la salud. Este proceso de exportación de la atención gerenciada conocido en el mercado empresarial como *"managed care"*, se produce principalmente desde Estados Unidos hacia países de América Latina, entre otros, Argentina.

Las razones pueden resumirse en una gran expansión de los planes de salud de atención gerenciada con fines de lucro en EEUU, la saturación del mercado y la pérdida en los porcentajes de ganancia.

El modelo fue: *"Atención gerenciada de provisión de servicios de atención de la salud bajo el control administrativo de grandes organizaciones privadas, en base a mecanismos de pago capitado"*.

Se generó así el ingreso de los principales capitales financieros multinacionales en el sector privado de seguros y de prestadores de salud, con el objetivo de participar en la administración de las instituciones estatales y de los fondos de la seguridad social médica. En nuestro país la transnacionalización del sector salud avanzó más que en otros, cuyos procesos estuvieron sujetos a una más fuerte y definida regulación estatal.

En este punto, veamos una viñeta ilustrativa del pensamiento de estos grupos económicos y su intención comercial en nuestro país: *(Reportaje de la revista Estrategias al presidente de Aetna Argentina, Arturo Vargas y al Dr. Guillermo A. Salinas, presidente de AMSA).*

*En 1999, Aetna compra AMSA. En diciembre de 1999 AMSA reconoce un presupuesto más limitado y afectación general de la prestación de todos los servicios de salud*

*"Reconocen que AMSA es una de las más importantes empresas de medicina prepaga en cuanto a cantidad de socios. Ellos piensan en las oportunidades que el mercado de desregulación de obras sociales les ofrece entonces. "Vemos un potencial de población del orden de los 10 millones de afiliados, de los cuales pretendemos capturar una parte importante" (SIC: Arturo Vargas, Presidente de Aetna Argentina, diciembre de 1999). Desde la primavera de 1999, la administración gerenciada permitió la incorporación de socios*

*provenientes de la desregulación del sector de obras sociales y del sector privado*

*Vargas expresó que apuntaban claramente al mercado de obras sociales y a la desregulación, ya que consideraban que "allí está la oportunidad"...*

*"Es sólo cuestión de tiempo y, para cuando se den las reformas necesarias en el sector, queremos estar preparados para poder brindar la protección que los afiliados se merecen. Aspiramos a una protección de mayor calidad y de mucha competitividad a un precio accesible para que pueda adaptarse a los presupuestos de la población. Delegaciones de diferentes sectores de AMSA viajaron sistemáticamente a la central de Aetna en Estados Unidos para conocer su funcionamiento. Vargas manifestó además que estaban "abiertos a las distintas oportunidades que se presenten, aunque seremos selectivos con ellas ya que deben ser muy consistentes".*

Como se advierte en tramos de la entrevista al ejecutivo y a otros gerentes de empresas de atención gerenciada, prima en el modelo de inversión la importancia estratégica de acceder a los fondos públicos y de la seguridad social de estos países.

Los sistemas de seguridad social constituyeron grandes fondos administrados por agencias regulatorias gubernamentales u organizaciones de la sociedad como los sindicatos. Al respecto, un alto ejecutivo del entonces poderoso grupo EXXEL en nuestro país, convocado desde Indianápolis, señalaba:

*"Es un mercado muy lucrativo.... La oportunidad real aquí para una compañía de inversión es desarrollar herramientas en el mercado de seguros de atención médica prepagos, en anticipación al momento de poder ingresar en el mercado de obras sociales [seguridad social]".*

En un comienzo basaron la expectativa de su éxito en los consumidores más adinerados, cuyos ingresos se incrementaban al ritmo de la concentración de riqueza en la franja alta de la sociedad. El siguiente factor de interés fue el bajo número de población cubierta por aseguradoras privadas y el mínimo porcentaje de PBI destinado por el Estado a la atención de la salud.

El espacio abierto para la venta de servicios de salud en su concepto de bien adquirible, iba a residir en la oferta de un proveedor de atención primaria continua, sumado a un estricto gerenciamiento de los servicios de especialidades médicas y los procedimientos y dispositivos de alta tecnología, que son los que introducen altos costos médicos.

El pago para acceder a los planes de atención gerenciada de estos consumidores se compone en gran parte (para quienes trabajan en relación de dependencia) de una combinación de contribuciones del empleador, copagos del propio asegurado, y sus aportes a la seguridad social.

Este mecanismo fuertemente instalado en nuestro país, reforzó el ciclo de desfinanciamiento del sector de la seguridad social, traccionando para el sistema de atención privado al personal de mayores ingresos y de menor edad, franja de la sociedad

capaz de ofrecer menores riesgos financieros al momento de cálculo de costos y riesgos prestacionales potenciales.

La visión que hoy cabe en Argentina es el de la restricción de acceso a la salud para amplios sectores sociales y grupos vulnerables de la población.

Aquellos que aún se mantienen unidos al sector de la seguridad social, (y recientemente en el campo de la medicina privada) sufren la barrera de los copagos que se transforman en barreras en la atención, aumentando la demanda en aquellos hospitales y centros de salud públicos, que aun no cobran las prestaciones.

Cabe recordar, que la autogestión en los hospitales públicos de Argentina (HPAG) requiere competencia para obtener las cápitas de los fondos de la seguridad social y de los seguros privados, así como copagos de los pacientes. Para solicitar atención gratuita en estas instituciones públicas, los pacientes indigentes deben generalmente comprobar la falta de recursos, siendo la proporción de rechazo de tales solicitudes, en algunos hospitales, entre el 30 y 40%.

Las reformas sobre atención gerenciada sintetizan un proceso político silencioso, que se lleva a cabo gracias a la ausencia en el debate público y que opera segmentando un proceso que debería actuar como un todo. Esta estrategia diluye el nivel de conflicto que la reforma debería concitar.

Esto queda al descubierto cuando analizamos que fue implementada en forma secuencial (al sector estatal, al privado y a la seguridad social) y no se abordaron con una visión única e integral. Fueron construidas a través de decretos presidenciales o reglamentaciones ministeriales, sin su paso por la instancia republicana de discusión parlamentaria. Así, en cada etapa, los actores beneficiados han sido los que mejor operaron en cada etapa y en cada sector. Este hecho vuelve a mostrarnos que aún no está presente una perspectiva de conjunto sobre la reforma.

El objetivo de obtener un proceso de reforma con una adecuada articulación de los tres subsectores no se ha logrado, hasta ahora, en casi ningún país de América Latina pese a la gran necesidad de que ello ocurra. Los sistemas siguen expresando fragmentación, y por lo tanto pérdida de eficiencia, junto a una desigualdad social en la oportunidad de acceso al mismo, instancia que no debería siquiera figurar en los análisis y evaluaciones, ya que el cuidado de la salud y la atención de la enfermedad han de ser consideradas no como un bien, sino como derecho humano inalienable.

### ***Salud para pobres y clientelismo político. La lógica circular de los planes focalizados***

En septiembre de 2003, cuando el Banco Mundial produce el Documento 26527-AR/03, que investiga y diagnostica el perfil del sistema de salud, también propone su política.

Entregado al Ministro de Economía y luego al Ministro de Salud, este informe contiene algunas conclusiones que son: un grave deterioro en los índices sanitarios, una anarquía en el sistema en general que lo torna ingobernable, un gasto directo incrementado a partir de la crisis económica y política, a favor de un gasto muy elevado en medicamentos de los sectores pobres y una ineficiencia global del gasto dado que está representado por un monto equivalente al de muchos países de desarrollo medio pero

con un impacto bajísimo en términos de salud poblacional, con aumento de las TMI para el año 2003 en los mayores distritos del país: CABA y Provincia de Buenos Aires.

El documento propuso políticas propias desde el organismo internacional con la premisa de mantener el congelamiento del gasto público en salud y “hacerlo más eficiente” para lo cual propone una serie de reformas. Sostuvo que el cuidado de la salud de la población más pobre y vulnerable debía estar a cargo de las provincias, manteniendo el esquema de federalización de la salud y de los servicios sociales propuestos ya hace varias décadas por los organismos financieros internacionales y la OPS, manteniendo el esquema de reforma del sector salud de los años anteriores.

Recomienda que las provincias implementen seguros, utilizando los efectores públicos propios e indicando la implementación de un mix público-privado con incorporación del sector privado y de seguridad social en los seguros provinciales. También alentó la generación de incentivos para prestadores de mejor desempeño en la gestión y para las provincias que avancen en dicho sentido.

En este esquema, el Ministerio de Salud Nacional debía garantizar una cobertura mínima para todas las provincias. A su vez en algunas provincias el seguro provincial podría inicialmente asentarse en el paquete para la población materno infantil y luego ir “paulatinamente” sumando a otros grupos de población

Consideraba oportuno además, atar el financiamiento para las provincias al cumplimiento de metas. Alentaba la competencia entre prestadores públicos y privados, en el marco de un creciente desfinanciamiento del presupuesto público para renovación de los recursos hospitalarios.

El documento también recomendó “el fortalecimiento del sector público de salud” pero instalando componentes de la reforma de la década del '90, mejorando el plan de autogestión de hospitales y mejorando la competitividad del sector público con el sector privado, a través de elementos de flexibilización laboral donde se ata el salario a “productividad” y a “eficiencia” en una gestión gerenciada.

En el documento que sella a través del COFESA (Consejo Federal de Salud), el Plan Federal de Salud plantea con exactitud la línea conceptual del Banco Mundial. Por este medio el BM garantiza el financiamiento del SMI o Seguro Materno Infantil y el Plan Remediar, atados a que se produzcan en el sector de salud las reformas que propone.

A través de este mecanismo, la solución precaria a la atención de la salud de los más desprotegidos queda atado al financiamiento externo, al aumento de la deuda y al condicionamiento (a través de las cláusulas de otorgamiento) para que se instrumenten las reformas que, en la visión del BM y otros organismos internacionales son necesarias en el sector público de salud.

No queda establecida ni contemplada cuál será la estrategia con la cuál absorberá el Estado Nacional y las provincias la continuidad del proyecto una vez discontinuado el financiamiento externo. El firme criterio de no garantizar el financiamiento de hospitales y centros de salud oficiales, establece al final de la cadena de reformas, la transferencia a diferentes efectores con el agregado de un sistema de credenciales identificatorias para que la población carenciada sin acceso a la salud, “compre servicios de salud” en un cuasi mercado libre que saldría al rescate definitivo y a través

de más deuda externa, de los prestadores privados y la seguridad social a través de su ingreso al sistema de Seguros de Salud.

Esto queda garantizado por el otorgamiento de créditos financieros internacionales que vía el Ministerio Nacional son transferidos a los gobiernos provinciales para que impulsen los seguros, llegando a recomendar el subsidio a estos sectores, con el fin de “absorber la demanda que desborda al sistema público”.

Frente a la existencia de superavit fiscal, la toma de financiamiento externo para diseñar nuestras políticas sociales, habla del alto grado de vulnerabilidad del Estado. Se insiste en profundizar un modelo basado en toma de créditos de elevado costo, que a su vez requiere de organizaciones administrativas y de consultoría también costosas.

El financiamiento propio de los presupuestos provinciales en el sector salud es asimétrico y en general bastante bajo. Vamos desde un 28% en la Ciudad de Buenos Aires y bajamos a un 9 % en la Provincia de Buenos Aires, con provincias que no llegan al 8% del total del presupuesto. En este contexto, las provincias a través de sus gobernadores y los respectivos ministros de Salud, aceptaron el Seguro sin discutir el marco conceptual del Plan Federal de Salud, y sin instancia republicana de discusión parlamentaria.

El Estado va en camino de no ser más un prestador de servicios gratuitos, para pasar a ser un financiador de los seguros del sector carenciado, abandonando su lugar en el sector salud y tomando sólo el rol de regular y coordinar la dinámica del mercado.

Para analizar la perspectiva que esta posibilidad ofrece, basta recordar la pobre experiencia en su rol de rectoría en años pasados y la persistencia, ahora incrementada, de los efectos de presión que el mercado y los intereses sectoriales introducirán en las negociaciones.

## LA PROPUESTA

Este aspecto del documento trata de proponer las bases para una institucionalidad diferente en relación con la salud integral de las personas. Definir políticas en este ámbito implica definir más que un problema público. Implica definir una ética social diferente.

La intención es definir cómo habrán de ser considerados los contenidos esenciales de la reforma del sistema de salud. Hallar respuestas es necesario con el fin de no dejar esta herencia a las generaciones venideras.

A modo de introducción y con el fin de transmitir el elevado grado de desigualdad de oportunidades en el acceso a la salud, brindo una breve reseña clínica sobre un caso real ocurrido en uno de los principales hospitales pediátricos de la Ciudad de la Plata, hace un tiempo atrás. La finalidad es tratar de transmitir la complejidad de la problemática de salud, y su alto grado de imbricación con el resto de las políticas públicas que deben concurrir para proveer soluciones.

Las desigualdades, lejos de ocurrir solamente en las “lejanas y pobres” provincias del interior, estallan también en los distritos supuestamente más ricos, mostrando que el alto grado de fragmentación social atraviesa a todo el conjunto de la sociedad y no es un problema circunscripto a determinadas regiones provinciales.

*Nota: La profesional que presenta el caso, es una reconocida pediatra de nuestro país, entregada desde hace muchos años a la actividad asistencial pública y a la docencia universitaria estatal.*

*“.....En medicina se utiliza el concepto de “oportunidades perdidas”. Hay múltiples situaciones en las cuales por causas diversas un niño tiene que ser institucionalizado; y este es el caso que nuestro equipo va a presentar...”*

*Fabián, es un niño que nace en un medio hospitalario, en un hospital del conurbano bonaerense. Vive durante un período prolongado junto a sus padres, ambos adictos, y con una vida absolutamente irregular producto de toda esta situación de exclusión y pobreza. A Fabián las oportunidades perdidas le comienzan desde el momento del nacimiento. Transcurre los cuatros o cinco primeros años de su vida entre enfermedades y enfermedades, deambulando por distintos hospitales del conurbano, y deambulando por distintos preescolares, guarderías, comedores infantiles; tratando de mitigar su situación de marginalidad, que es lo que hablaría tan sólo desde el punto meramente pediátrico. Hasta que también, por una situación de oportunidad perdida, como es el no acceder a la vacunación, adquiere un sarampión que condiciona una insuficiencia respiratoria grave, motivo por el cual se deriva a un centro de alta complejidad, donde se realiza el diagnóstico de sarampión y por su mala evolución clínica, el de SIDA. Para esto, Fabián tenía 5 años, es decir que las oportunidades perdidas se seguían dando. Se da una intervención judicial, que es donde nuestro hospital lo recibe porque él queda oxígeno-dependiente, secuela de esta patología, e ingresa a nuestro hospital de la ciudad de La Plata. Para esto, contábamos ya con cinco años largos. Lo hace, junto a su hermana, a la que también se le diagnostica SIDA, otra víctima de oportunidad perdida. Transcurren sus días, sus vidas, en nuestra institución, hasta que a la edad de siete años, Fabián fallece producto de su enfermedad. Sus padres lo visitaban en forma esporádica, cuando sus adicciones, su marginalidad, su falta de recursos, su enfermedad lo permitía; hasta que no pudieron venir más debido a sus complicaciones médicas. Pero nuestra sorpresa no termina ahí, y nuestro sentido de oportunidad perdida no termina ahí; y yo creo que esto me permite decir que la visión del niño en riesgo tiene que ser absolutamente*

*integral, porque acá no solamente está la justicia, está la salud, está la educación; todos somos responsables de que Fabián llegue a esta situación, y grande fue nuestra sorpresa cuando se iban a hacer los trámites de inhumación, porque nuestro hospital así debió hacerse cargo. Fabián con siete años estaba indocumentado. Es decir, que esta historia, de un niño que debió morir para nacer, es una historia absolutamente real, y mucho más frecuente de lo que muchos de nosotros creemos. Y esta historia de Fabián, además se agrava porque era un niño judicializado, en la cual habían intervenido tres tribunales de menores, que por distintos motivos, y por distintas causas habían presentado situaciones de inhabilitación.*

*Creo que este testimonio, discúlpennme a veces un poco la vehemencia, pero me tocó asistirlo desde el principio y acompañarlo hasta el final; quiero que sirva para que la menor cantidad posible de chicos, tengan que morir para nacer...”*

Para construir una propuesta basada en la justicia y la igualdad en salud, capaz de cortar el círculo de pobreza y dependencia, debemos dejar a un costado posiciones e intereses que signaron el destino de la salud en la Argentina durante décadas.

El espíritu del nuevo sistema de salud en la Argentina, tendrá como sustento la base democrática que priorice la razón moral y los derechos humanos de todos, por encima de la fuerza de aspiraciones sectoriales. Los sujetos, la condición humana, la opción por la pobreza, la verdad, la justicia y los derechos humanos son primordiales en nuestra concepción política y por ende, en nuestra propuesta.

La garantía basada en la razón moral y el derecho humano es Salud Pública Universal.

Salud Pública, que es el cuidado que una sociedad lleva a cabo con todos sus integrantes en el tránsito por la vida, evitando que se enfermen, protegiendo su bienestar, dándole condiciones dignas tanto de vida como de muerte. El otro camino, es la barbarie.

Concientes de que no hay libertad sin ley, garantizaremos un Sistema de Salud a través de una Ley Federal de Salud que, respetando las autonomías provinciales, garantice el derecho a la salud en igualdad y libertad para todos los habitantes de nuestro territorio.

## **Objetivos Principales**

### **✓ *Sistema Universal Integrado de Salud***

Dentro de él, la diferencia de condición social, cultural o económica no podrán ser, bajo ningún aspecto, impedimento para el acceso al sistema de salud ni al ejercicio del derecho a recibir igual calidad de atención médica.

### **✓ *El Estado garante***

El Estado Nacional, en acuerdo con los gobiernos provinciales y dentro del marco federal que ordena la Constitución Nacional, será garante y responsable del cumplimiento de las políticas acordadas. Para ello contará con las competencias particulares requeridas, debidamente establecidas dentro de un marco jurídico adecuado.

### ✓ ***Qué se garantiza***

Criterios adecuados de distribución de la salud, considerada como un bien social y un derecho individual irrenunciable.

Información completa, amplia y difundida sobre las características del sistema en general y sobre aspectos de salud preventiva.

Sistema Universal de Salud de calidad homogénea y jerarquizada, en términos científicos, logísticos y de calidad de trato a las personas.

Adecuado sistema de control de la calidad médica y sanitaria, que deberá ser igualitaria entre todas las provincias que conforman el territorio nacional.

Garantía de la equidad vertical y horizontal. Para ello se establecerán dos políticas de aplicación simultánea y concurrente

✚ Plan Universal de Salud Integral

✚ Plan de Acceso Igualitario a la Salud

### **El Diseño**

Se propone una secuencia de reformas graduales, priorizando las cuestiones más urgentes. Sin embargo, el abordaje de políticas activas para este fin, no irá en detrimento de la formulación de políticas estables de mediano y largo plazo.

### ✓ ***Programa Nacional de Educación para la Salud***

Deberá contemplar aspectos abarcativos de educación para la prevención y cuidado de la salud. El trabajo de articulación interministerial dentro del Área de Desarrollo Económico y Social garantizará la complementación de políticas destinadas al mejoramiento de la calidad sanitaria y de vida de los habitantes.

Habrà de garantizarse la coordinación de gestión e implementación de políticas y programas en todos los niveles del Estado (Nación, Provincias, Municipios y GCBA)

### ✓ ***Política Nacional de Nutrición Saludable***

Será de implementación universal y adaptada a todas las franjas etarias y a ambos sexos. Garantizará la existencia de un sistema de información y difusión, enseñanza y asistencia a la población, poniendo énfasis en

- Ø Calidad nutricional infantil y desarrollo saludable del niño y del adolescente
- Ø Calidad nutricional de la mujer en edad fértil, avanzada, embarazo y lactancia
- Ø Calidad nutricional del hombre en diferentes etapas de su vida

El Sistema Universal Integrado de Salud contará con la asistencia necesaria para satisfacer la demanda de insumos y atención que el Programa requiera.

✓ ***Política Nacional de Salud en el Primer Nivel de Atención***

- Ø Pondrá énfasis en Medicina Preventiva para la erradicación de factores predisponentes a la adquisición de enfermedades evitables.
- Ø Fuerte respaldo a un Programa Permanente de Relevamiento Epidemiológico.
- Ø Programa de Erradicación de Enfermedades Endémicas.
- Ø Salud odontológica y oftalmológica
- Ø Detección temprana de enfermedad encubierta en lactantes, niños, adolescentes y adultos ( trastornos orgánicos, adictivos y psicológicos)
- Ø Adecuada integración con instituciones de referencia para Atención en el Segundo y Tercer nivel de complejidad médica.
- Ø Relevamiento de la demanda insatisfecha acumulada, para prácticas médicas de mediana y alta complejidad.
- Ø Trabajo interministerial e interjurisdiccional para la disminución hasta erradicación completa de las causas que contribuyen al estado de indigencia, pobreza y consiguiente enfermedad.

✓ ***Política Nacional para el Segundo y Tercer Nivel de Atención Médica***

- Ø Plan de Inversión en Recursos, que garantice objetivos y alcances de la política
- Ø Coordinación provincial y regional de los recursos disponibles en el sistema
- Ø Sistema de referencia y contrarreferencia entre estos niveles y con primer nivel
- Ø Resolución de la demanda insatisfecha al momento del inicio del Programa.
- Ø Plan de Fortalecimiento de la Red Estatal de Hospitales

✓ ***Política de Formación de Recursos Humanos***

Con esta finalidad se trabajará en coordinación con las Universidades Nacionales y otras reconocidas oficialmente, como así también con los Servicios Médicos acreditados que documenten especialidad y adecuada capacidad docente para la formación de pre y post grado de los recursos profesionales, técnicos y de enfermería que requerirá el sistema.

Se deberán revisar los contenidos curriculares de formación y especialización médica, las exigencias de acreditación de carreras y títulos de especialidades tanto médicas como técnicas y de enfermería.

Se revisarán también las modificaciones introducidas recientemente a las atribuciones y alcances de las diferentes carreras técnicas auxiliares de la medicina.

Se complementará esta estrategia con estudios prospectivos que permitan inducir y orientar la matrícula de especializaciones médicas, técnicas y de enfermería

### ✓ ***Política de Atención en Salud Mental***

La salud mental es inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su condición de sujeto bio-psico-socio-cultural y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo

Se buscará conformar equipos interdisciplinarios distritales, los que a su vez, se distribuirán por áreas de incumbencia. El objetivo y alcance será indagar y resolver situaciones que atraviesan niñas, niños, jóvenes, familias y adultos/as cuyas trayectorias personales y sociales los colocan en el límite externo del tejido social y en el borde de la capacidad de resolver experiencias límites.

Estas situaciones de riesgo involucran a personas que ven vulnerados sus derechos (en tanto cercenadas sus potencialidades y oportunidades) y cuya restitución les posibilitaría constituirse plenamente en sujetos de derecho.

Este abordaje requerirá de un conocimiento adquirido de modo sistemático, que no simplifique la complejidad, que se nutra de la investigación, de una constante reflexión crítica en torno a los aportes teóricos y de las prácticas, integrado fuertemente a la práctica de atención médica y en reformulación continua. Las distintas áreas de trabajo serán, entre otras:

- Ø Infancia y Adolescencia.
- Ø Orientación Familiar
- Ø Interdisciplinario de Primera Infancia ( interacción escolar)
- Ø Reinserción laboral
- Ø Reinserción familiar
- Ø Orientador Social
- Ø Adultos mayores

Deberán construirse estrategias médicas y con concurrencia de la participación social, con el fin de reducir la tasa de institucionalización de las personas afectadas por cuadros más severos, crónicos y/o de larga evolución.

La desinstitucionalización progresiva implicará modalidades alternativas de atención y reinserción social, tales como hogares de estadía con externación diurna, convenios de capacitación e inclusión laboral en empresas y/o actividades de diversos rubros.

### ✓ ***Políticas de Salud Sexual y Reproductiva***

El Sistema de Salud hará hincapié en la salud de la mujer no sólo en términos de su capacidad de reproducción, sino en tanto a su derecho a la libertad de elección de cómo y cuándo ejercer sus capacidades sexuales y reproductivas.

El Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable ejercerá toda su potencialidad con el fin de disminuir en forma sensible el índice de embarazos no deseados, infantiles y adolescentes, así como los registros de abortos.

A través de un fuerte impulso a la educación y a la información se fortalecerá el conocimiento de estas problemáticas tanto en mujeres como en hombres, con el fin de

proteger integralmente a ambos y especialmente a la mujer, que está más expuesta dada su condición física de procreación.

Se extremarán los recursos para disminuir la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual y la transmisión vertical de enfermedades entre madre y recién nacido.

### ✓ ***Política Nacional de Medicamentos, Sueros y Vacunas***

Se desarrollará una estrategia conjunta con las áreas de Ciencia, Investigación y Desarrollo Tecnológico, con programas estatales y mixtos de producción de medicamentos, sueros y vacunas.

Asimismo, se incentivará y protegerá la propiedad intelectual de los desarrollos avanzados en terapéuticas de última generación que lleva adelante la comunidad científica argentina, a fin de garantizar la inversión en producción tecnológica exportable.

La política de medicamentos deberá garantizar la igualdad de acceso a medicamentos de alta calidad, y deberá ser financiada por recursos propios del Sistema de Salud Nacional eliminando definitivamente los programas de financiación con toma de crédito externo y endeudamiento.

### **Escenario de inicio**

Tal como fue descrito en el documento precedente, en la Argentina el Sistema de Salud no es en realidad un verdadero sistema debido a su conformación fragmentada en diversos subsectores, los que a su vez presentan un alto grado de heterogeneidad hacia el interior de cada uno de ellos.

Los marcos regulatorios y los niveles de dependencia son múltiples y también disímiles (sindicatos, empresas de medicina prepaga, gobiernos provinciales, PAMI, gobiernos municipales, Ministerio de Salud de la Nación y la Superintendencia de Servicios de Salud, por nombrar algunos)

Las causas han respondido históricamente a la puja de intereses sectoriales frente a la débil regulación del Estado, desbordado o involucrado por los intereses políticos y económicos puestos en juego, según el momento histórico que elijamos mirar.

Las consecuencias son múltiples, y van desde un aumento innecesario del gasto en relación al grado de eficiencia del sistema en su conjunto, hasta un evidente nivel de disparidad en la calidad de los servicios prestados a las personas.

El resultado es mayor fragmentación e ineficiencia en perjuicio de la ciudadanía, que asiste desconcertada al juego de intereses por donde se escurre su derecho a la salud.

Sumado a esto, el proceso de desregulación de las Obras Sociales que habilitó el cambio de entidad aseguradora a los beneficiarios de Obras Sociales Nacionales, incentivó formas de asociación a través de contratos de concesión y gerenciamiento por el cual las

OSN delegaron en prepagas la responsabilidad de la asistencia médica del total o una parte de sus beneficiarios, estableciendo para ello un pago capitado mensual.

Así, estas empresas actúan hoy como redes prestadoras para los beneficiarios de las OSN, pero evitando riesgos operativos tales como la obligación de brindar servicios sin cobrar (por morosidad de los empleadores, retrasos en la percepción de los aportes y contribuciones correspondientes, así como por el desempleo de los beneficiarios)

Una mirada a la composición societaria de alguno de estos grupos económicos nos daría una sugestiva mirada sobre el origen de intereses encriptados en estas políticas.

La mayoría de las empresas de medicina prepaga incorporan cláusulas en sus contratos que tienden a la selección de riesgos a fin de compensar la incertidumbre en los costos y garantizar la rentabilidad. Este comportamiento de las aseguradoras dificulta la comparabilidad de las empresas a los usuarios y la accesibilidad a los servicios.

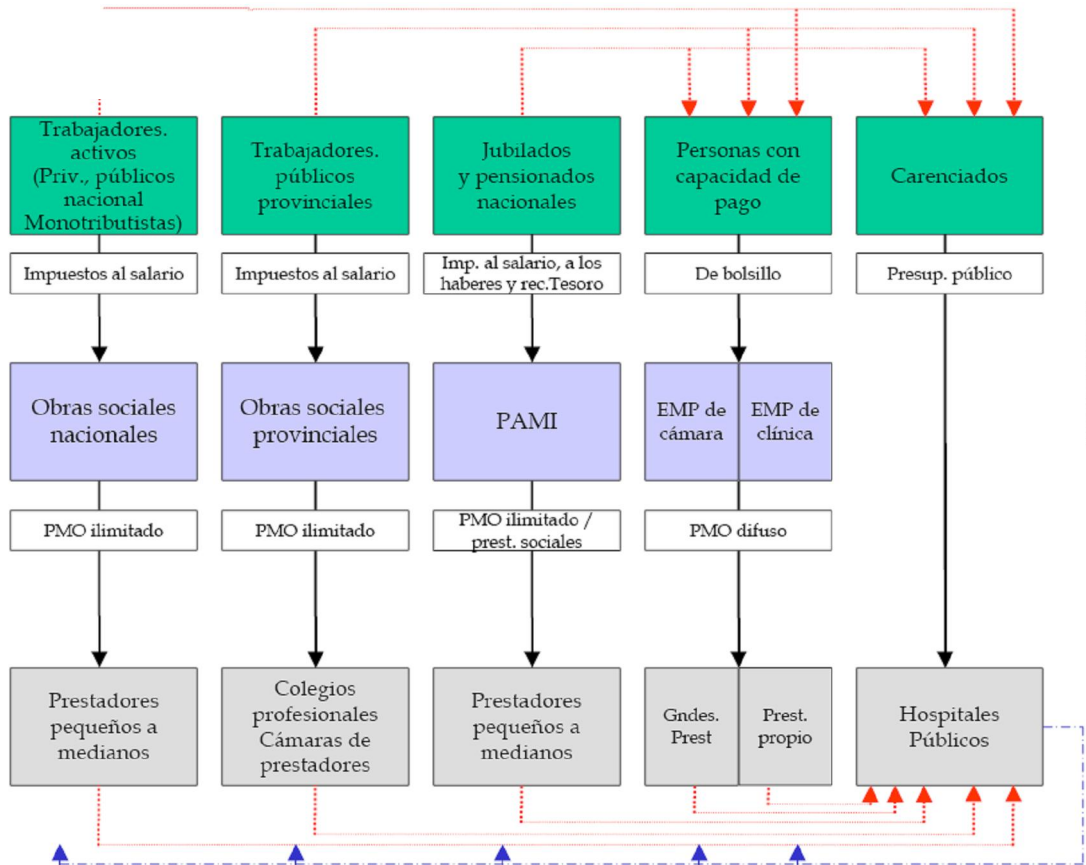
Mientras el seguro voluntario no se encuentre sometido a una regulación específica, el cumplimiento de los contratos resultará incierto, y las personas con mayor nivel de riesgo implícito, no tendrán por esta vía un seguro adecuado.

***Para el abordaje de un Sistema Universal Integrado, el gobierno deberá afrontar***

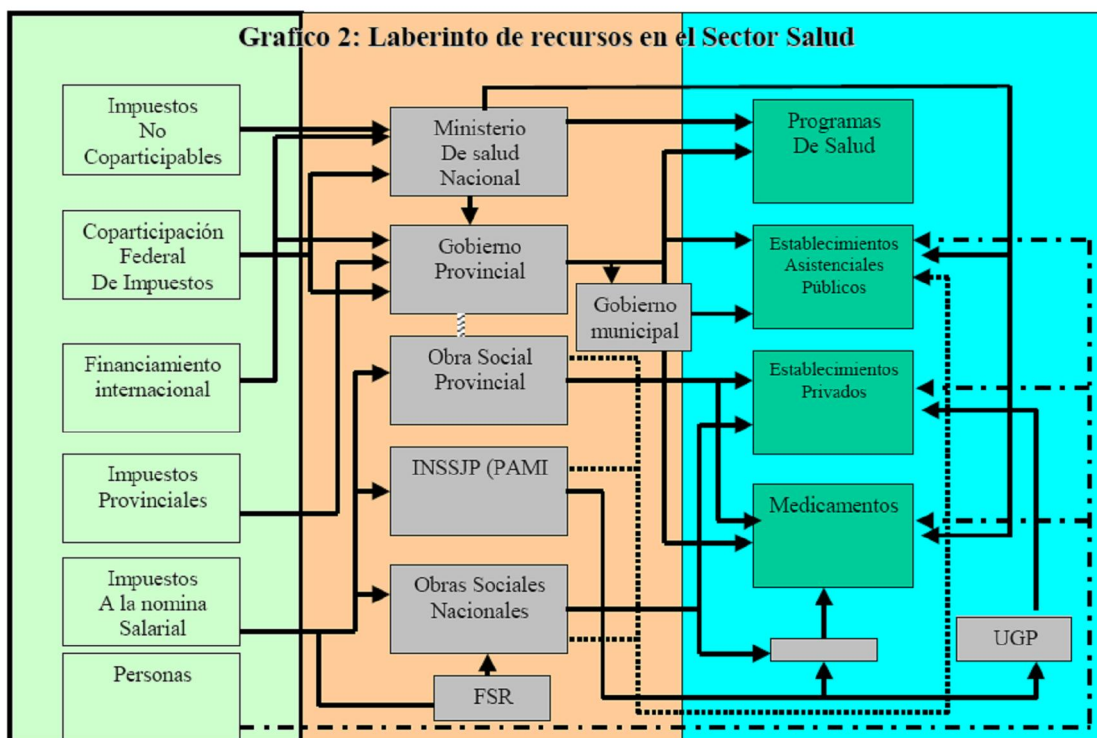
- Ø Un estado deficitario en las condiciones sanitarias y de vida de un sector importante de la ciudadanía
- Ø Importantes fallas en la oferta de prestaciones médicas
- Ø Multiplicidad de actores involucrados
- Ø Capacidad reducida o nula de acceso a la salud y al tratamiento de la enfermedad por parte de amplios sectores de la sociedad
- Ø Fallas históricas y experiencias frustradas de organización del Sector, que construyeron complejas interrelaciones sectoriales de difícil abordaje.

Las condiciones descriptas y la historia detallada del sistema habilitan holgadamente al Estado Nacional a participar activamente en la reorganización del Sistema con el fin de erradicar las desigualdades existentes.

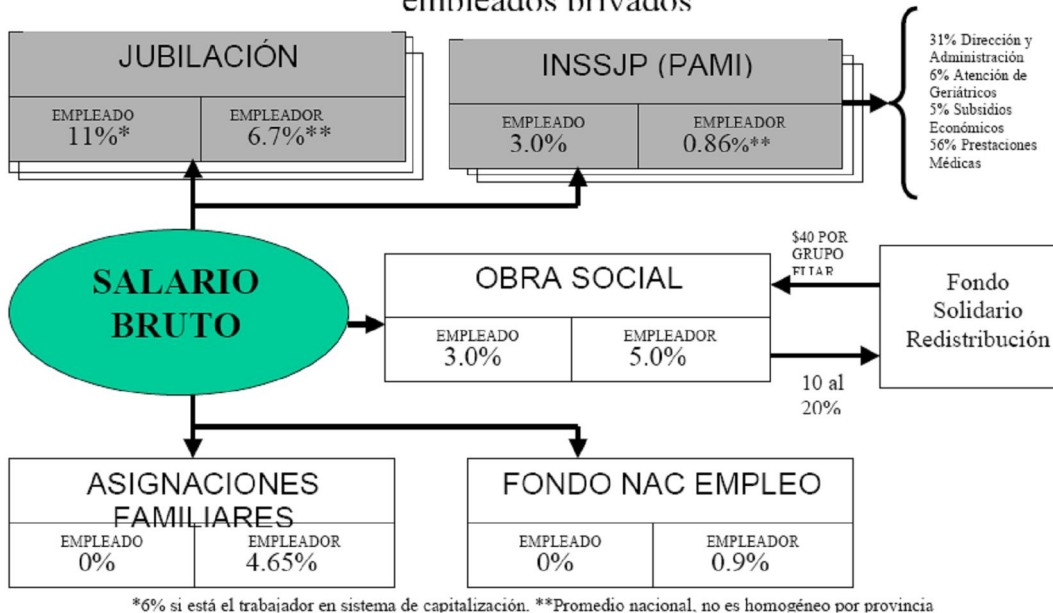
El siguiente gráfico ilustra acerca del grado de multiplicidad de niveles y sectores que prestan salud en la Argentina, así como sus efectores y fuentes de financiamiento principales (*Fuente: CIPPEC*)



Los siguientes dos cuadros (gráficos 2 y 3) ilustran acerca de la complejidad de la trama de recursos financieros que atraviesa los distintos subsectores del sistema en general y el origen de aportes y fondos de contribución al sistema en general.  
*(Fuente: Mariano Tommasi y otros)*



**Grafico 3: Aportes y contribuciones de empleados privados**



**La organización y el financiamiento**

En base a nuestro sistema constitucional federal, definimos el eje del Sistema Universal Integrado de Salud, en base a un ordenamiento de los sistemas provinciales con optimización regional de recursos, especialmente en lo referido a mayores

requerimientos de complejidad médico asistencial. Todo en el marco de una reforma progresiva que tenga en cuenta la multiplicidad de acciones requeridas, y con el adecuado marco de una Ley Federal de Salud Universal.

Las Obras Sociales Provinciales y las Obras Sociales Nacionales que agrupan a empleados del Estado, podrían ser incorporadas al Sistema Universal Integrado de Salud en primera instancia. El resto de los sectores que conforman la seguridad social, como los de trabajadores de diferentes ramas de actividad privada y el INSSyP, podrían integrar el sistema potenciando sus capacidades prestacionales.

Una vez que el Sistema funcione articuladamente y de manera ordenada y eficiente, estaría en condiciones de establecer condiciones de opción a aquellos trabajadores que elijan destinar sus aportes y pertenencia al Sistema Universal Integrado de Salud.

Los distintos niveles involucrados estarán sometidos permanentemente a la fiscalización y control de calidad de prestación médica y eficiencia en el manejo administrativo y financiero, por parte de la entidad diseñada a tal efecto.

El sector privado deberá a su vez definir su propio rol en este esquema, a la vez que quedarán establecidas las normas que regularán su funcionamiento y el de las entidades de la seguridad social que opten por no integrar el Sistema propuesto.

Estos actores tendrán la garantía de poder ejercer su libertad de mercado en el marco de las regulaciones establecidas, a la vez que el Sistema Universal Integrado facturará las prestaciones que se realicen a beneficiarios de los citados prestadores.

La arquitectura final del modelo deberá involucrar a las instituciones políticas provinciales en términos de participación y cooperación en el diseño y rediseño de políticas de salud. En este contexto, la redistribución de fondos en salud es una cuestión compleja ya que el sector se caracteriza:

- (a) por una elevada complejidad en sus estructuras financiera y prestacional
- (b) por su fragmentación y heterogeneidad hacia el interior de todos los subsectores
- (c) por el peso de gastos asociados con enfermedades de alto costo

Estos tres aspectos incrementan la controversia distributiva dentro del sistema y habilita históricamente instancias de negociación que afectan los intentos de reforma. Ello se ha traducido siempre en objetivos poco específicos, instrumentos generales y dilaciones en la implementación.

La descentralización desordenada ocurrida en décadas pasadas desde el nivel nacional hacia las provincias, plantea la necesidad de revisar y coordinar políticas y de establecer coincidencias en torno a los mecanismos de transferencia de recursos.

A través de mecanismos de integración o coordinación financiera de los niveles administrativos y parte de los subsistemas de salud se debe:

- Establecer un marco único regulatorio (legal y de control)
- Establecer políticas sanitarias universales en acuerdo entre las provincias y el gobierno nacional

- Definir fórmulas de redistribución de recursos entre provincias, en base a objetivos garantizados y observando las diferencias en patrones epidemiológicos, de ingresos y de infraestructura,
- Diseñar políticas nacionales de promoción e incentivo a las economías locales provinciales y regionales en pos del mejoramiento del desarrollo social.

También, y a la luz de los resultados dispares relevados a partir del proceso de descentralización, se hace necesario evaluar una política federal que incluya una labor de liderazgo del sector nacional de salud en la estrategia de atención primaria, políticas de formación de recursos y estrategia en el área de medicamentos, vacunas y desarrollo científico en medicina y farmacología.

La equidad entre provincias con distintas capacidades operativas y financieras debe ser considerada, y revisados los sistemas de desarrollo económico social de las mismas en base a potencialidades de recursos no aprovechados. El Área Nacional de Desarrollo Económico y Ciudadano junto al Área de Políticas Federales, deberán velar por el desarrollo armónico del conjunto de las economías provinciales, promoviendo el desarrollo institucional y social, y asegurando el cuidado igualitario de la salud entre provincias.

Esta responsabilidad final reside en el gobierno nacional, y obliga por lo tanto a la implementación de políticas universales.

En el caso especial de Salud, deberán realizarse esfuerzos para revertir la estrategia de planes de salud focalizados para atender situaciones emergentes de los altos niveles de fragmentación y retraso social, que tornan hacia un estilo de servicios incompletos e ineficientes de salud a la población de menores recursos, generando desigualdad de oportunidades en el acceso a la mejora de la calidad de vida.

En el debate dado en torno al *federalismo y la asignación de fondos en salud* pueden identificarse *tres grandes ejes temáticos*:

- ✓ *El marco normativo* que regla las relaciones nación-provincias, y a partir del cual se definen los mecanismos formales de financiamiento del sector.
- ✓ *La efectividad de la norma o la reforma*, en base a los incentivos de cada uno de los actores involucrados, para respetar o alterar reglas establecidas.
- ✓ *La construcción de la agenda política* que lleva a impulsar acuerdos y reformas

La reasignación de fondos para el Sistema de Salud plantea inicialmente el difícil camino de reformar la Ley de Coparticipación Federal.

Por lo tanto, en un principio al menos, la redistribución de nuevos recursos se debería canalizar por fuera del régimen coparticipable. Desde esta perspectiva, el financiamiento adicional del sector salud se podría realizar mediante la transferencia de recursos generales hacia las provincias a fin de no dar créditos que determinen un endeudamiento futuro de los gobiernos provinciales.

Una segunda postura podría ser la posibilidad de modificar el Presupuesto Nacional mediante un Fondo de Redistribución con asignación específica a salud, en el marco del régimen de coparticipación, en vistas a un orden definitivo fijado por la agenda política.

Junto a esto, se vuelve recomendable la reorganización de los fondos y recursos federales no-coparticipables que actualmente se giran a las provincias, dándoles una estructura de control sistemático.

En ambos casos – recursos coparticipables y no-coparticipables - las estrategias que se definan deben apuntar a garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud para toda la población, que supere las diferencias de ingreso entre provincias. En este punto el gobierno nacional podrá estimular a su vez, la mejora de las condiciones institucionales y de desarrollo de las provincias más postergadas.

Desde una perspectiva técnico-sanitaria, el modo de financiamiento debe darse a partir de la definición de un modelo de atención de salud, a partir de los lineamientos institucionales de un país federal.

Desde esta óptica, el sistema contendrá un eje provincial, con mecanismos nacionales que faciliten a las provincias las condiciones para poder asumir sus responsabilidades referidas al buen funcionamiento del sistema de salud.

Además el diseño quedaría completado con la Ley Federal de Salud Universal, a través de la cual el Estado Nacional será el respaldo de un sistema equitativo mediante pautas de co-financiamiento y de mecanismos de complementariedad, con continuidad institucional.

A su vez, el Estado Nacional reserva derecho de elaboración de políticas sanitarias universales de aplicación obligatoria y el control de la implementación del Sistema Universal en general.

Dentro de este esquema, se deberá prestar especial atención al diseño de mecanismos formales de participación de la sociedad, reconociendo la importancia de ir incorporando el compromiso social sobre las necesidades imperantes.

## **Cómo pensar el Plan de Salud**

El Plan de Salud es un documento clave dentro de la propuesta de gobierno. Representa un modo de contrato moral y social en tanto denota aquello que aspira construir a través de la acción pública, aquello a lo que no está dispuesto a renunciar, y aquello que no está dispuesto a permitir ni avalar.

En su diseño se deben considerar dos bases prioritarias:

1. El contexto político y social de origen que marcará las políticas activas y de mediano plazo dirigidas a resolver las problemáticas en el punto de partida
2. Una política para el largo plazo, que logre trascender más allá de una gestión, con una sociedad que la sostenga en el tiempo y que a la vez garantice su adaptación a los cambios y nuevas necesidades.

Se trata de fundar las bases para una institucionalidad diferente en relación con la salud integral de las personas. Definir políticas en este ámbito implica definir más que un problema público. Implica definir una ética social diferente.

## **Dinámica de la Política de Salud**

A semejanza de otros sistemas sociales, el diseño del sistema de salud ofrece un enorme desafío antes de convertirse en una herramienta política que provea cuidado y atención.

Su historia y su estado actual nos revelará qué es lo que da y qué es lo que restringe, cuánto de cura y prevención, cuánto de igualdad de acceso, cuánto de enfermedad persistente y cuánto de incapacidad.

El entendimiento profundo de las fallas en el sistema, la conceptualización y su diseño serán fundamentales al momento de generar una opción tan posible como exitosa.

El inadecuado abordaje de cualquiera de las partes que lo conforman afectará las capacidades de las demás, así como no será suficiente la mejora parcial de algún aspecto del sistema, para suponer que por ese hecho, el todo logrará mejorar por sí mismo.

Todos los actores del sistema pondrán en juego propósitos propios, por ello al crear políticas de salud, se habrán de enfrentar resistencias y efectos secundarios sobre el diseño en su conjunto, que podrán poner en riesgo el alcance de metas y objetivos.

En términos de diseño, debemos agregar que el nivel de salud de los ciudadanos mide de manera directa la calidad y el modo de organización de la sociedad. Por eso, los objetivos propuestos hablarán por sí mismos de la definición política de la fuerza política gobernante.

Mostrar la complejidad dinámica de cada abordaje, invita a explorar la manera que estas visiones se interfieren entre sí para producir efectos secundarios no deseados que pueden impedir el progreso de cualquier programa de salud.

Sin dejar de tener siempre en cuenta la prioridad y trascendencia de las convicciones filosófico políticas que crean los cimientos de una política particular, trabajos recientes sobre salud pública explican las fuentes de ciertos tipos de resistencias a modificar escenarios presentes: “Las acciones alteran el entorno, pero la política de resistencia aparece cuando fallamos en considerar los denominados “efectos secundarios” de nuestras acciones, las respuestas de diversos agentes del sistema que pueden tener metas en conflicto con las propuestas por el gobierno y las consecuencias no previstas de estas respuestas, la manera en que la experiencia le da forma a nuestras metas, y las demoras presentadas en el transcurso de estas realimentaciones.”

El cuidado de la salud opera en un amplio contexto social y dentro de las dimensiones política, económica y cultural. Por ello, muchas de las intervenciones relacionadas con la salud de una población sobrepasan las atribuciones específicas del sistema sanitario e implican a otros sectores.

Por la alta complejidad de la problemática de Salud, muchos de los múltiples factores de los que depende, van más allá del ámbito sanitario (tabla 1 y figura 1). Algunos factores como la edad o el sexo no son modificables. Otros, tienen que ver con las condiciones en las que vivimos, el medio ambiente, los estilos de vida y, también con el acceso a servicios básicos como la asistencia sanitaria, la educación o los servicios sociales. En consecuencia, las acciones dirigidas a mejorar la salud deben considerar las distintas áreas y sectores involucrados.

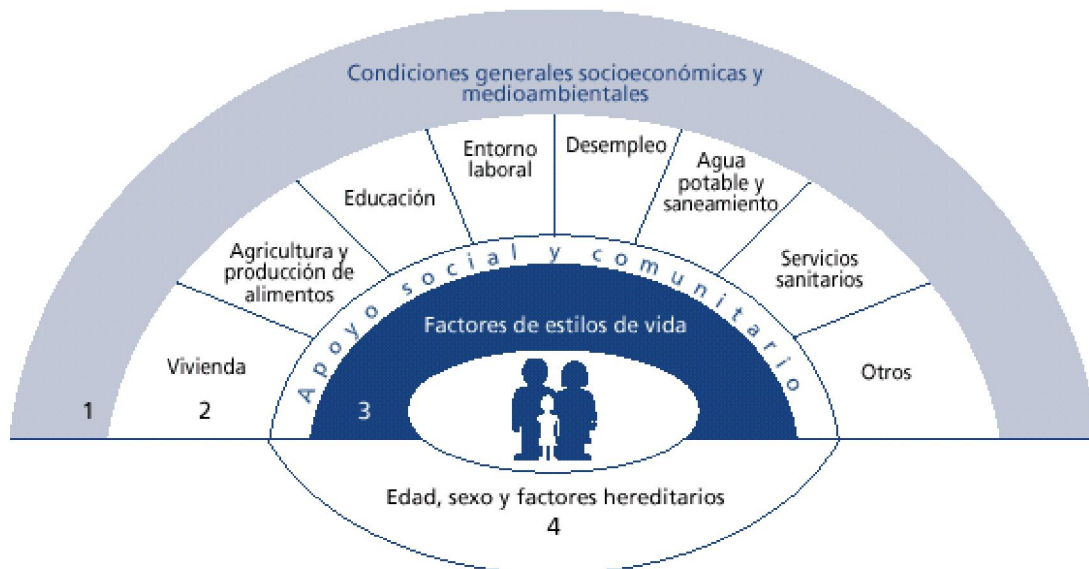
*Tabla 1. Factores que afectan a la salud*

Biológicos	Sociales y Económicos	Medio ambiente	Estilos de vida	Acceso a los servicios
Genes Sexo Edad	Pobreza Empleo Exclusión social	Calidad del aire Vivienda Calidad del agua Alimentos Trabajo	Dieta Ejercicio físico Tabaco Alcohol Conducta sexual Drogas	Educación Sanidad Servicios sociales Transportes Ocio

Fuente: DAHLGREN, G. & Whitehead, M. Policies and strategies to promote social equity in health (Políticas y estrategias para promover la equidad social en salud) Stockholm, Institute for Future Studies, 1991.

Así, los planes de salud se deben desarrollar para dar respuesta al reto que supone abordar los múltiples determinantes que afectan a la salud de una comunidad y para marcar el rumbo de las políticas no sólo del sistema sanitario, sino también de todos los agentes implicados.

**Figura 1. Factores que afectan a la salud**



Se ha de tratar, por lo tanto, de un plan interministerial coordinado que no se limita al ámbito sanitario. El Plan de Salud apela a una profunda interacción multisectorial con la finalidad de aumentar el nivel de salud de la población.

Para el diseño han de tenerse en cuenta elementos de partida.

- Ø Diagnóstico del verdadero estado de salud y enfermedad de la población
- Ø Diagnóstico inicial completo y correcto del sistema general
- Ø Diseño de gestión para el logro de los objetivos políticos a alcanzar.

En base a estas herramientas de partida, del acabado análisis de las interacciones posibles y del éxito en la ejecución de políticas diseñadas en consonancia, será el resultado de la misma.

Habrán de considerarse elementos tales como: indicadores vitales y socioeconómicos, tasas de crecimiento y envejecimiento de la población, distribución geográfica y demográfica, enfermedades prevalentes, necesidades básicas insatisfechas, niveles de desempleo, estado nutricional, niveles de violencia, problemáticas de género, niñez y ancianidad, riesgos y enfermedades laborales, infraestructura de redes cloacales, de agua potable y de vivienda, nuevas tecnologías, y otros elementos que son el sustrato de las propuestas políticas.

También habrá que contemplar la introducción de herramientas actualizadas tales como elementos de última generación para analizar y resolver la problemática existente en la relación salud-enfermedad (organización, financiamiento, acceso y utilización de servicios, tecnología)

Como hemos analizado anteriormente, en Argentina el sistema de salud no representa realmente un sistema, involucra un conjunto complejo y dispar de intereses que a su vez desempeñan roles y asumen objetivos propios.

En la persecución de esos objetivos particulares se despliegan acciones que establecen una dinámica de servicios de salud y de recursos financieros, físicos y humanos que no garantizan la salud y muestran la imagen de una fragmentación social injustificable.

En el análisis y diseño, se deberán considerar múltiples actores y factores involucrados

- ✓ Los prestadores o proveedores y la población, interrelacionados a través de diversas organizaciones.
- ✓ El conjunto prestador y la población como un universo complejo con diferentes status y categorías dentro de proveedores y personas.
- ✓ La relación indirecta entre los mismos, mediada por pagadores, representados por diferentes grupos o actores colectivos: sindicatos, cámaras, Estado, etc.

A su vez, los mecanismos claves de control político y económico que operan en el sistema de salud son:

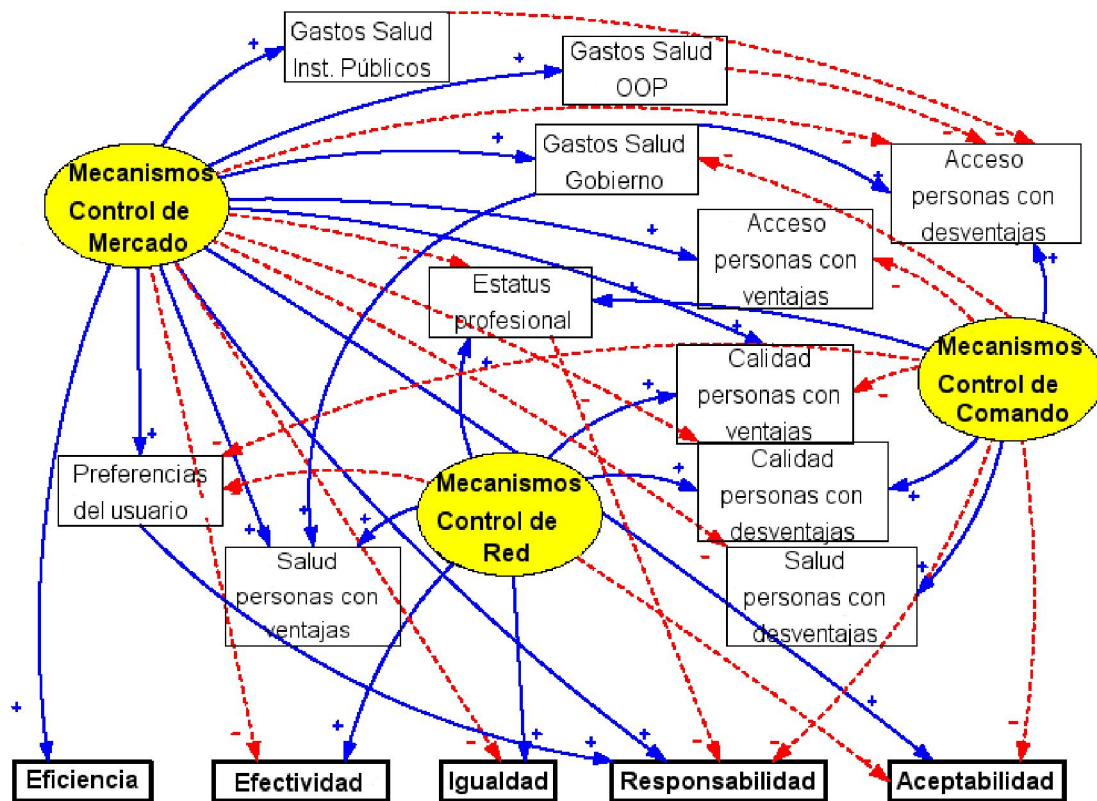
- ✓ Mecanismos jerárquicos: regulatorio, legal, burocrático, donde se fijan las metas y se invocan las reglas para asegurar que los objetivos sean alcanzados cuando se producen desviaciones.
- ✓ Mecanismos de mercado: costos, precios y compra de insumos y servicios
- ✓ Mecanismos de red: necesarios entre niveles de atención.

La visualización de algunas de las interacciones entre variables, habla de la complejidad al momento de diseñar una política social y de los efectos secundarios que es deseable poder predecir para evitar grandes desviaciones que no puedan ser monitoreadas y controladas a tiempo a través de indicadores de evolución y acciones correctivas.

Más allá de la idea predominante en el modelo elegido, es importante considerar que los efectos de todas las variables estarán en juego a partir de su puesta en marcha, y que sobre ellos habrá que operar de manera activa en uno u otro sentido.

Si bien existe mucha literatura sobre políticas de salud que puntualizan sobre mecanismos de control en el cuidado de la salud, a ciencia cierta ningún mecanismo puro opera independientemente, ni tampoco existe algún acuerdo sobre la amplitud de las ventajas más allá de cierto tipo de preferencia ideológica.

El siguiente gráfico se presenta a los efectos de mostrar un intercambio dinámico de variables generalmente involucradas en la estructura de un sistema de salud, independientemente de su concepción.



*PPO: gasto de bolsillo (en inglés out of pocket)  
Usuario: en otra concepción es "beneficiario". En ambas se está hablando del "ciudadano"*

Debido a las incertidumbres en el riesgo y la asimetría de la información entre el prestador físico y el paciente los conceptos de oferta y demanda son distorsionados en la economía de la salud.

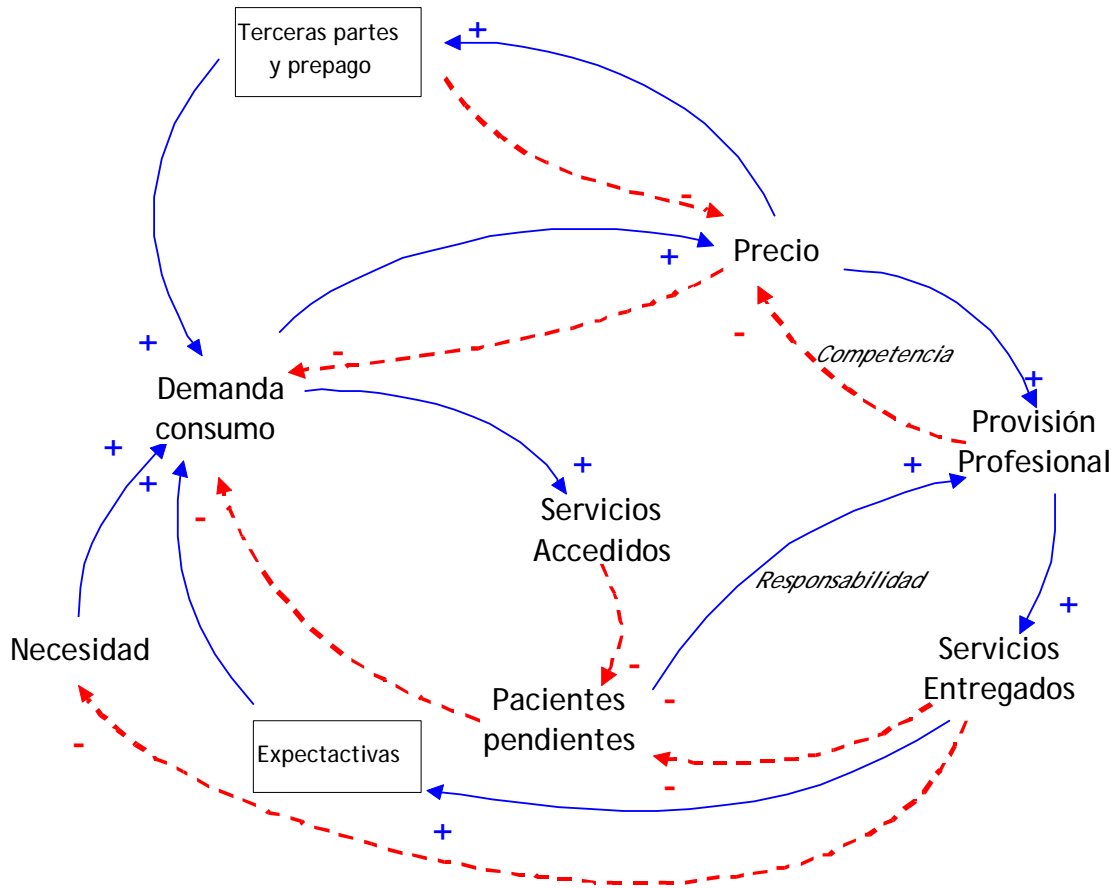
Los pagos a través de tercer pagador en el cuidado de la salud aumentan la confusión en términos de influencia de la variable e introducen complejidades adicionales de selección adversa y abuso. Esto puede conducir a un aumento en los costos ya que el consumidor es relativamente indiferente al gasto ocasionado y suele no estar informado

Algunos servicios de salud tienen un alto nivel de demanda (por ejemplo cirugía) y otros servicios, con criterios discrecionalmente beneficiosos, pueden expandirse a expensas de otros no tan redituables (selección adversa).

También existe manipulación de los mercados en cuanto a esperanzas y creación de demanda sin necesidad, en particular para nuevas drogas y procedimientos terapéuticos o diagnósticos.

El gráfico siguiente muestra algunas de las interacciones que podemos encontrar al profundizar el análisis del sistema de prestaciones médicas.

Al encarar un rediseño hacia un sistema de acceso universal, habrá de tenerse en cuenta la segura modificación de variables, como el aumento de prestaciones, costos, requerimientos y nuevos perfiles del recurso humano, entre otros.

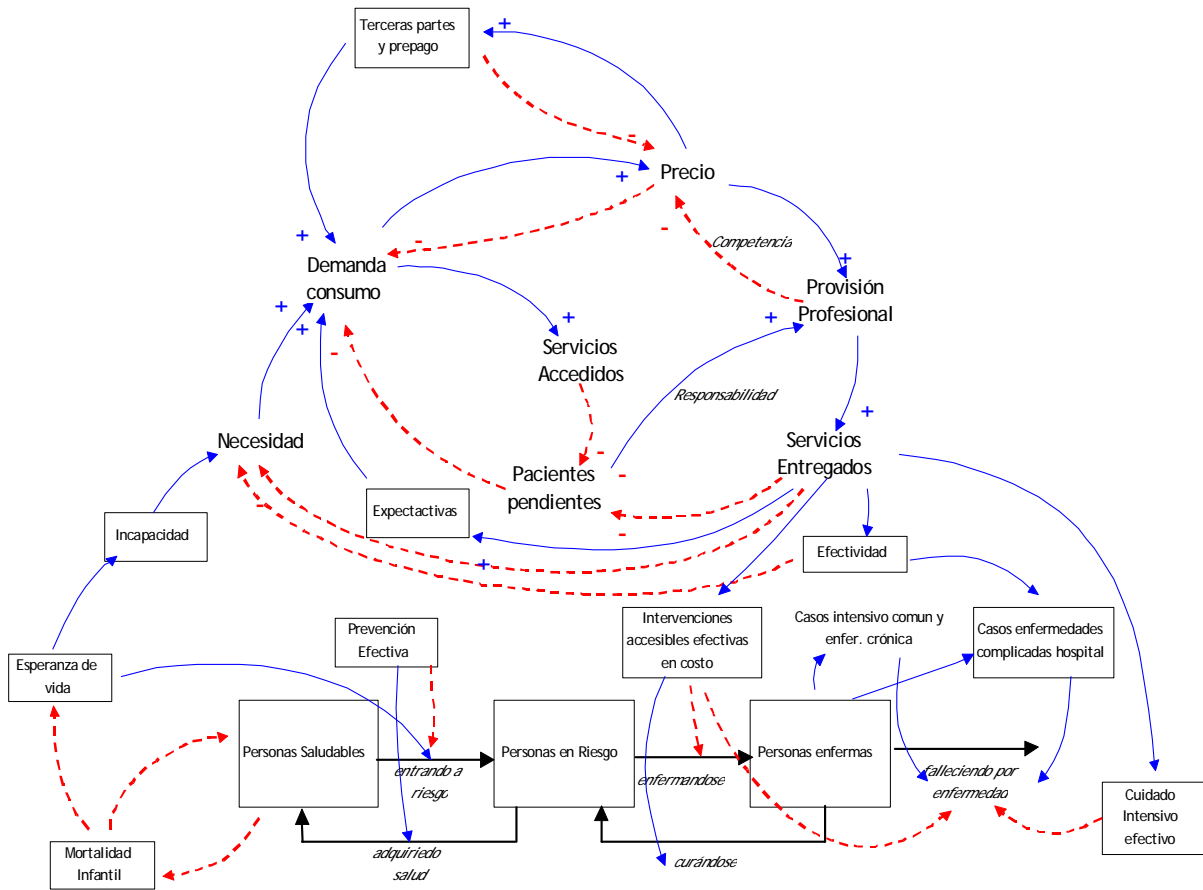


En el próximo diagrama se muestra la cadena salud-riesgo-enfermedad, las intervenciones en diferentes partes de la misma y el impacto en la efectividad de la cura o prevención de la enfermedad. Además se vincula la mortalidad infantil y la esperanza de vida en un modelo de crecimiento vegetativo poblacional, que genera más personas en riesgo, y por lo tanto, requiere más personal para el cuidado de la salud.

La intención es meramente ilustrativa, y pretende brindar una mirada sobre las áreas que se nos irían expandiendo a medida que intentáramos abordar la totalidad de un sistema tan complejo.

Más adelante, se aportan elementos tradicionales necesarios en el abordaje de estas temáticas.

También han de considerarse: el impacto del cambio tecnológico y la influencia de la mala distribución de costos y calidad. Pueden agregarse mecanismos y efectos de asimetría de información, regulación e intervenciones del gobierno para reducir las desigualdades, etc.

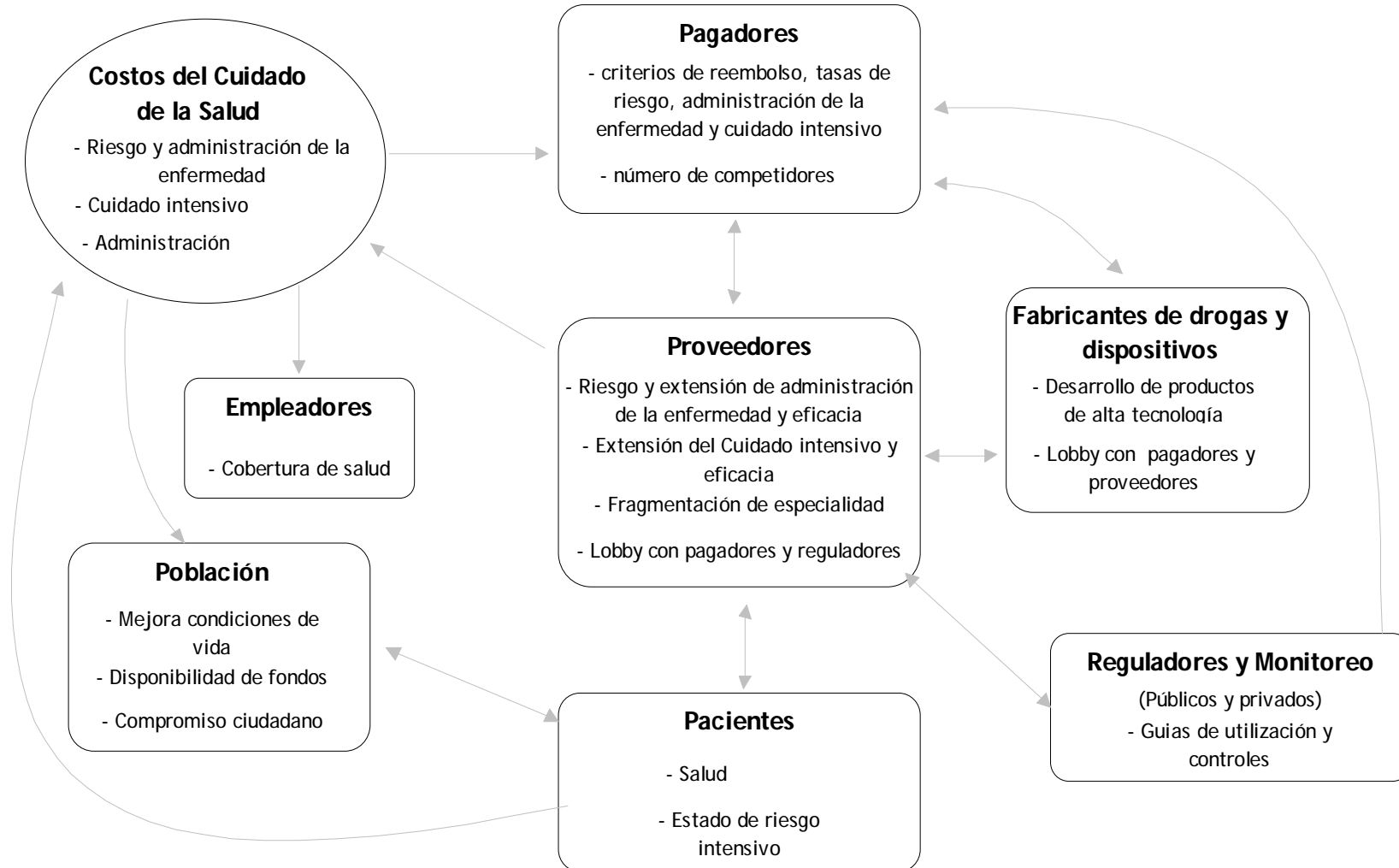


En el proceso de diseño, el grado de complejidad del análisis se va incrementando así como el tipo de variables que interesen analizar en cada instancia

Dada la evidente dificultad para atender las complejas interrelaciones planteadas entre los componentes y las instituciones de la salud, no cabe duda tampoco de las resistencias a las políticas que puedan surgir.

En síntesis, y con una compleja interrelación entre ellos, están involucrados:

- a) Población (destinatarios del servicio de salud),**
- b) Proveedores de servicios (o prestadores),**
- c) Intermediarios, pagadores, reguladores**



Los roles de cada uno:

<b>LA POBLACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Beneficiario</b> del sistema (o usuarios en algunas concepciones)</li><li>• <b>Contribuyente</b> a su financiación de manera directa e indirecta</li></ul>
<b>PRESTADOR</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Personas físicas</b> (profesionales independientes)</li><li>• <b>Personas jurídicas</b> (Instituciones)</li></ul>
<b>FINANCIADOR</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Estatal</b></li><li>• <b>Privado</b></li></ul>

Estos actores pueden asumir responsabilidades diferenciadas, ya que los proveedores son remunerados por los servicios brindados y sus roles estarán determinados por los niveles de riesgo que asuman en la protección de la salud de la población de acuerdo al modelo de pago y contratación.

### ***Modelos de pago***

Cada modelo de remuneración involucra conductas diferentes. En algunos casos el proveedor es responsable por el servicio y en otros por el paciente.

Es decir que los diferentes modelos de pago a los proveedores constituyen diferentes formas de compartir los riesgos, que involucran mantener la salud de la población.

### **Mecanismos de intermediación y la figura del tercer pagador**

La intermediación puede estar definida tanto en la **compra o financiación** de los servicios, lo cual significa que hay una relación de agencia, lo que comúnmente denominamos “un tercer pagador”, que se hace responsable por financiar los servicios que los proveedores prestan a la población.

La intermediación también puede consistir en **la regulación**, que consiste en establecer límites y pautas a la prestación de servicios y la remuneración por los mismos. Las funciones de regulación generalmente las asume el Estado aunque existen mecanismos de autorregulación por parte de las cámaras o asociaciones que congregan a los prestadores.

### ***Identificación de subsistemas***

Otro paso en el análisis para el diseño de un sistema de salud, consiste en identificar los subsistemas que los componen. Cada vez que se establece un circuito de provisión-financiación de servicios, se puede identificar un sistema de salud. Desde la óptica de un país esos sistemas constituyen subsistemas.

De acuerdo con las características del país esos subsistemas son variaciones o componentes de:

1. Actores similares asumiendo roles similares pero en diferentes lugares (subsistemas regionales y/o subsistemas locales).
2. Diferentes actores asumiendo roles diferentes, como cuando funcionan simultáneamente subsistemas públicos (donde la financiación y/o la provisión son responsabilidad del Estado), subsistemas privados (donde la provisión de servicios se establecen de acuerdo a la lógica del mercado), y subsistemas de seguros sociales (donde una entidad intermediaria recibe financiación del Estado para comprar o proveer directamente servicios de salud a la población).
3. La combinación de las dos alternativas anteriores configurando subsistemas regionales o locales mixtos.

### **Componentes clásicos de un sistema de salud**

#### ***Modelo de gestión***

El abordaje del modelo de gestión consiste en la definición de las prioridades políticas de los responsables del diseño, cuáles son las decisiones a ser tomadas desde la conducción. En el análisis de los sistemas de salud a nivel nacional se pueden distinguir dos cuestiones centrales del modelo de gestión:

- a) los valores que guían al sistema,
- b) el rol del Estado en el modelo de salud.

a) Cada sistema de salud privilegia determinados aspectos sobre otros, por ejemplo, unos se preocupan más con la universalidad de la cobertura, otros privilegian la efectividad de las acciones (su impacto sobre la calidad de vida de los ciudadanos), otros el cuidado sobre los recursos financieros, etc.

b) Cada sistema de salud involucra formas de participación del Estado en la resolución de los problemas inherentes a la población. Esta participación puede variar en cantidad y calidad.

Las funciones del Estado en salud se pueden encuadrar en cuatro categorías:

- I. Informar a la población,
- II. Proveer directamente servicios a la población,
- III. Financiar servicios de salud,
- IV. Regular el mercado de salud.

Desde esta óptica, la dimensión política del sistema de salud consiste en definir qué tipo de informaciones debería ser suministradas a la población, qué servicios debería proveer

directamente el Estado, cuales y cómo debería comprar al sector privado y por último, cómo se deberían regular las empresas de salud.

En el amplio marco de estas posibilidades, discurren las concepciones político-ideológicas sobre el diseño de un sistema de salud para una sociedad dada.

De ahí la importancia que otorgamos a los principios y valores con que basamos nuestra propuesta, cuáles son las principales decisiones que tomaremos relacionadas con la conducción del sistema, quién las tomará y cómo se tomarán.

### ***Modelo de Financiación***

La decisión respecto al modelo de financiación involucra cuestiones tales como:

- I. ¿Cuál es el gasto que creemos debe la administración invertir en salud, de acuerdo a la política planteada?
- II. ¿Cómo se generan esos recursos?
- III. ¿Con qué patrón de políticas asignaremos esos recursos?

I. Este punto es el que a nivel mundial genera más controversia y ha sido profusamente estudiado. Han sido identificadas una serie de variables en busca de respuestas. Las variables se relacionan con los diferentes niveles de salud de la población, los modelos de sistemas de salud y el estado de la economía.

II. Los cambios en la economía y, en especial, en las bases tributarias de los países llevan a la redefinición permanente de las fuentes de recursos para financiar las acciones de salud. Hasta hace unos pocos años la tendencia más acentuada en la definición de cuales deberían ser las fuentes de financiación de los sistemas de salud de los países consistía en la incorporación de contribuciones sociales basadas en el trabajo. En otros términos, la mayoría de los países expandió y consolidó sus sistemas de salud en base a un impuesto al trabajo. Hoy la tendencia es hacia el abandono de esa vinculación de la financiación de la salud con el trabajo y su reemplazo por fuentes contracíclicas.

III. La problemática de la asignación de los recursos es también muy amplia y particular en cada país. La misma se puede definir a través de las siguientes cuestiones relacionadas:

- ¿Cómo transferir recursos desde los niveles centrales hacia los locales del sistema?
- ¿Qué instrumentos o modelos de pago emplear para la compra de servicios?

### ***Modelo de atención***

Este aspecto involucra aspectos estrictamente médico-sanitarios, que podrán implementarse en mejor o peor medida en base a las dos definiciones anteriormente descritas y a la adecuada articulación con las áreas ministeriales de incumbencia.

Por ser la dimensión técnica más específica del sector, establece los criterios acerca de cómo se organiza y divide el trabajo médico. Las cuestiones que involucra son aquellas vinculadas con:

- I. El tipo de acciones, prestaciones y servicios que se deben brindar
- II. Los criterios de inclusión al sistema
- III. Requerimientos de recursos materiales

- IV- Requerimientos en recursos humanos y estrategia para su formación y capacitación
- III. Los prestadores, sus perfiles, las condiciones y criterios a ser tenidos en cuenta
- IV. Lugares y logísticas para distribuir la oferta de servicios
- V- Criterios de referencia y contrarreferencia

### **Clasificaciones de los Sistemas de Salud**

Al momento del diseño del sistema de salud, deberán tenerse en cuenta las realidades históricas y actuales, y basar los primeros abordajes sin dejar de analizar los sistemas de clasificación establecidos, tan sólo como base de referencia para el ejercicio intelectual de construcción del modelo más apropiado a las condiciones imperantes y a los objetivos deseados.

Los tipos ideales implican una simplificación de la realidad, de modo que en la práctica puede no existir ningún caso concreto que se corresponda con ellos. Son tenidos en cuenta a efectos de modelizar situaciones sociales complejas, siendo herramientas útiles para describir y analizar estos sistemas.

Definido el tipo ideal, el análisis de los sistemas consiste básicamente en identificar en dónde y en cuánto el caso en estudio se aleja de éste. Ningún país tiene un modelo puro, único, pero en general, se observa un predominio de una forma de organización y financiación de salud que resulta conductora.

En principio, existen múltiples criterios para clasificar los sistemas de salud. Tomaremos primero, los tipos ideales que se encuentran descriptos

### **De acuerdo a su modelo de gestión**

#### **Modelo universalista**

Este modelo se caracteriza por tener financiación pública con recursos procedentes de impuestos y acceso universal a los servicios que son suministrados por proveedores públicos. Los trabajadores profesionales y no profesionales dependen del Estado, que tiene una gran responsabilidad en la conducción y gestión del sistema.

Con frecuencia en su financiación existen otras fuentes además de los impuestos, como el pago directo de los usuarios y otros aportes, y lo mismo sucede en su organización y gestión, que está tomando formas más participativas y comunitarias. No obstante, siguen siendo básicamente estatales en su financiación, organización y gestión. En comparación con los otros este modelo privilegia la función del Estado como proveedor.

#### **Modelo del seguro social**

El concepto de seguro social implica un seguro del cual los participantes no se pueden sustraer es decir donde la participación es compulsiva. Este modelo destaca las características básicas del sistema desarrollado en Alemania, y se caracteriza por un menor protagonismo estatal, una gestión mucho más descentralizada y una organización basada más en la regulación que en la planificación.

La financiación es por aportes y contribuciones de los empresarios y de los trabajadores. Estos aportes son por lo general obligatorios y los administran los propios interesados. La gestión de los recursos y la organización de los servicios la efectúan entidades intermedias no gubernamentales que contratan servicios con proveedores privados o

públicos. Por definición, sólo cubren a los aportantes y su grupo familiar aunque en los últimos años han tendido a universalizar su cobertura. Todas las Obras Sociales de la Argentina son exponentes de este modelo. En comparación con los otros modelos este privilegia la función del Estado como financiador y regulador.

### **Modelo de Seguros Privados**

En este modelo hay ausencia del sector público tanto en las funciones de financiador como de prestador. Tiene una organización típicamente fragmentada, descentralizada y con escasa regulación pública, si bien esta tendencia se está revirtiendo. La situación real más aproximada a este modelo es la de los Estados Unidos, donde hay más de 1.500 seguros privados, lo que revela la característica organizacional de la fragmentación. En comparación con los otros modelos, el modelo de seguros privados limita la acción del Estado a una escasa regulación

### **Modelo asistencialista**

La concepción liberal clásica plantea a la salud como cuestión individual. A partir de ella no corresponde al Estado asumir funciones relativas ni a la prestación, ni al financiamiento ni a la regulación sectorial. De forma inversa que en el modelo universalista, desde esta óptica la salud no es un derecho del pueblo sino una obligación de los ciudadanos.

El denominado “Estado Mínimo” sólo se ocuparía de brindar asistencia a aquellas personas incapaces de asumir la responsabilidad individual de cuidar de su salud. Las acciones estarían, entonces, totalmente focalizadas hacia los grupos más vulnerables y carenciados. A su vez, por definición, las acciones de salud serían limitadas en su variedad y cantidad, puesto que, de lo contrario, el simple acto de su provisión por parte del Estado podría constituir un incentivo para que las personas no se hagan responsables por su propia salud.

El cuadro 1 describe las combinaciones de financiamiento que se articulan en los cinco modelos de sistema. El cuadro sólo presenta uno de los aspectos de los sistemas y no alcanza para tener un diagnóstico global de sus ventajas y desventajas. Por este motivo, es importante analizar el sistema a elegir en base a sus propósitos centrales orientadores.

**Cuadro1: Modelos de financiamiento de los sistemas de salud**

Sector de la población	Modelo Asistencialista	Modelo del Seguro Social	Modelo Universalista	Modelo del Seguro Privado	Modelo Mixto
Carenciados y desempleados	Recursos fiscales y donaciones	Sin recursos definidos	Recursos fiscales y contribuciones sociales	Sin recursos definidos	Recursos fiscales
Trabajadores formales y clase media	Pago directo por los servicios	Contribuciones sociales basadas en los salarios	Recursos fiscales y contribuciones sociales	Pago directo de las primas	Contribuciones sociales basadas en los salarios
Grupos de altos ingresos	Pago directo por los servicios	Pago directo por los servicios	Recursos fiscales y contribuciones sociales	Pago directo de las primas	Pago directo por los servicios y/o primas.

(Fuente: Federico Tobar)

### ***Según los modelos de financiación.***

Robert Evans formuló un modelo empírico para clasificación de los sistemas de salud que puede ser utilizado para identificar los subsistemas y para describir luego los sistemas de salud completos. Define a los sistemas de salud por medio de subsistemas de financiación, pago y regulación.

Los subsistemas de financiación se dividen en aquellos con fuente de financiamiento pública u obligatoria y aquellos con financiamiento privado o voluntario. Los subsistemas relativos al pago por servicios adquieren cuatro formas distintas:

- a) desembolso directo de las personas sin seguro,
- b) desembolso directo con reintegro por seguro,
- c) pago indirecto por parte de terceros mediante contratos,
- d) indirecto por parte de terceros bajo presupuesto o salario dentro de organizaciones con integración vertical.

De la combinación de las dos fuentes de financiamiento con cada uno de los cuatro modelos de pago a prestadores surgirían ocho combinaciones de financiación y pago. De las cuales son considerables sólo siete ya que la de “pago obligatorio con desembolso directo sin seguro” no es aplicable. Por lo tanto, los modelos posibles a considerar serían:

- 1. Modelo voluntario, de desembolso directo***
- 2. Modelo voluntario de reintegro (a pacientes)***
- 3. Modelo público de reintegro (a pacientes)***
- 4. Modelo de contrato voluntario***
- 5. Modelo de contrato público***
- 6. Modelo de integración vertical voluntario***
- 7. Modelo de integración vertical público.***

Esta clasificación permite un análisis de los flujos de recursos y servicios y, resulta adecuado para evaluar los posibles impactos de la reforma sobre los niveles de gasto y prestaciones.

Una segunda ventaja planteada sería la facilitación para descifrar un sistema nacional complejo de acuerdo al análisis de los flujos de recursos.

La posibilidad de análisis de los sistemas nacionales desde el estudio de sus subsistemas se apoya en la identificación de dos de las tres preguntas centrales de los modelos de financiación de sistemas de salud:

- Ø ¿de dónde provienen los recursos? (las fuentes de ingresos del sistema)... y
- Ø ¿cómo son asignados?(los instrumentos o modelos de pago con que se remunera a los proveedores de servicios)

### **Flujos de recursos financieros vinculados a los servicios de salud**

Hay dos distinciones necesarias para discriminar los flujos de recursos financieros vinculados a los servicios de salud.

- Ø Los flujos entrantes o fuentes de ingresos que financian el sistema.
- Ø Los flujos salientes o modelos de pago a proveedores de servicios de salud.

Dentro de los sistemas obligatorios los ingresos se dividen en:

- Ø aquellos que están financiados por contribuciones deducidas del salario y son administrados por instituciones del seguro social cuasi-autónomas; y
- Ø aquellos financiados por impuestos generales y que son administrados por los organismos de financiamiento del gobierno local o central.

**Los ingresos**, dentro de los sistemas voluntarios, son desembolsos de las personas, y pueden ser:

- Ø Prepagos - compra de servicios de aseguramiento, primas que el usuario paga para recibir una protección frente al riesgo de enfermar
- Ø Postpagos - compra de servicios médicos que el usuario paga al prestador una vez que ya se enfermó y fue atendido.

**Las formas de pago** se pueden clasificar según a quién se esté remunerando. En principio se podría distinguir a

- Ø los profesionales (personas físicas)
- Ø los hospitales (personas jurídicas).

**Las formas de pago a los profesionales se dividen en:**

- I. Pago por acto médico
- II. Capitación (pagos por cada paciente registrado o afiliado por período de tiempo)
- III. Salario (pagos por cada período de tiempo)

Los métodos de pago a los hospitales se dividen en:

- I. pago por caso
- II. pago por día
- III. presupuestos globales prospectivos

**Los proveedores de atención se dividen en:**

- I. profesionales e instituciones independientes
- II. empleados e instituciones públicas  
(Esta última distinción, sin embargo, se diluye cuando se trata de médicos asalariados que retienen su autonomía profesional).

Los elementos teóricos de Evans, pueden ser tomados en cuenta para el diseño siempre atendiendo a su real dimensión. Es importante tener en cuenta la necesidad de concurrencia de otras herramientas para el entendimiento del sistema en estudio.

### **Resumiendo**

En las consideraciones a tener en cuenta en el diseño de una política de salud, se requiere un cuidadoso análisis del sector y de las características inherentes al sistema

Dada la gran dificultad para abarcar las complejas interrelaciones planteadas entre los componentes y las instituciones de la salud, no cabe duda tampoco de las resistencias a las políticas que necesariamente han de surgir.

El modelo de política, de financiamiento, de organización prestacional, serán fuentes de discusión y de tensiones encontradas. Habrá metas fundamentales conflictivas que no por ello habrán de ser abandonadas

El análisis de los modelos ideales resulta ya insuficiente para diseñar con adecuada aproximación a metas y objetivos, un sistema eficiente de prestación de salud. Las herramientas de análisis dinámico de sistemas centradas en los actores y flujos de recursos y servicios que entre ellos se plantean, facilita el análisis de las reformas.

En suma, todas son herramientas que deben servir al ordenamiento de ideas, puesto al servicio de un proyecto político para el mejor diseño de una política pública fundamental para el desarrollo estratégico de una sociedad.

## Conclusiones

Nuestra fuerza política convoca a un pensamiento distinto y necesario para el cambio en el Sector Salud. El nuevo pensamiento deberá conformarse a partir de un análisis exhaustivo de los determinantes históricos del sistema de salud argentino

Ahondando en nuestra propia historia, queda expuesta la urgente necesidad de propuestas capaces de cortar el círculo perverso y la falacia de un Estado que dice ir en busca de la redignificación de las personas y en lo concreto, naturaliza irreductiblemente la distribución desigual de la salud, como otro síntoma emergente de un sistema inequitativo de distribución de la riqueza y el ingreso.

Resulta así que las políticas aplicadas en las dos últimas décadas impusieron un nuevo paradigma consistente en regímenes focales de beneficios, destinados a atenuar o a enmascarar los efectos residuales de las políticas de los 90', momento en que se gesta al idea de proveer bienestar en modo de servicios, excluyendo a quienes no accedían a la compra de los mismos.

Las consecuencias negativas se tradujeron en el aumento de la desigualdad social y de oportunidades de acceso a la salud y a la cura de la enfermedad, y el alarmante empeoramiento de los indicadores sanitarios de la población.

Así, hoy coexisten en un claro modelo de partición social, dos políticas diferentes dentro de una única sociedad.

1. El modelo de adquisición de bienestar para grupos reducidos que acceden con más o menos dificultad a la compra de servicios de salud no regulados, conceptualizados como bien económico y
2. Una política que ofrece accesibilidad a ciertos servicios esenciales para aquellos ciudadanos que representan el emergente de los efectos residuales del régimen aplicado, que por otra parte, sigue siendo el mismo y que no tiene miras de ser cambiado

Con el agravante de que en este contexto, los seguros focalizados de salud se constituyeron en mecanismos encubiertos de subsidio al sector privado, a través de fondos públicos y endeudamiento internacional

La persistencia de miradas asistencialistas y políticas focalizadas con ausencia de políticas activas y de mediano plazo como vehículo de inclusión social, sigue siendo uno de los principales obstáculos para avanzar hacia el final de la exclusión, perpetuando el mismo orden social establecido y manteniendo el esquema de subordinación social de los más desprotegidos.

Los planes focalizados no recategorizan el lugar de las personas en la sociedad. Más bien lo consolidan irreductiblemente.

Esta realidad aparece inmersa en un proceso creciente de pérdida de valores republicanos, bajos niveles de compromiso ciudadano y débil control del sistema por parte de la sociedad, en una caída libre hacia un régimen de democracia delegativa, inexistencia del accountability y un casi permanente estado de excepción.

Son todos aspectos que resultan relevantes al momento de analizar el marco desde dónde pensar la reestructuración de las políticas públicas. No es fácil, pero sí posible

una nueva mirada hacia el porvenir que nos permita accionar en conjunto. No debemos hundirnos, tal como hasta ahora, en un escenario de enfermedades evitables, por falta de solidaridad social y raciocinio.

La accesibilidad y la igualdad de trato médico y sanitario, deberá quedar claramente garantizada por encima de planteos economicistas e históricos sectoriales, todos ellos potencialmente vulnerables frente a una revisión exhaustiva por parte de una sociedad debidamente informada.

Para ello, el pensamiento creativo ha girar hacia la concepción de políticas universales. Cada actor deberá habilitar un cambio de posiciones e ideas acerca del mejor modo de establecer el sistema, de modo que quede privilegiado, en un marco de libertad, el derecho a la salud, sin trasladar nuestra propia responsabilidad generacional a las venideras.

Nuestro espíritu refundacional, queda sustentado en la idea de una democracia con base en la razón moral y los derechos humanos universales por encima de las fuerzas matemáticas de las mayorías numéricas. Los sujetos, la condición humana, la opción por la pobreza, la verdad, la justicia y los derechos humanos son primordiales en nuestra concepción política y por ende, en nuestra propuesta.

En consecuencia, no será posible la presencia de razones por encima del derecho propio e inalienable de las personas a la salud, como parte indiscutible de su propia condición de sujeto. Es el principio elemental para la protección de quienes no están representados en la mayoría. Es la única concepción que nos protege de ser excluyentes en relación con quien nos deviene marcado en su diferencia: el indígena, el pobre, el diferente. Mujer, niño, anciano. El otro camino, es la barbarie. Por eso elegimos la opción por la pobreza, la verdad, la justicia y la libertad

Salud Pública siempre, y por encima de todo, es el cuidado que toda una sociedad lleva a cabo con todos y cada uno de sus integrantes en su tránsito por la vida, evitando que no se enfermen, protegiendo su bienestar, dándole condiciones dignas tanto de vida como de muerte. Por ello, para defender estas ideas primordiales, actuaremos con las mejores armas metodológicas existentes en el mundo, para garantizar estos principios.

Desde otra mirada, el sistema político económico en su conjunto deberá evitar el desarrollo distrófico de las economías provinciales, promoviendo el desarrollo social y asegurando a través de estas políticas, elementos garantes en el mediano y largo plazo de un sistema capaz de sostener en el tiempo niveles óptimos de cuidado igualitario de la salud entre provincias.

Esta responsabilidad final reside en el gobierno nacional, y obliga a la implementación de políticas universales. En el caso especial de Salud, deberán realizarse esfuerzos para revertir la estrategia de planes de salud focalizados para atender situaciones emergentes de los altos niveles de fragmentación y retraso social, que tornan hacia la permanencia de un modo de brindar servicios incompletos e ineficientes de salud a las personas de menores recursos, sin generar igualdad de posibilidades de acceso a la real mejora de su condición socio económica.

Desde una perspectiva técnico-sanitaria, y en la base de un sistema universal garantizado por el Estado Nacional, la determinación del modo de financiamiento debe

darse a partir de la definición de un modelo adecuado, a partir de lineamientos institucionales en el marco constitucional de un país federal.

Los altos niveles de fragmentación e ineficiencia sectorial, que se suman a la ausencia de los principios solidarios que nunca debieron haber sido abandonados, sumados al cúmulo de intereses sectoriales puestos en juego, han logrado traducirse en objetivos poco específicos, rápidamente diluidos en instrumentos generales con baja calidad de instrumentación y dilaciones en la implementación.

Por consiguiente, sabemos la responsabilidad que entraña poder entrar en el proceso de reforma con criterios consensuados previamente, tanto hacia el interior de la fuerza política como en el marco de participación de una sociedad informada.

Es necesario y oportuno introducir el debate acerca de la organización adecuada y efectiva en términos que garanticen inclusión y equidad, los mejores caminos para la creación de fondos de asignación específica para cumplimentar los objetivos, y el diseño de políticas hoy ausentes, que son soporte imprescindible para garantizar salud a la sociedad.

Por último, el análisis del sector salud requiere de consideraciones específicas que lo distinguen de otros sectores y requieren de cuidados especiales.

El objeto es definir correctamente la situación general de salud de la población, la situación específica del sistema de servicios y la situación de las políticas en particular.

Tener en cuenta estas categorías de análisis evita que conceptos particulares sean considerados como primordiales en el abordaje del conflicto, conformando conceptos reduccionistas que distorsionan el diagnóstico preciso y equivocan, por ende, el punto de partida y el abordaje de los ejes principales.

Otra herramienta principal es la consideración permanente de los tres componentes de cada sistema: el modelo de gestión, el modelo de atención y el modelo de financiación.

Otro aspecto a tener en cuenta es que la presencia de una inmensa cantidad de normas jurídicas parciales, en algunos casos correctivas de otras previas, nos muestran el grado de convulsión interna generado hacia el interior del sistema de Salud en la Argentina, y refuerza la visión de que sólo el correcto diseño de la política a aplicar y la participación de una sociedad informada, lograrán generar un marco jurídico claro que contenga el desarrollo organizativo de un sistema eficiente de prestación de salud.

Hacer hincapié en esto es fundamental, ya que las reformas transitadas han tenido como objetivo prioritario la contención del gasto, sin importar el objetivo primordial, ni la mirada imprescindible sobre el modelo de gestión y atención médica.

Desde esta óptica es posible considerar un sistema de políticas nacionales universales en salud con un núcleo de organización provincial y con mecanismos de diseño, financiamiento, gestión y control, que faciliten el mejor funcionamiento.

Concientes de que no hay libertad sin ley, garantizaremos el diseño del Sistema de Salud a través de una Ley Federal marco que, respetando las autonomías provinciales, garantice el derecho a la salud en condiciones de igualdad y libertad para todos los habitantes de nuestro territorio.

## **Autores y fuentes consultados**

Banco Mundial  
Belmartino Susana  
Carrió Elisa  
CEDES  
CIEEP  
CIPPEC  
Esping-Anderson G  
Galende Emiliano  
Iriart Celia  
Lopreite, Deborah  
Lo Vuolo Ruben  
Maceira Daniel  
Ministerio de Salud de la Nación  
O'Donnell Mario  
WHO y OPS  
Poder Legislativo-Información Parlamentaria  
Tobar Federico  
Tommasi Mariano