



Centro de Estudios de Estado y Sociedad

SEMINARIO VI – NOVIEMBRE 2007

Jorge Jañez¹

Gustavo Mammoni²

**Actores y Agenda en el Sistema de Salud Argentino.
Prestadores de Salud³**

Con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud

¹ Presidente de la COMRA (Confederación Médica de la República Argentina).

² Presidente de CONFELISA (Confederación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina).

³ El trabajo resume la presentación realizada por los autores en el Ciclo de Seminarios de Salud y Política Pública organizado por el CEDES, realizado el día 15 de noviembre de 2007.

PRESTADORES DE SALUD

Jorge Jañez

En primer lugar, la intención es hacer un poco de historia para quienes no conocen como se fue desarrollando el sistema de salud en el país. Para ello, se presentarán distintos períodos en los cuales se divide la historia del desarrollo del sistema de salud en la Argentina.

Período 1946-1971

En el año 1948 es creada la Organización Mundial de la Salud (OMS), con la intervención de los gobiernos en el área de salud, a fines de gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial.

En ese período también se origina el Ministerio de Salud y se produce la creación de los hospitales públicos, y, dentro de lo que intentó llamarse el sector privado, las obras sociales sindicales, que en parte fueron las que transformaron la prestación y el trabajo médico en el país.

Período 1971-1972

Entre el año 1971 y 1972 es creado el INOS (Instituto Nacional de Obras Sociales), a partir de la Ley 18.610, llamada Ley de Obras Sociales que resultó muy interesante para el sector por la obligatoriedad del aporte, la consolidación de las obras sociales como entes financiadores, la aparición de las prepagas comerciales, la descentralización hospitalaria y la creación del Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), conocido como PAMI, que revolucionaron el esquema prestacional que tenían los médicos hasta ese momento. De modo que a partir de lo señalado, cambiaron las estrategias, que pasaron a tener cierto tipo de creatividad en cuanto al manejo de esos recursos. En aquel momento, eran suficientes que los monopolios o los oligopolios tuvieran la posibilidad de ser los contratantes de un sector financiador, que podía darse el lujo de pagar adecuadamente las prestaciones médicas, puesto que el INOS regulaba bien el valor de las prestaciones y era imposible apartarse de esa regulación. En el marco de un sistema regulado como el presentado, los médicos aprendieron a “escaparse” gracias al planteo del instituto de jubilados y pensionados que les otorgó el sistema capitado, por medio del cual las organizaciones médicas comenzaron a plasmar una metodología de trabajo de la cual probablemente hoy muchos de los dirigentes médicos están en parte arrepentidos.

Período 1973-1976

Durante este período es sancionada la Ley 20748/74, que da origen al Sistema Nacional Integrado de Salud, permitiendo así la integración y coordinación de las políticas de salud.

Probablemente ésta sea, desde el punto de vista personal, el último intento de realizar una política de salud seria, con una mística, con una idea de definir qué era lo que se podía hacer en salud en este país. La mística del residente que salía de su residencia, entraba a un hospital y continuaba con el mismo régimen de trabajo, con una dedicación exclusiva y la posibilidad de seguir formándose, en virtud de la educación médica continua, a la vez que tenía la posibilidad de vivir relativamente bien con un sueldo interesante, en las 5 provincias en las que se impuso. Esta política funcionó, en tanto y en cuanto esas provincias tuvieron recursos para sostener el sistema. Sin embargo, cuando esos recursos se fueron agotando, desapareció y, lamentablemente, la ley fue derogada en el año 1976.

Período 1977-1983

Durante el período que transcurre de 1977 a 1983 se introduce el arancelamiento hospitalario, paralelamente a lo cual aumenta el gasto en tecnología médica y disminuye el presupuesto

destinado a la atención primaria y a la prevención. Asimismo, en esos años proliferan los médicos especialistas.

Período 1984-1989

Entre los años 1984 y 1989 se sancionan las Leyes 23.660 y 23.661, que dan origen al Seguro Nacional de Salud. Adicionalmente, se produce una crisis del sector prestador privado y una sobrecarga del sector público.

Periodo 1990-2002

Por último, el período 1990-2002 representa el momento más triste de la atención médica vivido en los últimos tiempos. Se produce la desregulación del Estado, empiezan los hospitales de autogestión, que en realidad nunca fueron de autogestión, puesto que de hecho se planteó como una política, se creía que el financiamiento desde los hospitales de autogestión iba a ser interesante pero no ello no ocurrió debido a que nunca se asignaron debidamente los recursos.

Asimismo, se permite la libre elección de obras sociales, que beneficia a los sistemas prepagos comerciales, exclusivamente, porque concretamente a las obras sociales sindicales, que son quienes actualmente tienen la realidad de haber sido descremadas, les fue muy mal. La gente de mayores aportes, mediante un sistema de enroques, pasó a obras sociales que prestaron su nombre a entidades de la medicina prepaga, que con el aporte del trabajador más una cuota, comenzaron a asistir a esta gente que se iba yendo y fue desregulado.

Paralelamente, el Decreto 9/93 establece la prohibición a las obras sociales de contratar con las instituciones médicas, fundamentalmente, con aquellas organizaciones que manejaban matrícula, como eran los colegios médicos, etc. En el caso de la COMRA, no se prohibió taxativamente, porque no maneja matrícula, pero fue necesario hacer algún tipo de arreglo en los estatutos para poder continuar trabajando.

Dejando de lado los períodos, a continuación se presenta información relativa al gasto, a las fuentes de financiamiento y al modo en que se gasta en salud en Argentina, para el año 2002. Con respecto al gasto en salud, si bien el mismo actualmente ha variado, no se ha modificado demasiado. La tabla muestra que el 43% del gasto es privado, mientras que un 34% corresponde a obras sociales y un 22% al sector público.

En relación al financiamiento, el 33% corresponde a aportes y contribuciones de las obras sociales, seguido por un 32% de pago directo de bolsillo, siendo el pago directo del bolsillo de la gente un tema serio, que preocupa de sobremanera el alto porcentaje. Luego, un 22% del financiamiento proviene de rentas generales y un 11% es individual, correspondiente a prepagos.

Gasto en Salud	
▶ Sector Publico:	(22%)
▶ Obras Sociales:	(34%)
▶ Privado:	(43%)
Fuente: Tobar F. y Col. 2002	

Financiamiento	
▶ Rentas Generales	(22%)
▶ Seguridad Social	(33%)
- Aportes Y Contribuciones	
▶ Prepagos	(11%)
- Individual	
▶ Directo	(32%)
- Bolsillo	
Fuente: Tobar F. y Col. 2002	

En cuanto a los mercados prestadores, se gasta en servicios médicos, en servicios sanatoriales y en medicamentos.

De acuerdo a estudios publicados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), es posible señalar que el recurso humano dentro de los servicios prestadores, es de alrededor de 140.000 médicos, ello implica que en el país hay 4 médicos por cada 1000 habitantes. Por su

parte, el 80% de los médicos son especialistas, de los cuales el 70% está en las capitales. Adicionalmente, la comunidad profesional crece 5 veces más rápido que la población.

Por otro lado, las tablas que se presentan a continuación incluyen la evolución de los egresados del total de universidades por carreras seleccionadas, entre 1998 y el 2002. De acuerdo a las mismas, en la cantidad de egresados de la facultad de medicina se produjo un crecimiento del 13,4% entre esos cuatro años. Pasando a analizar de acuerdo al tipo de universidad, se observa que si bien en el caso de las facultades privadas también se ha incrementado el número de egresados, el número no es significativo, puesto que aún las universidades públicas son aquellas que llevan la mayoría, ya que representan más del 91% de los egresados en medicina para el año 2002.

Evolución de los egresados total de universidades, carreras seleccionadas. 1998-2002

Carrera	1998	2002	Variación %
Bioquímica	672	727	8,2
Enfermería*	553	719	30,0
Farmacia	767	694	-9,5
Fonoaudiología	183	301	64,5
Kinesiología	434	755	74,0
Medicina	4.563	5.175	13,4
Nutrición	224	581	159,4
Obstetricia	110	256	132,7
Odontología	1.273	1.669	31,1
Psicología	1.985	3.321	67,3
Veterinaria	716	777	8,5
Total	11.480	14.975	30,4

Fuente: Abramzon, Mónica, OPS 2005

Evolución de los egresados por tipo de universidad, carreras seleccionadas. 1998-2002

Carrera	1998			2002		
	Públicas	Privadas	Total	Públicas	Privadas	Total
Bioquímica	627	45	672	668	59	727
Enfermería*	553	0	553	664	55	719
Farmacia	566	201	767	524	170	694
Fonoaudiología	118	65	183	228	73	301
Kinesiología	393	41	434	710	45	755
Medicina	4.344	219	4.563	4.724	451	5.175
Nutrición	218	6	224	458	123	581
Obstetricia	110	0	110	225	31	256
Odontología	1.217	56	1.273	1.601	68	1.669
Psicología	1.333	652	1.985	2.314	1.007	3.321
Veterinaria	692	24	716	692	85	777
Total	10.171	1.309	11.480	12.808	2.167	14.975

Fuente: Abramzon, Mónica, OPS 2005

En el año 2001, la dotación de profesionales en medicina llegaba a una cifra de 121.000 médicos, representando aproximadamente el 40% de todos los profesionales de la salud del país. Adicionalmente, en ese mismo año casi el 90% de los profesionales se encontraban activos. Es importante señalar que los médicos no se jubilan a los 65 años, como el común de la gente. Los médicos siguen trabajando mientras pueden hacerlo porque las condiciones de vida uno las obtiene trabajando y no hay forma de jubilarse con un ingreso similar al que uno tenía a los 65 años.

Argentina: Dotación de profesionales por categorías seleccionadas. 2001

Carrera	Absoluto	%
Bioquímica	19.774	6,5
Enfermería	12.614	4,2
Farmacia	21.177	7,0
Fonoaudiología	7.924	2,6
Kinesiología	11.908	3,9
Medicina	121.076	39,9
Nutrición	4.654	1,5
Obstetricia	3.986	1,3
Odontología	35.944	11,9
Psicología	46.931	15,4
Veterinaria	17.103	5,6
TOTAL	303.091	100,0

Fuente: Abramzon, Mónica, OPS 2005

Dotación total de profesionales y condición de actividad. Categorías seleccionadas. 2001

Profesionales	Total (1)	Profesionales Activos (2)	2/1 en %
Bioquímica	19.774	17.461	88,3
Enfermería	12.614	10.709	84,9
Farmacia	21.177	17.537	82,8
Fonoaudiología	7.924	6.681	84,3
Kinesiología	11.908	10.654	89,5
Medicina	121.076	108.258	89,4
Nutrición	4.654	4.189	90,0
Obstetricia	3.986	3.388	85,0
Odontología	35.944	30.533	84,9
Psicología	46.931	41.852	89,2
Veterinaria	17.103	15.895	92,9
Total	303.091	267.157	88,1

Fuente: Abramzon, Mónica, OPS 2005

Con referencia a los servicios sanatoriales, cuentan con su metodología diagnóstica y con toda la aparatología nueva a la que se hacía referencia previamente. Por su parte, el otro gran esquema, es el de los medicamentos, que se lleva gran parte en el financiamiento de la salud y fija precios. En virtud de tratarse de una entidad corporativa, a la COMRA le preocupa el tema de los profesionales. La organización está emitiendo sus opiniones en torno al tema del pregrado, puesto que se siguen abriendo facultades de medicina. Actualmente se está planteando abrir una facultad

de medicina en Salta, y los colegas salteños están preocupados por eso. Evidentemente, se están dando situaciones que son de difícil manejo, como por ejemplo, hace muy pocos años se abrieron dos nuevas facultades de medicina en Mendoza. En este caso, teniendo una facultad de excelencia, que funcionaba muy bien, se abrieron dos facultades privadas y no se sabe cómo será ser el nivel de capacitación. Adicionalmente se presenta otro inconveniente y es el referido a la carga que representan los nuevos colegas argentinos que vuelven después de haber estudiado en la Universidad Interamericana de Cuba, que hacen su acreditación en la Universidad de Rosario, que es la única que hoy las está dando, puesto que en el resto de las facultades no los quieren acreditar, porque no se corresponden las currículas, porque no hay una carga horaria ni siquiera parecida a aquella con la cual cuentan nuestras facultades de medicina y porque no se sabe realmente qué tipo de capacitación tienen.

Asimismo, en el posgrado también se presenta un problema realmente serio porque egresa sólo el 20% de los médicos que ingresan a la oferta de residencia. Otra situación que se manifiesta y que resulta mucho más grave aún, es que chicos que ganan el puesto para ingresar a una residencia, concurren unos pocos días y luego la abandonan porque se dan cuenta que con los \$800 o \$1000 que les pagan no pueden mantener a su familia, no pueden capacitarse correctamente, y evidentemente, al tener un cargo full time con dedicación excesiva, como es una residencia, se dan cuenta que no lo pueden sostener y abandonan la capacitación. Por otro lado, una vez que salen, aquellos que lograron formarse en un método como es la residencia, después van a buscar trabajo al sector privado, o semiprivado, porque el Estado no tiene la capacidad de ofrecer vacantes para que esta gente ingrese a la vida laboral. De este modo, los médicos no cuentan con educación médica continua desde nunca. Nunca si no es pagada por uno mismo, si no la pagan los propios médicos y si no lo hacen con el propio esfuerzo. La educación médica continua hay que plantearse como algo estrictamente necesario en una profesión de riesgo como es la salud, la medicina. Esto no se está llevando a cabo porque los médicos no tienen posibilidades de hacerlo.

Otro punto importante es la responsabilidad profesional. Resulta extremadamente preocupante que actualmente uno de cada 4 médicos tenga una demanda por mala praxis. Por este motivo, cada vez es más difícil de sostener y no justifica el temor de los médicos. La necesidad los lleva muchas veces a plantearse pedir mayor cantidad de estudios y derivar pacientes para no correr con los riesgos ellos mismos.

En relación a las residencias, hay cerca de 7000 cargos para todos los residentes que en este momento están en formación. Hay residencias que duran 4 años, o sea que eso está repartido en todo el país y en cuanto a la financiación, entre ellos 5326 son con financiación jurisdiccional y 1640 con financiación nacional.

Con referencia a la financiación del sistema, los subsidios pueden ser una solución temporaria. Continuar con el esquema de aportes y contribuciones no va a ser suficiente. Si las rentas generales no subsidian la prestación médica, como en este momento está subsidiando el gas-oil para los camiones, o para los colectivos o el combustible para los aviones, evidentemente la salud no va a poder seguir brindándose como debiera. Por otro lado, el copago es fundamental, como una medida no limitativa, pero evaluada caso por caso, que permita achicar costos. Todos estos planteos se dan en un sistema como el argentino, netamente fragmentado y tal vez sin políticas claras.

En cuanto a la reforma en la gestión, se plantea una mayor racionalidad a la asignación de recursos por parte de los prestadores, y sobre todo, la autonomía administrativa y financiera en cuanto a hospitales y servicios públicos. Asimismo, se propone la descentralización presupuestaria, en cuanto a cambios en la modalidad de contratación y retribución, pasando al pago por desempeño. En el caso de la provincia de La Pampa a corto plazo -a partir del 1º de enero del año próximo- se pondrá en práctica el pago por desempeño con uno de los prepagos. En La Pampa todos los médicos están afiliados al colegio médico, que es una entidad gremial y, al contar con un sistema informatizado, que está funcionando desde la época del PAMI, en el año

1978, es posible saber cómo es el desempeño de cada uno de ellos. De este modo, este elemento de prueba se empezará a aplicar con un prepago que tiene 4 mil afiliados. Se pretende que la obra social provincial colabore en esto y acceda a hacer algún tipo de prueba también.

En torno a la gestión en medicamentos, hace treinta años que desde la Confederación Médica está bregando tanto por el uso racional de medicamentos, como por la elaboración de un formulario terapéutico por los profesores titulares de las cátedras de farmacología de las universidades más importantes, aunque no es de imposición y no se tiene la capacidad de imponerlo. En este sentido, sobre las 22 mil marcas comerciales que hay en este momento en el país a la venta, el formulario cuenta con alrededor de 400 medicamentos con denominación común internacional, y alrededor de 5 o 6 mil marcas comerciales, o sea que con eso se cubriría el 97% de las patologías.

La COMRA brega por la denominación común internacional, ya que debería haber precios de referencia, para lo cual los financiadores tienen que estar de acuerdo, de modo que la industria no haga lo que hace, y para que el Estado en algún momento tome al medicamento como un bien social. De este modo la Secretaría de Industria no sería quien avale los aumentos de precios de los medicamentos, que se manejarían desde el Ministerio de Salud. En cuanto a la sustitución, la idea es que se permita a los farmacéuticos sustituir en caso que el costo de los medicamentos siga elevándose. Sobre todo, que se le brinde la posibilidad al farmacéutico de trabajar con responsabilidad, cosa que en este momento es bastante difícil de encontrar, porque quienes expenden los medicamentos no son los farmacéuticos, ya que el farmacéutico puede colaborar en su farmacia pero quien vende el medicamento es el empleado y se está haciendo ejercicio ilegal de la medicina.

Otro aspecto de interés, visto al analizar el plan de salud español, son las guías de buena práctica clínica, especialmente la variabilidad del tratamiento y los protocolos son fundamentales. El protocolo no sólo es importante como una guía para la práctica, sino que concretamente, para determinados tratamientos debería abaratar los costos, generar confiabilidad en el paciente, y sobre todo, le daría al médico la posibilidad de saber que está ejerciendo la medicina con el aval de la gran mayoría de sus colegas en cuanto a consenso. Asimismo es importante la práctica de la medicina basada en la evidencia.

Por otro lado, a continuación serán considerados tanto el diagnóstico como las propuestas del Plan Federal de Salud. En este sentido, en principio el diagnóstico elaborado por los colaboradores del Dr. Ginés González no difiere demasiado de aquellos realizados por la COMRA para el Plan Federal de Salud. El problema no se encuentra en el diagnóstico, puesto que el mismo es compartido. Existen algunas cuestiones que son de decisión política y que requieren de la colaboración de todos. Sin embargo, con los instrumentos y de la forma en que se manejan las 24 provincias no será posible tener un Plan Federal de Salud. Esto es así porque existen egoísmos, prejuicios y situaciones especiales.

El diagnóstico hace referencia a un Sistema de Salud en crisis, en el cual los problemas a modificar son:

- Cobertura desigual
- Indefinición del modelo prestacional
- Fragmentación e ineficiencia en el uso de los recursos
- Escasos recursos asignados a prevención
- Desigualdad en el acceso
- Mortalidad y morbilidad evitable
- Variabilidad en la calidad
- Falta de planificación de recursos humanos
- Falta de regulación de Tecnologías
- Inequidades entre jurisdicciones e intraprovinciales
- Bajas capacidades de rectoría
- Crisis del sector privado

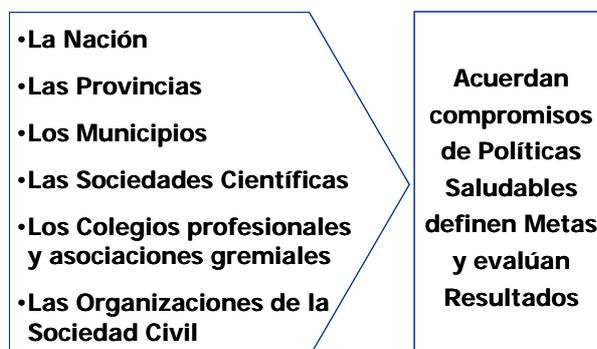
Cuando previamente se planteó que la industria de los medicamentos no negocia, esto es porque la COMRA tiene la oportunidad de negociar pero hasta un cierto punto, porque ha dejado de ser monopólica, la realidad es que en la gran mayoría de las provincias estas organizaciones no son monopólicas, tienen prestadores de alternativa, en quienes se basan los financiadores de salud para bajar los costos, y el único costo que se puede bajar es el honorario del médico puesto que el resto, como es el caso de la tecnología u otros elementos que hacen al costo general de la medicina, es imposible de bajar.

De este modo, al ver la evolución del gasto en salud de la obra social provincial de la provincia de La Pampa, se observa un incremento bastante alarmante, que se produjo debido a la instalación de 5 resonadores magnéticos en una provincia que tiene 300 mil habitantes, porque hay 4 grupos de cirugía cardiovascular, 6 tomógrafos computados y una unidad necrológica en un pueblo de 2.500 habitantes, es decir, que se presentan una serie de elementos que hacen que el costo de salud se escape sin el control de nadie. Esto ocurre porque al Estado no le interesa controlar a un privado y lo deja actuar, al estar aún con una economía de mercado en la cual se plantea desde la mentalidad de los funcionarios que el privado no genera gasto al Estado.

Desde el modelo nacional de salud, el Plan Federal, pareciera que no hay respuesta a esta situación y el COFESA, que es dónde tiene que plantearse esto, coloca a las obras sociales nacionales como uno de los financiadores de todo el resto de la salud. O sea que del subsidio que para se cuenta para el sector que atiende a quienes teóricamente tienen cobertura, que son los trabajadores, quienes tienen un trabajo, todavía ese sector va a tener que subsidiar al Estado, que es aquello que está haciendo, por otra parte, porque la gran mayoría de las provincias tienen un financiamiento a favor de lo recaudado de pacientes de obras sociales que se internan en los hospitales públicos.

En definitiva, todo esto es lo que sucede en un Estado federal, con 24 provincias, con políticas completamente disímiles.

A continuación se presentan las propuestas como expresiones de deseo:



- El sistema de Salud está organizado en Redes Regionales de gestión pública y privada con población a cargo.
- El financiamiento tiene un sistema equitativo e integrado de mancomunación de fondos de distinto origen.
- Existe un modelo de aseguramiento obligatorio en todo el sistema con cápitas ajustadas por riesgo, que otorga una cobertura universal básica a toda la población, según niveles de atención.
- El rol del Ministerio de Salud de la Nación contempla funciones de orientación estratégica, evaluación de desempeño y regulación de todos los actores.
- El COFESA es el responsable del funcionamiento del sistema, corrector y compensador de sus desequilibrios y responsable de los sucesivos acuerdos de gestión.

Gustavo Mammoni

Se expondrá la propia idea en relación al tema de la salud en forma integral, sin focalizarlo exclusivamente en el sector que se representa puesto que el mismo no puede ser analizado de forma separada. Para analizar este punto se hará referencia a distintos casos.

Se requiere la instalación de un nuevo Estado de Bienestar, que tenga en cuenta los determinantes sociales de la salud. No es posible armar un sistema sin considerar el tema de la pobreza, es necesario considerar los determinantes, para lo cual tienen que ser incorporados los excluidos de ese sistema. La única forma de traer a ese excluido y hacerlo ciudadano –puesto que hoy no es ciudadano- es tener objetivos comunes, para lo cual debe haber igualdad de oportunidades y lo único que iguala oportunidades y genera el desarrollo -y no el crecimiento como se ve actualmente- es la educación y la salud.

Adicionalmente, para ello es importante la participación ciudadana y el rol de las sociedades intermedias, articuladoras entre las necesidades del ciudadano y los gobiernos republicanos. El médico tiene que transformarse nuevamente y ser el defensor de su paciente.

Por otro lado, también es necesario cambiar el concepto de seguridad social. Se cree que seguridad social es lo previsional pero seguridad social es todo. Evidentemente, que lo previsional está quitando, de alguna forma, salarios que no se sabe cómo en el futuro van a cubrir las necesidades de la gente.

A continuación se hará referencia al índice de desarrollo humano, medición elaborada para el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Este índice está compuesto fundamentalmente por tres componentes: el ingreso per capita ajustado al poder adquisitivo y otros dos componentes, que están vinculados a calidad de vida. Ellos son expectativas de vida, que remite a salud y alfabetización, que es educación. De modo que es necesario hablar claramente de qué es desarrollo humano.

En ese sentido, se presentarán las características de un sistema de salud, del sistema de salud argentino, el cual es fragmentado, aislado y caótico y se explicará el porqué. Por otro lado, se hará referencia al financiamiento y puntualmente al escaso financiamiento que tiene el sistema de salud del país, así como también se incluirá una mención a la falta de una política de recursos humanos, con división geográfica, con una cantidad de aspectos que indudablemente han afectado este tema, que se mueve al revés, desde los actores hacia la gente en vez de moverse desde la gente hacia los actores.

El sistema de salud argentino sobrevivió con dos instrumentos: bajando la calidad y afectando la accesibilidad del mismo. No es posible tener un sistema que sobrevive bajando la calidad y buscando la falta de atención de la gente. Por este motivo, se han puesto varios componentes en la reforma, fundamentalmente basados en la lógica, que es la explicación argumentada debidamente. De manera que de esa lógica fragmentaria que posee el sistema de salud es necesario pasar a una lógica integrada e integral. Esto último implica que debe incluir todo aquello que necesita la gente, desde que nace hasta que muere en todos los niveles de atención, y por supuesto, integrado, tanto por sectores, por los actores, y fundamentalmente, desde el gobierno.

Al considerar la definición del sistema, que es un conjunto de elementos interrelacionados, es posible decir, que el sistema de salud argentino es fragmentado, aislado y caótico. El sistema se configura en la coyuntura y las propiedades de quienes los integran muchas veces son contradictorias a los objetivos o a los principios de sus integrantes. El sistema es aislado porque es autista y no se relaciona con su entorno, y caótico porque tiene una configuración impredecible, ya que no es posible saber cómo puede terminar. Sin embargo, aunque fragmentado, aislado y caótico, es un sistema.

Por otro lado, en un sistema en el cual quien recibe el servicio no elige, quien elige no paga y quien paga no recibe el servicio, donde está tan fragmentado, resulta muy difícil integrar el sistema. Por eso se aspira a que la Ley Federal de Salud integre estos subsistemas, que defina las competencias entre los estados Nacional, Provinciales y Municipales y que declare toda la actividad como de bien público. Adicionalmente, es necesario darle transparencia al sistema.

En ese sentido, otro de los problemas del sistema, la medicina prepaga maneja una lógica actuarial, mientras que todo el sistema de salud está basado en la lógica financiera. Así, se gasta de acuerdo a lo que se tiene, pero el problema es quién paga las necesidades no cubiertas. Con esta lógica se está ajustando la necesidad de la gente a la realidad financiera, que es aquello que puede recaudar la seguridad social o lo que se le asigna de rentas generales al subsector Estatal. Es por ello que se requiere asegurar los recursos suficientes dentro del sistema, hay que hacer la Ley Federal de Salud, asegurarle -como a la Ley de Educación- los recursos a las provincias para poder tener prestaciones similares, que no haya inequidades, y esta es la forma de avalar la igualdad de oportunidades.

Otro punto importante es la lógica del financiamiento de nuestro sistema, es necesario pasar de la lógica del pleno empleo a un sistema de universalización de la seguridad social. ¿Cómo es posible continuar manteniendo la lógica de financiar un sistema de salud con el pleno empleo? Cuando en el 70 se hizo obligatorio el aporte, los desempleados representaban el 3,5%. La globalización atacó fundamentalmente al salario y al empleo, no al trabajo. Como no atacó al trabajo, actualmente la cifra de desempleo es muy baja, pero el 45% de los trabajadores están en negro, lo que implica que no aportan a la seguridad social. Al analizarlo se observa que se ha incorporado una nueva categoría que es la del trabajador pobre. El 75% de los trabajadores en negro son trabajadores pobres. De cada 10 familias pobres en el país, 8 tienen un trabajador activo, entonces, ¿cómo es posible mantener un sistema de salud con este tipo de empleo y con este tipo de remuneración?

El sistema de salud actual en Argentina es discriminatorio. Si bien se habla que el sistema de salud americano discrimina, el nuestro también, porque quien no tiene empleo deja de tener cobertura de la seguridad social, por lo tanto es discriminatorio. Asimismo, el sistema de obras sociales no es solidario, desde el momento en que fueron creadas las obras sociales del personal superior, que cuenta con los mayores aportes. Hay solidaridad pero dentro de la obra social, porque la solidaridad integral no existe. Si no se aportan recursos a la seguridad social de las rentas generales, si no se incluye en la misma al que no tiene cobertura con aporte solidario de las provincias como establece la ley 23.661, si no universalizamos seguridad social no será posible hacer un buen sistema y terminar con la discriminación.

Adicionalmente, otra lógica involucrada es el sesgo de considerar a la equidad en salud como distribución de los servicios de salud en vez de la lógica útil de mencionar los factores sociales determinantes de la salud, y como se señaló previamente, el índice de desarrollo humano del PNUD es un instrumento válido para su medición. La Argentina tiene una provincia, Santiago del Estero, en la cual el ingreso per capita es similar al de China, mientras que, en la Capital Federal el ingreso per capita es el de Arabia Saudita. Se debe apuntar a la alfabetización, a la salud, al desarrollo, que es distinto que crecimiento, y a todo aquello dirigido fundamentalmente a mejorar el nivel de vida.

Por último, se hará mención a la lógica adaptativa de los recursos humanos, puesto que si en algo fracasaron las reformas es porque los recursos humanos no fueron tenidos en cuenta y tuvieron que adaptarse a las mismas. Al recurso humano no se lo hace participar de forma activa y responsable en la fijación de las bases para ello, por lo cual en parte las reformas han fracasado, y fracasaron tanto en Chile, como en Argentina, Colombia, Brasil, Uruguay, Puerto Rico, Perú y México.

De modo que, por todo lo señalado, es necesaria una política de recursos humanos que les permita participar en la reforma y fundamentalmente, al hablar de recursos humanos se está incluyendo a todos y, fundamentalmente, a modo de cierre, se debe dignificar la profesión.

Centro de Estudios de Estado y Sociedad
Sánchez de Bustamante 27
C1173AAA – Buenos Aires – Argentina
Teléfonos (54 11) 4861-2126 / 5204
Fax (54 11) 4862-0805
www.cedes.org