

Propuesta de articulación del sistema prestador de atención médica

Juan Pablo Abadie¹

1. Médico sanitarista y psiquiatra. Profesor adjunto Facultad de Medicina de la UBA

2. Definiciones operacionales

Modelo prestacional: Conjunto de concepciones, prejuicios y prácticas, con las cuales los agentes de salud y en particular los médicos y las instituciones médicas, y correlativamente la población, los pacientes, las instituciones sociales en general, abordan la salud y la enfermedad. Este concepto incluiría la noción de imaginario social respecto de aquellos componentes no explicitados necesariamente a través de normas escritas, pero consagrados en las conductas y presupuestos implícitos.

Sistema de salud: Articulado de los servicios para la atención de la salud y de la enfermedad, sus mecanismos de organización y financiación, las pautas de contratación y retribución de los factores y agentes, los sistemas de formación y reclutamiento del personal de salud y de adquisición e incorporación de equipos, instalaciones, etc.

Advertencia

Este artículo fue escrito a mediados de 1998 con el objeto de interesar a dirigentes políticos, comunicadores sociales, economistas y otros líderes comunitarios respecto del sistema de atención médica como problema de Estado, especialmente con vistas a la elección presidencial de 1999. Por ello no hay citas bibliográficas y se limitan al mínimo las referencias técnicas.²

1. Introducción

Se presenta esta propuesta en forma de lineamientos generales, ideas básicas, para iniciar un proceso de discusión para la organización y financiamiento de la atención médica en nuestro país.

Surge de la necesidad de superar la extrema injusticia e ineficiencia del sistema actual. Injusto, en cuanto margina a enorme proporción de la población; ineficiente, por cuanto con relativo alto gasto, los resultados son pobres.

Determinar las líneas de acción hacia objetivos deseables asequibles, esto es, definir una política general, constituye una tarea primordial. Si su formulación se hace explícita y se articulan

mecanismos para su difusión, se cumplen además dos propósitos: uno, promover el enriquecimiento del proyecto; el segundo, articular un modelo participativo para su elaboración y ejecución, lo cual configura un proceso de enorme significado político —de tanto o mayor valor social que el proyecto mismo, de salud en este caso— a la vez que condición para propiciar mejores resultados en términos de logros de salud.

El sanitarismo clásico pretendía establecer la definición de tal política a través de un diagnóstico que determinaba las “necesidades” de la población. Nada más complejo que la determinación de tales necesidades, pues los intereses relativos a la salud de la población son en general difusos, no están canalizados institucionalmente (aunque pueden ser parcialmente evaluados a través de encuestas, actitudes, etc. y consecuentemente “medidos” a través de distintos indicadores), por lo cual inevitablemente se cae en la necesidad de hacerlo a través del juicio de expertos.

Para quienes detentan el poder político-social, resulta estratégicamente más eficiente centrar el diagnóstico en la consideración de las fuerzas y/o grupos de poder con intereses sustantivos en las temáticas de salud. Lo cual no excluye la necesaria evaluación de los niveles actuales de salud y la formulación normativa acerca de los logros por determinar respecto de los mismos. Claro que la ponderación de estos factores, incluso los más “objetivos”, estará teñida por la dependencia económica y mental que imponen tales fuerzas. Lo cual permite entender lo obvio: que las políticas de salud, como en otros sectores de la actividad humana, están mediatizadas, determinadas, por los factores o actores que dirigen los procesos económico-sociales, y más específicamente, los del sector, los cuales tienden a entender las necesidades y demandas sociales en función de la maximización de su poder y beneficios.

2. Situación actual del sector salud

Al finalizar la década del 80 se había concretado el colapso del sistema de salud, y en especial el de las obras sociales, lo cual quedó parcialmente encubierto por el derrumbe económico general.

A principios de 1989, el aceleramiento de la retracción económica, de las distorsiones de precios, del incremento del valor relativo de los insumos y factores externos sobre los internos, de la caída relativa de los salarios, y sobre todo de la masa laboral con empleos sujetos a cargas sociales, habían llevado al “rojo” al sistema de obras sociales y tras él a todo el sistema de atención médica.

Estructura del gasto en la Argentina

Es lamentable, pero los últimos datos confiables sobre el monto y estructura del gasto datan de 1985. En aquel año el país gastó \$5.400 millones por el total de los servicios de atención médica, contribuyendo el Estado (Nación, Provincias, Municipios) con \$1.100 millones para el sostenimiento de los servicios públicos (y casi otro tanto para el financiamiento de las obras sociales, esencialmente Instituto de Jubilados y los otros institutos de financiación mixta) las Obras Sociales con \$2.200 millones, o sea el 40% del total, estando el resto —casi otro 40%— a cargo del bolsillo del público en el momento de la prestación, especialmente para pagar medicamentos, aunque entonces unos \$400 millones se empleaban ya en sostenimiento de sistemas privados de prepago. Casi 30% del total del gasto, \$1.600 millones, se destinaba a medicamentos.

En términos relativos, los argentinos destinábamos 8,5% de todos nuestros gastos (o de nuestro producto) a la atención médica, lo cual nos equiparaba a los países de Europa Occidental y América del Norte, evidenciando una expectativa de consumo muy importante, aunque su valor absoluto (\$180 dólares por habitante y por año) era apenas moderado, en términos internacionales, lo cual era explicable más por las enormes diferencias en los precios internos que por diferencias sustantivas en la aplicación de tecnologías complejas.

El gasto total actual, para asumir cifras redondas, convendremos en estimarlo del orden de los \$20.000 millones (las estimaciones van desde \$14.000 a \$25.000 millones) de los cuales correspondieron al rubro medicamentos no menos del 30% (no menos de \$6.000 millones, pues a la factura-

ción de los laboratorios de especialidades “a boca de laboratorio” debe agregársele los márgenes de comercialización en las diferentes etapas del proceso, hasta alcanzar el precio efectivo pagado por el público en forma directa o indirecta).

Falta una estimación razonable de los siguientes rubros: gasto directo del bolsillo, que en 1985 representaba más del 35% del total, estando conformado en sus 2/3 por compras en las farmacias, con pago total o parcial por parte del usuario; gasto de las empresas en forma directa —más allá de las ARTs o a las obras sociales generales de rubro o específicas— este componente no pudo ser estimado en 1985; y los del movimiento mutualizado: el INAM no supo aportar ni siquiera elementos para formular una estimación en 1985; por último —*last but not least*— no se incluyen los gastos en medicinas alternativas y populares, aunque tenemos la impresión que éstos se han acrecentado y son significativos.

No existen cifras ni estimaciones acerca del gasto por componente de la atención: asistencia ambulatoria, atención preventiva y de promoción comunitaria, internación, órtesis y prótesis, medios de diagnóstico, descartables. (El gasto que hacen las instituciones, incluso la sumatoria de las mismas, difiere en su composición de unas a otras, y además, al no incluir los gastos directos del público cuando teniendo derecho no puede hacer o no quiere hacer uso de su sistema de cobertura dificulta el conocimiento de la composición general. Recordaremos para mayor claridad que pudo estimarse que las obras sociales cubrían sólo el 50% de la demanda efectiva de sus beneficiarios, pues el resto lo obtenían de servicios privados o acudiendo al hospital público).

Respecto de quiénes financian el gasto, sabíamos que en 1985 el 22,5% estaba a cargo del Estado, con ya fuerte peso de las Provincias (Ciudad de Buenos Aires incluida). La Seguridad Social pagaba el 40% y el 2,5% los prepagos, y el resto era gasto del bolsillo al momento de la prestación (incluyendo coseguros, bonos de cooperadora, etc).

Al disminuir sensiblemente la proporción de población ocupada, la proporción de esta misma cubierta con

obras sociales, y la de aquéllas que tenían cofinanciamiento estatal (por ejemplo todas las relativas a las empresas estatales) el financiamiento a cargo de la Seguridad Social ha bajado a poco más del 30% del total.

El crecimiento del gasto ha sido esencialmente —algunos creemos que exclusivamente— resultado de la revalorización o sobrevaloración de nuestros activos y moneda que forman parte del plan de convertibilidad, de resultados del cual el PBI pasó de una estimación del orden de los \$75.000 millones para 1985 a una actual que se ubica en el orden de los \$300.000 millones (aunque los economistas discuten si son 230.000 o 320.000 millones).

Los cambios más sustantivos habidos desde 1985, no precisados adecuadamente, se refieren a una importante reducción de la participación de las obras sociales y la Seguridad Social en el gasto. En efecto, el Estado nacional ha limitado sensiblemente su aporte a la Seguridad Social al eliminar de su dependencia las grandes empresas (YPF, SEGBA, Ferrocarriles, etc.) y con ellas el aporte correspondiente a su personal. Otro factor de desfinanciamiento de la Seguridad Social, más importante, deriva de la brusca reducción de los aportes patronales. Además se ha reducido sensiblemente la proporción de población con empleos regulares, que realizan aportes (el Gobierno estima hoy en 40% la proporción de trabajadores “en negro” y hace pocos meses el INDEC determinó que superaba el 20% la proporción de desocupados).

Según el INDEC, la población cubierta por la Seguridad Social hacia fines de 1989, en las grandes ciudades del país, constituía poco más del 50%, contra más del 70% del total del país hacia 1985. Los hechos señalados en el párrafo previo hacen suponer que hoy está por debajo del 50% la proporción de población cubierta por las Obras Sociales. El aporte de la Seguridad Social se habría reducido al 30% del total. Sigue siendo muy importante el aporte estatal a la Seguridad Social por los estados provinciales (sostenimiento de los Institutos u Obras Sociales para los empleados estatales de las provincias y sus familias, tipo IOMA, IMOS, etc.) y se mantiene el de las Obras Sociales de las FF.AA. y de Seguridad, y otras me-

nores (Congreso, Justicia Nacional, Universidades Nacionales). El caso del PAMI —su presupuesto, en los papeles, representa 1/4 de toda la Seguridad Social— gravita pesadamente en el Tesoro Nacional, pues éste debió compensar, aunque incompletamente, el desfinanciamiento resultante de la disminución de aportes por la reducción de la masa laboral, del valor relativo de los sueldos y de los aportes patronales. En efecto, más allá de los problemas de mala administración y corrupción, el PAMI perdió el aporte de millones de trabajadores, los cuales además redujeron sus sueldos (al menos con relación a los precios generales) y además se redujeron o directamente se suprimieron los aportes patronales (que eran 3 veces los de sus empleados).

Ha crecido la población cubierta por los prepagos privados, pasando probablemente de 2,5 millones hacia 1985 a quizás 3,5 millones actualmente. Paralelamente, el gasto de \$400 millones de 1985 ha crecido hasta estar hoy probablemente en los \$2.500 millones, si bien en estas cifras debe considerarse que se han entretendido mucho más los gastos —y las poblaciones cubiertas— de los prepagos lucrativos con los de “hospitales de comunidades” (tipo Hospital Italiano, Francés, etc.) las antiguamente denominadas obras sociales de empresarios y del personal superior (tipo OSDE) y sobre todo las nuevas empresas de gerenciamiento de servicios de salud —nacionales e internacionales— en buena medida ligadas a bancos, empresas de seguros, AFJPs, ARTs y a gigantescas empresas internacionales de inversión.

Las clases sociales más favorecidas cuentan hoy con un amplio abanico de alternativas de elección para la cobertura de una atención con mayor sofisticación tecnológica, en tanto ha bajado sensiblemente la calidad de los servicios ofrecidos a los grupos con menor capacidad económica.

El desfinanciamiento de las obras sociales —principal recurso de las clases medias y obreras con empleo estable— determinó que éstas suprimieran servicios y coberturas, o los retacearan sensiblemente, rebajándose los precios a los prestadores de servicios. Circunstancia que estos últimos debieron aceptar al estar reducida sensiblemente su

capacidad de negociación por el “achicamiento” relativo del mercado —sobre todo el financiado por la Seguridad Social— y por la introducción de gerencadoras para contratar redes de servicios y disminuir o al menos limitar los gastos de las obras sociales sobre la base de contratos capitados. En efecto, sólo por el manejo de gruesos paquetes —que incluyen al menos localmente, varias obras sociales— puede lograrse que los prestadores se vean forzados, para subsistir, que acepten aquellos precios más bajos. Este modelo, impulsado por el Ministerio Nacional con fondos del Banco Mundial (programa PROS) introducido como novedad y fundado en principios de “riesgo empresario” y *modern medical management*, ha sido cooptado por funcionarios de obras sociales y grupos intermedios para la concreción de prácticas espúreas y delictivas.

Fácil es entender ahora cómo se genera la indicada reducción en la calidad de servicios recibida por la población general:

1. Los recursos del Estado se hacen insuficientes para sostener los hospitales y servicios públicos, pues aumenta la población sin cobertura y sin recursos, y la que está cubierta, pasa a serlo precariamente. Aunque ahora los hospitales pueden facturar y cobrar por las prestaciones efectuadas a afiliados de obras sociales, deben montar mecanismos de captación de afiliación —bastante difíciles de instrumentar— y registro de prestaciones, y procesos de facturación que implican inversiones que, por el momento, se están financiando con fondos del Banco Mundial (PRESSAL). (Hacia 1985 se estimaba que 30% de la clientela de los hospitales estaba constituida por beneficiarios de Obras Sociales). Pero de todas formas, el punto central es que la magnitud de este financiamiento extrapresupuestario no alcanza, salvo contadísimas excepciones, ni al 10% del gasto de los hospitales que lo han implementado.

2. Las Obras Sociales han visto reducido su financiamiento, disminuyendo en la práctica coberturas.

3. Las gerencadoras, para obtener los contratos, deben realizar “coparticipaciones” de ganancias que implican “retornos” que llegan a superar el 20% del valor de los contratos.

4. La obtención de ganancias de las gerencadoras se obtiene, en principio, por la aplicación de adecuadas prácticas de gerenciamiento. En la operatoria efectiva se observan reducciones de precios a los prestadores, demoras en los pagos, pagos atrasados y luego realizados mediante nuevas exacciones a los grupos prestadores.

5. Los prestadores, al pasar a ser retribuidos por capitación y con estas limitaciones, sólo pueden obtener ganancias a través del mal pago a su personal —profesional o no— el retaceo de servicios a los beneficiarios y la baja de calidad.

Filosofía imperante

Siguiendo las tendencias prevalentes en el campo de la economía y la organización político social en general, el sector salud ha sido también ganado por la concepción de que la salud es un negocio rentable sujeto a los procesos de la inversión por grupos empresarios que buscan apropiarse de los diversos niveles y alternativas de beneficio que conforman el sector.

Reconociendo la salud como una aspiración de los pueblos e individuos que los Gobiernos deben lograr para sus ciudadanos y habitantes en general, las recomendaciones del Banco Mundial —institución supranacional de la cual son tan dependientes nuestros Gobiernos— se dirigen a que el Estado limite la administración de servicios propios a aquellos de orden más preventivo, menos sujetos a la demanda directa, con elevados componentes de “externalidades” o sea beneficios sociales y económicos tanto para los demás cuanto para cada uno de los individuos alcanzados por las acciones directas o indirectas que los conforman. Se trata en cambio de obtener que el público financie sistemas de seguro (privados, semipúblicos o públicos) a través de los cuales se resuelvan los servicios para la atención de los procesos de enfermedad, especialmente aquellos en los cuales la participación de las externalidades es menor.

Se plantea, consecuentemente, que el Estado se desentienda del manejo directo de hospitales y servicios de salud en general, terciarizando su administración.

La asunción, por empresas orientadas

a la obtención de beneficios, de la administración de sistemas o áreas de prestación o financiamiento, conduce inevitablemente, dentro del contexto general de globalización de los mercados, a la concentración en cada vez menos grandes empresas de la administración e incluso de los recursos financieros.

Políticas gubernamentales

Más allá de los textos explícitos cuentan las tendencias y realizaciones prácticas, la sucesión de las leyes, decretos, resoluciones, etc., respecto de los caminos que abren o cierran diferentes alternativas de proceso.

En tal sentido, resaltan:

- La cesión definitiva del sistema de hospitales públicos y servicios directos en general del nivel nacional hacia las provincias.

- Restricción de los servicios sociales públicos (pero no necesariamente de los gastos).

- Desarrollo de múltiples programas focales paliativos para la atención de diversas problemáticas, esencialmente a través de financiamientos externos, básicamente BIRF-BID:

PROMIN: (Programa Materno Infantil y Nutrición), que se aplica en áreas preferentemente urbanas y periurbanas con fuertes índices de pobreza.

PRESSAL: Inversiones en sector público, en edificios, equipamiento, readiestramiento de niveles gerenciales, etc., con el propósito de adaptarlos a la autogestión y la captación de fondos no estatales.

PROS: Reconversión de las Obras Sociales, con la idea de suprimir los manejos más discrecionales hacia técnicas de gestión más transparentes a través del ofrecimiento de créditos para liquidar deudas prestacionales.

Aliento relativo al desarrollo de sistemas de prepagos y a la contratación de riesgo. En el primer caso planteando que las prepagas puedan competir libremente en la captación de clientela con las Obras Sociales (aunque en función de otros proyectos gubernamentales, como la flexibilización laboral, este paso se ha ido posponiendo).

Terciarización de la administración de las Obras Sociales, incluidas las provinciales y seguramente el PAMI. (Este ha privatizado *de facto* su gerenciamiento a través de varias empresas).

En resumen: el Gobierno Nacional procura el saneamiento o equilibrio de las cuentas fiscales, reduciendo, entre otros gastos, el relativo a salud, transfiriéndolo a las provincias, eliminando el financiamiento estatal de las obras sociales, terciarizando la administración de los hospitales a los que plantea estabilizar en cuanto al gasto estatal (o sea reducir su participación relativa en el financiamiento) compensándolos con nuevos fondos a obtener por los mismos en competencia con las clínicas privadas respecto de clientela con capacidad de pago. (Un corolario deducible es que este proceso desaloja a los grupos sin recursos como clientela hospitalaria apetecible).

Estructura del Sistema de atención médica

Por tratarse de un modelo trillado, a nuestro juicio en gran parte obsoleto, pero que aún opera, tanto en la realidad cuanto en el imaginario o consenso social y se discute así en los medios académicos, describiremos algunas características centrales de los clásicos tres subsectores en que se concreta la administración del sector.

a) *Sector público.* El subsector administrado por el Estado incluye en realidad no menos de tantas jurisdicciones estatales cuales cuenta el país: nacional (que incluye administraciones a su vez independientes entre sí: Secretaría de Salud, el Ministerio del Interior-Policía Federal, las Universidades, el Ministerio de Educación, cada una de las Fuerzas Armadas, y otras menores) provinciales (una para cada una de las 24 jurisdicciones, incluida Ciudad de Buenos Aires) y municipales (aunque sólo con peso real los municipios del Conurbano), algunos otros de la Provincia de Buenos Aires, al menos en la jurisdicción correspondiente (Azul, Patagones) Rosario, Municipalidad de Córdoba.

Administran redes de hospitales y centros de salud. A veces incluyen centros o dispensarios específicos (drogadicotos, tuberculosos, vacunatorios) administración de diversos programas (investigación epidemiológica, materno infantil).

Gastaban en 1985 el 22,5% de todos los fondos para salud.

El 50% de los partos o más son atendidos en establecimientos públicos. En cambio cabe suponer que sólo una proporción muy baja de la atención odontológica (esencialmente extracciones de urgencia y acciones de diagnóstico CPO en escolares) es resuelta por los servicios estatales, y la participación de éstos es también pobre en el suministro de medios de diagnóstico (laboratorio o por imágenes). En general se estima que el sector público atiende el 30% de las internaciones clínico-quirúrgicas “agudas” pero en cambio una proporción muy alta de las de alto período de estada, bajo contenido tecnológico y mínima rentabilidad (psiquiátricos, leprosos).

El modelo implícito es que el Estado está para la atención de los indigentes, aunque una proporción de la clientela —que se estimó en algún momento del orden del 30% como promedio nacional y para el conjunto de los tipos y niveles de atención— está cubierta por obras sociales o prepagas.

Históricamente los servicios estatales suelen ofrecer, al menos en los grandes centros urbanos y ciudades importantes, buen nivel para la atención de las crisis y emergencias. Gran parte de los accidentes de trabajo son asistidos en su momento inicial y crítico por el sector público, con lo cual éste subsidia notablemente así en conjunto a las obras sociales y las compañías aseguradoras. Para 1985 se calculó que de los 1.100 millones gastados por el sistema estatal unos 300 correspondieron a servicios brindados a no indigentes y personas económicamente cubiertas; a valor de mercado, los servicios brindados tenían así un valor equivalente al total de los gastos estatales en el sistema.

La fuerte presión para la reducción de los gastos públicos y para el equilibrio de las cuentas fiscales ha determinado congelación de cargos (70-80% de los gastos de los servicios estatales son en personal) estancamiento y aún reducción de sueldos. Todo esto favorece un estado de desánimo en el grupo profesional y personal en general que se ha expresado y se expresa en huelgas, marchas y otras manifestaciones de protesta, y sobre todo en una sensación generalizada de baja en la calidad de las prestaciones.

b) *Sector Obras Sociales.* Es el

sector que más se ha deteriorado, por las razones más arriba apuntadas.

Se señaló la conveniencia de fusión entre las mismas para disminuir el impacto de los costos administrativos y evitar el riesgo de las contingencias catastróficas. Además se promueve la anulación de la condición de cautividad de la población beneficiaria. Es obvio que el trasfondo se centra en una fuerte lucha por el poder y la administración de los fondos de las más de trescientas obras sociales que operan en el país.

El manejo de las Obras Sociales se ha caracterizado por fuertes niveles de discrecionalidad en el manejo de fondos, lo cual quizás ha sido más acusado para el caso de aquellas de conducción mixta (estatal-sindical) especialmente en los últimos años y durante períodos de “intervención” gubernamental.

El Fondo de Redistribución del INOS-ANSSAL ha servido históricamente como fuente de refuerzo de tales discrecionalidades, pues en vez de asegurar mejor financiamiento de las Obras Sociales con aportantes de bajos recursos, se lo ha utilizado para acrecentar los recursos disponibles de las conducidas por los caudillos sindicales de más poder, o ha sido desviada para fines totalmente extraños (cobertura de gastos de guerra, pensiones militares, campañas políticas, cobertura de cuentas del Tesoro).

c) *Sector Privado*. Creció vertiginosamente especialmente a partir de 1970, pues las obras sociales se volcaron masivamente a la compra de servicios en el sector privado al privilegiarse los estándares de confort e intimidad sobre las consideraciones de calidad de la atención. Este fenómeno cultural posibilitó mejores niveles de rentabilidad para los grupos prestadores y los niveles gerenciales de las obras sociales.

El sector privado es también un mosaico muy complejo, pues incluye cosas tan dispares como las clínicas y sanatorios, los consultorios médicos, las farmacias, los laboratorios de productos medicinales, los grupos de importación-producción-distribución de insumos, los centros de diagnóstico y tratamiento, ópticas, talleres de prótesis, las financieras, compañías de seguros, administradoras de sistemas, etc., etc.

Casi toda la tecnología de punta (aunque no de última generación) está hoy en el sector privado, pues los contratos se obtuvieron, en gran medida, en función del financiamiento de las inversiones y la aparatología correspondiente incorporada.

Salvo pocas excepciones, aún predomina la empresa administrada por médicos, como lugar de trabajo, por sobre la empresa comercial moderna diseñada en función de un mercado para maximizar beneficios en relación con procesos de *marketing* y gerenciamiento crítico. Sin embargo, las necesidades de supervivencia llevan a cada grupo a intentar desarrollar esos procesos, aunque naturalmente con relativa escasez de capital y limitaciones emergentes de prácticas de rentabilidad hoy anticuadas.

Tradicionalmente los médicos tenían fuerte peso a través de sus Federaciones o Colegios, confederados a nivel nacional en la COMRA.

Es obvio que su poder negociador y de presión ha quedado sensiblemente opacado a nivel nacional, aunque aún es prevalente a nivel jurisdiccional en las provincias “menores” y en las áreas periféricas.

Otro tanto, y con mayor razón, cabe expresar respecto de los otros grupos profesionales (odontólogos, bioquímicos, psicólogos, etc.).

El personal de las empresas privadas está agrupado en FATSA, la cual impone presión político-institucional para cierta acción respecto de los aún vigentes convenios colectivos de trabajo.

Mayor peso obtuvieron las asociaciones de clínicas y sanatorios.

La Confederación de Clínicas y Sanatorios (CONFECCLISA, ahora transformada en cámara empresaria) logró fuerte peso hasta hace muy poco, y aún hoy tiene alguna voz en el concierto.

Más importantes son el conjunto de empresas de prepago. Aunque las menores están en el límite de su operatividad, algunas de las mayores han intentado asociaciones con Obras sociales y están presionando fuertemente para captar la población de las mismas, haciendo *lobby* para su total desregulación.

La erección de la figura de los contratos de riesgo (contratos capitados) puso en vigencia en el mercado a las administradoras de servicios de salud. Empresarios más o menos vinculados a

los niveles gerenciales y de decisión política obtuvieron algunos jugosos contratos que hoy les permiten contar con capital, conexiones y experiencia como para intentar negocios de más envergadura.

La apertura del sistema a la lógica del mercado atrae ahora el interés de las compañías de seguro y de las Administradoras de Fondos de Pensión, que comienzan a incursionar en el mercado intentando comprar sanatorios, ofertando por hospitales, adquiriendo prepagas, presentándose en varias formas a los procesos de reconversión de las Obras Sociales.

Y están ahora las multinacionales administradoras de sistemas de fondos de salud que, en virtud del proceso de globalización, están sondeando sus posibilidades en un mercado que mueve —excluyendo medicamentos— la nada despreciable suma de 15.000 millones anuales.

3. Resultados y tendencias en el sector salud argentino

Resultados

Nunca se ha intentado evaluar en nuestro país la eficiencia o resultado final del sistema de salud (ni tampoco de casi ningún componente o programa) en términos de efectos producidos en el cuerpo social o población *target* u objetivo en función de los recursos utilizados. Las evaluaciones se han limitado a considerar el grado de satisfacción (o más bien de insatisfacción) expresado por el público, los dirigentes políticos o gremiales o los medios de comunicación (modelo de evaluación prevalente para el sector de administración pública) el cierre de las cuentas (sector obras sociales) o el margen de beneficio económico obtenido (prepagas).

La salud (medida en términos positivos de: años de vida productiva ganados y calidad de vida, o en términos negativos de: mortalidad, enfermedad, discapacidad, pérdidas de capacidad laboral, etc.) es la resultante de una compleja interacción de factores y circunstancias, una de las cuales es el accionar del sector salud.

A su vez, en éste cuenta tanto el

monto de los recursos (médicos, camas de hospital, presupuestos) cuanto las concepciones imperantes en el sistema y en la sociedad respecto de las cuales dichos servicios se suministran. Para ilustrar mejor este punto, recordaremos que Chile, Costa Rica y Cuba, con recursos y gastos globales en salud inferiores que la Argentina, han logrado en pocos años superarnos en cuanto a los niveles de salud en la población general.

Tendencias

Tras la breve descripción precedente pueden delinearse algunas líneas directrices en el funcionamiento del llamado mercado argentino de la salud:

- La ausencia de una política de salud omnicomprensiva, que intente asegurar acceso razonable a los servicios de salud a cada habitante.

Sólo 50% de la población está relativamente cubierta por el sistema de Obras Sociales y prepagas, las cuales históricamente —especialmente las primeras—, sólo han cubierto el 50% de los servicios efectivamente demandados por sus beneficiarios.

No cabe esperar en los años inmediatos cambios sustantivos en la política central, e incluso se ha diluido la posibilidad que en alguna jurisdicción se intente algún ensayo al respecto, dadas las limitaciones económicas, pero sobre todo conceptuales, con que se manejan.

- Si el gasto en salud se ha estancado, aparentemente, en estos últimos años, ello sería más a consecuencia de la brusca reducción relativa de los ingresos para una masa significativa de la población, ahora desprovista de acceso fácil a servicios. Sin embargo, ha quedado establecida una pauta de demanda a servicios de atención médica que implica un 8-8,5% del PBI, lo cual ubica al país en un nivel relativo similar al de los países europeos en general, con un gasto per cápita superior a los \$40 por mes.

- Un borramiento progresivo de las barreras existentes entre los tres subsectores de administración de servicios.

- La introducción, por el momento tibia, de nuevas concepciones acerca no sólo del financiamiento y gerenciamiento del hospital público, sino relativas a la articulación de redes prestadoras en general. Lo cual llevará a un seguro redimensionamiento y nuevas

inversiones para la concentración en unidades con mayores componentes tecnológicos tanto en tecnología médica cuanto sobre todo de gestión y comunicaciones.

(Este mismo proceso para los USA se calcula que determinará en los próximos 5 años el cierre del 30% de los hospitales y camas para internación).

Por el momento, las Provincias son las que deben soportar el chubasco de mantener en pie a todo el sistema, pues deben responder a las demandas y necesidades en forma inmediata.

- Una actitud que está dejando de ser expectante por parte de grupos capitalistas privados, que en función de la inexistencia de políticas globalizadoras del nivel central de Gobierno y por las señales que interpretan como positivas plantean posicionarse en un mercado que estiman acrecentará sus beneficios y al cual, contando con suficiente poder económico, podrán determinarle en buena medida su orientación.

- Una gran dificultad para instrumentar procesos de atención menos asistencialistas, menos centrados en el financiamiento del hospital o clínica, y más basados en la atención de las necesidades epidemiológicamente evaluadas de la gente. Lo cual es más complejo pero mucho más importante que limitarse a suministrar servicios demandados por la gente o por la dinámica intrínseca del sistema prestador.

4. Análisis estratégico

Elementos para articular una alternativa

¿Qué elementos básicos deben ser considerados para evaluar el modelo actual y/o elaborar propuestas alternativas? ¿Además quién/es y cómo deberían elaborarlo? ¿Cómo desarrollarlo como una construcción progrediente, tanto respecto de sus contenidos cuanto de los factores, instituciones, participantes, planteando reglas de juego más que formulando propuestas definitivas?

De acuerdo con la definición de modelo presentada, se impone obtener un cambio conceptual-cultural en los médicos y agentes de salud en general y en las instituciones médicas y sociales, comenzando por aquellas que controlan resortes fundamentales del Poder.

En efecto, el principal obstáculo está en que el modelo actual, si no en su concepción, al menos en la instrumentación efectiva, es asistencialista e hiperburocratizado, determinando los pobres resultados previamente reseñados. Ligado a este punto, cabe tomar nota cómo y cuánto las decisiones de salud han pasado desde las estructuras más inmediatamente vinculadas al funcionamiento del sistema, a ser objeto de dirección por los sectores que controlan la economía y los negocios en general. Como se señaló previamente, en función de los modelos prevalentes en tales niveles, el sistema de salud pasa a ser uno de los sectores de la economía en que los logros deben medirse por la rentabilidad de las empresas, el ajuste de los gastos públicos que deben ser reducidos a los fines de sufragar la deuda externa y así asegurar el flujo de inversiones externas, pues sólo así se conseguiría que llegaren a los consumidores servicios de calidad, determinada ésta por la libre competencia entre las empresas de seguro para la captación de los mismos.

Al decir que el modelo operante es asistencialista queremos señalar que privilegia la atención de episodios de enfermedad sobre la prevención y promoción de la salud; reconoce y valora más los conocimientos y la aparatología vinculados con la tecnología más sofisticada, lo cual estimula la especialización precoz; fragmenta el cuerpo humano y sobre todo disocia la persona descontextualizándola de su entorno psicosocial; exige complejos sistemas de administración y control que al ser habitualmente insuficientes y estar pobremente instrumentados favorecen el desarrollo de prácticas innecesarias y antiéticas, además de imponer una carga económica y un fuerte efecto deshumanizante.

Frente al modelo asistencialista instrumentado por un sistema estructurado sobre la base de empresas cuya eficiencia se mide en términos de rentabilidad económica, planteamos un modelo basado en una estrategia de atención primaria cuya eficiencia se mida en resultados a obtener en la población, medibles a través de indicadores de mortalidad, enfermedad, discapacidad, satisfacción.

Esto implica diseñar —en la realidad

conducir hacia— un sistema que aplique esencialmente prestaciones de máximo impacto social y sanitario, relativamente bajo costo y máximo nivel de participación comunitaria en su realización, incluyendo aquí las llamadas acciones o procesos de promoción comunitaria, acciones preventivas y el llamado primer nivel de atención, o sea aquél que da respuesta a la demanda por causa de enfermedad, malestar, accidente o crisis, en la proximidad del origen, con máximo empleo y revalorización del contacto interpersonal y mínimo requerimiento de aparatología y equipamiento sofisticado.

Modificar modelo y sistema implica no sólo reestructurar recursos humanos y económicos, sino la tarea de acometer un complejo proceso de formación-readaptación cultural de profesionales, agentes de salud, instituciones médicas, del público, los medios de comunicación... y los factores centrales del Poder. Modificar o crear actitudes requiere nuevas normas, incentivos y castigos, que el mensaje explícito de adalides políticos, gerentes, docentes, sea consistente con los implícitos en sus acciones diarias y por el funcionamiento general del Sistema.

El sistema debería modificarse para que se “premie” la atención personal, las actividades preventivas y de promoción comunitaria. Debería además contener el empleo innecesario —y hasta iatrogénico— de aparatología y medicación, como resultado de una pobre vinculación sistema médico-población beneficiaria que tanto afecta la estructuración de una adecuada relación médico-paciente.

Posturas de los actores

El momento actual, con relación al sistema de salud y los modelos de atención, puede ser caracterizado como de clara inestabilidad, de cambios acelerados, cuyo resultado no aparece definido, ni respecto al sistema-modelo que quedará establecido ni respecto de los resultados a esperar.

En este contexto, persisten con diferente vigor posturas que remiten al modelo asistencialista y a la defensa de posiciones sectoriales correspondientes al sistema que, como señalábamos al inicio, se derrumbó y difícilmente podrá volver.

En general, un aspecto implícito, deducible por la conducta de los actores, plantea la persistencia de un sistema público para la atención de la población indigente. Aunque gradualmente se ha ido imponiendo que los hospitales “cobren” en lo posible a obras sociales y otros entes, este hecho no implica que hayan pasado a ser, como se visualiza en los países de América del Norte y Europa, el lugar lógico para la atención de todas las clases y grupos de población, independientemente de la clase o grupo social. Lo cual hace que la lucha central de los actores pase por lo ligado al manejo de los fondos de las obras sociales.

Sin embargo, todo va conduciendo a que las acciones se globalicen, pues si bien por un lado el sistema tiende a fragmentarse según la capacidad de pago de los grupos cubiertos, por otro lado los entes administradores pretenden pasar a administrar también los hospitales públicos e incluirlos para la organización de sus redes prestadoras.

Los prestadores piden, esencialmente, que se les paguen sus prestaciones. En general son bajísimos los valores de las mismas, en especial las correspondientes a los servicios más básicos (los de prevención y promoción en general ni siquiera están incluidos en las cartillas de retribución) y además hay aún muchas veces 60 días de intervalo entre la prestación y el cobro, lo cual, aún superado el contexto de alta inflación (dentro del cual la demora implicaba que el prestador se descapitalizaba por haber realizado la prestación) agrega un costo financiero que en definitiva sustrae recursos para las prestaciones. A los bajos precios, se agregan nuevas exigencias de equipamiento, el trabajo a destajo, la no cobertura de gastos previsionales, la exigencia de contratar seguros por mala praxis y aun seguros de caución, etc. La conducta tradicional de los prestadores ha pasado por aumentar el valor de los aranceles, hacer que se reconozcan nuevos rubros —habitualmente de alta tecnología, con fuerte componente de amortización-rédito por inversión de capital— se amplía con la exigencia de que las Obras Sociales estén bien financiadas, tengan adecuada recaudación, sean controladas (ya no subsidiadas) por el Estado, sean bien administradas, reconozcan como su principal obligación el pago adecuado a los prestadores.

Las corporaciones de prestadores han ensayado contratar con las Obras Sociales a través de sistemas capitados. Las experiencias mayores corresponden a las Federaciones Médicas y diversas asociaciones de clínicas con el PAMI. El fracaso aparente resultó del juego de pinzas constituido por imposibilidad de mantener el valor real de la cápita, tanto por desfinanciamiento del Instituto cuanto por “negocios” nunca adecuadamente esclarecidos. Pero también por conductas inadecuadas de los propios prestadores incluidos en las corporaciones, exigidas a un esfuerzo de auditoría enorme, en un contexto ideológico poco propicio, y para un tamaño casi técnicamente inabordable.

Clínicas o grupos de clínicas y en especial grupos *ad hoc* se han contratado o hecho propuestas por capitación o cartera con Obras Sociales y prepagos o/y organizado prepagos propios. El control más directo del grupo profesional-laboral; la asunción de tareas claves (en especial la atención de emergencias) les han posibilitado obtener rédito a los organizadores. Además de señalarse la frecuencia e importancia de “retornos” y otras prácticas antiéticas vinculadas a estos contratos, se señala la facilidad con que se acude a subtribuir a los equipos laborales (bajos sueldos y honorarios diferidos) rechazar prestaciones derivándolas hacia el sector público o al privado de pago directo (a través de múltiples mecanismos; grandes demoras, *plus*, etc).

Los prepagos privados se dividían originalmente en dos grandes grupos. Uno constituido desde establecimientos-instituciones más o menos tradicionales que han organizado sistemas propios, contratando con grandes empresas, obras sociales de personal directo y superior. El otro grupo está constituido por sociedades que subcontratan servicios y es el grupo que más se ha expandido.

Ante el desbarranque de las obras sociales, seguramente la expansión de este subsector hubiera sido seguramente mayor en un contexto económico que no hubiera determinado, como el actual, la pauperización (o al menos el fuerte retroceso) de amplios sectores de clase media.

Los líderes de estos sistemas, en ge-

neral, argumentan que el Estado es mal administrador y propulsan la “liberalización” o “desregulación”, lo cual debe entenderse como que cada individuo, familia, grupo social, contrate su grupo prestador o sistema de atención médica en un régimen de libre competencia, lo cual resulta falaz habida cuenta que la enorme mayoría de los argentinos carece de conocimientos y sobre todo de medios para realizar tal elección, y por sobre todo, lo que se posibilita elegir no es al prestador (médico, clínica) sino el grupo financiero que lo contrata (y que puede modificar la inclusión de los prestadores al día siguiente de la elección).

Los más avisados pretenden que los hospitales públicos sean administrados por estos empresarios de la salud, para así eliminar un factor del déficit fiscal y darle mayor eficiencia al aparato prestador (y de paso controlar un posible competidor, administrando además una enorme masa de capital, por cierto pobremente utilizada hoy en día, al menos desde una perspectiva esencialmente comercial).

La principal observación a realizar a estos sistemas prepagos (y obras sociales de personal superior, hoy confundidas con estos grupos) está referida a los criterios y a los resultados de eficiencia que alegan. Es obvio que la población que seleccionan tiene mayor capacidad de financiación y mejores índices de salud por su extracción económico-social que la del conjunto nacional, a la cual captan bajo la propuesta —y por ende inducción— al consumo de alta tecnología. ¿Pero es acaso más eficiente un sistema porque se financia y obtiene rédito frente a otro que no tenga esos logros? ¿No es acaso el objeto de un sistema obtener que la gente se enferme y muera menos, que recupere más rápidamente su capacidad laboral y que mejore su calidad de vida? En tal caso, la eficiencia (o eficacia) se medirá por la obtención de diferencias logradas en los indicadores empleados al medirlos con relación a lo que hubiere ocurrido de no implementarse las acciones cuya eficiencia se evalúa.

Los estímulos al consumo de alta tecnología y la distorsión referida a los criterios de eficiencia y eficacia no se limita a los sistemas de prepago: son generales a todo el sistema de atención médica

argentino, impregnando tanto al cuerpo médico como a la comunidad toda y a sus élites dirigentes. Se acompaña de un fantástico descuido por los niveles de atención primaria, por lo común limitados a la recepción espontánea de la demanda de atención: esencialmente por las guardias hospitalarias en el sector público, denunciadas por bajísimas tasas de consulta en las obras sociales sindicales, encubierta de modernidad a través de los médicos de familia en los sistemas prepagos. Pero con ausencia total de procesos de acceso hacia los domicilios y sobre todo de grupos de trabajo interinstitucionales con escuelas, Justicia, etc. salvo en programas públicos específicos, como el PROMIN.

El sector público, o más rigurosamente los servicios públicos aún cuentan con el 60% de las camas de internación. Una proporción sustantiva de los profesionales, en especial médicos, trabajan, han actuado o se han formado en los mismos. Casi la totalidad de las acciones de prevención está a cargo de los mismos. Hasta no hace mucho tiempo, toda o casi toda la alta complejidad y la “medicina de punta” estaban exclusivamente a cargo del Estado.

Esta historia hace entendible la posición de quienes pretenden recuperar para los servicios estatales la recuperación de su poder. Para lo cual reclaman mayor presupuesto, carrera sanitaria, contratación obligatoria por parte de las Obras Sociales con cobro compulsivo a las mismas y a los organismos privados por los servicios brindados a sus beneficiarios o asegurados.

Respecto de la privatización vale señalar efectos disímiles que puede tener la misma según a qué nivel o estructura esté referido. Inicialmente se la planteó respecto de áreas específicas de establecimientos estatales (alimentación, facturación). La privatización del financiamiento, en el sentido que cada grupo obtenga su sistema o servicio en función de su capacidad de pago, es obvio que sanciona la limitación de servicios a la población con menor capacidad económica especialmente tal como es instrumentada en la práctica. Menos evidente, pero más grave, es que afirma la atención médica como proceso de consumo y no necesariamente de promoción de mejores niveles de calidad de vida y de salud.

Más interesante resulta analizar la privatización de la administración de redes, tema que está incluido en la propuesta de modelo que se realiza.

El sistema de obras sociales cubría en 1985 al 70% de la población, lo cual hacía afirmar a más de un analista que la Argentina contaba ya con un Seguro de Salud.

En un esfuerzo por integrar el poder económico de las Obras Sociales con la capacidad instalada del Estado, se elaboraron dos alternativas de importancia: una fue el SNIS, la otra la ley 23.661. En ambos casos se abortó el propósito de los diseñadores al cambiarse al momento de la sanción o de la instrumentación la configuración del grupo de Poder. En ambos casos, pero más en el segundo, se centró la propuesta en la conformación de las superestructuras. Si bien es fundamental contar con un ente centralizador de recursos y de decisión política frente a la fantástica atomización actual, queda sin resolver cómo organizar y orientar al sistema prestador para que éste se sienta impulsado a aplicar, sobre la base de premios económicos efectivos, estrategias de atención primaria, que son las que hacen a que el sistema de atención médica produzca mejores niveles de salud y calidad de vida.

La conjunción de estos factores determina un cuadro de resultados complejo, pero esencialmente desfavorable:

1. La atención de los partos —que la población del país, incluso rural, ha hecho institucional en más del 95% de los casos— se está haciendo en los hospitales públicos en la mitad o más de los casos. (Este hecho por cierto, no es en sí mismo ni favorable ni desfavorable). No hay registros adecuados de qué es lo que está ocurriendo con las internaciones clínico-quirúrgicas en general, la provisión de estudios diagnósticos, la atención odontológica, pero cabe suponer que la participación del sector público es muy inferior y probablemente, además, ha disminuido. Disponemos de datos parciales que indicarían que se ha reducido la cantidad de consultas médicas por habitante, y que existen variaciones importantes en la provisión de este servicio según los grupos sociales y el costo de la cobertura, que no apreciamos en 1966/7 cuando lo analizamos a través de encuestas realizadas a más de diez mil

familias del Área Metropolitana de Buenos Aires.

Este cuadro de información, tan deficiente, contrasta con el caso de Chile —por mencionar un país vecino y no del primer mundo— en donde es posible conocer qué proporción de cada tipo de servicio está a cargo de los Servicios de salud estatales, los ISAPRES (sistemas de seguro semi privados obligatorios para gran parte de la población trabajando en relación de dependencia) y otros.

2. El proceso de reconversión de las obras sociales, para adaptarlas a un manejo más moderno, con los elementos positivos de operatoria que ello implica —pero muy negativos en lo profundo, a nuestro juicio, por motivos que iremos aclarando— se ha acompañado de la formulación de muy buenos documentos que establecen pautas de diagnóstico, tratamiento y prevención de patologías específicas y aun para controlar los procesos de embarazo y crecimiento y desarrollo infantojuvenil. Pero en la instrumentación efectiva estas pautas están lejos de aplicarse en escala masiva: como ejemplos que han adquirido difusión baste señalar: la actual dificultad para lograr una mínima cobertura para la vacunación antisarampionosa, la difusión del dengue, la continuidad de la epidemia de cólera, el aceleramiento de la velocidad de crecimiento del SIDA, la evidencia de que sigue difundiendo hacia la niñez el hábito de fumar cigarrillos, el conocimiento de que a lo sumo una cuarta parte de los hipertensos —y seguramente de diabéticos— están bajo tratamiento ajustado a pautas reconocidas.

Incoherencias y falencias de modelos prevalentes en nuestro medio

Visto desde la perspectiva liberal “dura”, que por el momento domina a escala mundial, se trata de transferir al sector dinámico y eficiente de la economía la conducción de los fondos. La libre competencia entre las aseguradoras posibilitará la disminución de costos; el público elegirá la mejor alternativa, el mercado organizará lo que el Estado, siempre ineficiente, nunca pudo hacer.

La experiencia internacional des-

miente este aserto hasta el hartazgo. Aunque fuere válido para la economía general (y es discutible) se demuestra terriblemente ineficiente en el área de la atención médica. Como el interés central del inversor es la obtención del beneficio económico, queda marginada toda la población que no puede financiar el sistema en forma significativa (40-50% de la población). Más grave aún, como cada empresa debe armar su sistema, los servicios para la población *no* pueden ser articulados por área geográfica, lo cual limita el desarrollo de los servicios de Atención Primaria a prácticamente sólo la recepción de la demanda, o sea que se excluye el principal recurso para la atención, cuidado y promoción de la salud, que está dado por la población misma. El modelo resultante es necesariamente “hospital-céntrico” y asistencialista (lo cual favorece además a los laboratorios y vendedores de tecnologías).

El planteo sanitarista clásico, más allá de todo su discurso, se concreta en acciones desde los servicios estatales hacia los grupos marginales y pobres. (Obsérvese la condición implícitamente paternalista del modelo). Al no considerarse que los recursos estatales irán seguramente en disminución, al menos relativa (se ha revertido desde 1970 aproximadamente la tendencia hacia el crecimiento con reparto y el creciente papel y poder del Estado benefactor), se condena a los grupos pobres (40-50% de la población) a recibir prestaciones cuyo valor per cápita puede ser varias veces inferior al promedio nacional (mucho menos en relación a los grupos más favorecidos económicamente). Más allá de la inevitable desigualdad entre grupos sociales que determina el actual modelo capitalista, se agrava con el hecho que los grupos más pobres son los que acumulan más necesidades en salud, y con los más ricos se produce un fuerte despilfarro (empleo innecesario de tecnologías costosas con mínimo efecto y pobre relación beneficio-costos en términos de salud colectiva).

Pero más allá de este hecho debatible (¿corresponde al sector salud igualar lo que el sistema social plantea como desigual?) cabe destacar que, al ser la salud un hecho social, los grupos más favorecidos no pueden obtener todos los bene-

ficios de su relativo mucho mayor consumo per cápita si los grupos menos favorecidos no obtienen niveles de salud que actúen de “barrera” a condiciones que también les afectan, a las cuales son también vulnerables, por ej.: droga, violencia, SIDA, los accidentes; cólera incluso, y en general toda la patología imaginable, aunque los indicadores señalen fuertes diferencias entre los daños de los diferentes grupos sociales por causa de los diferentes riesgos.

5. Sistema propuesto

Objetivos y estructura del sistema que se propone

¿Cómo se puede intervenir —esencialmente desde las estructuras del Estado— para orientar los factores de poder actuantes? El primer punto es establecer los resultados deseados o ideales.

Partiremos del supuesto que el objeto central del mismo será la obtención de mejores niveles de salud, expresables en AVPG (años de vida productiva ganados) (o cualesquier otro grupo de indicadores que se obtenga por consenso en aplicar para tal propósito), para todas las clases y grupos sociales y el conjunto de la población (lo cual no es lo mismo que mejorar los indicadores generales aun a expensas del deterioro de algún grupo) con incremento sustancial de los niveles de satisfacción (este ya es un objetivo también de implicación política más general) y preferentemente con participación ciudadana (este objetivo es esencialmente político; aunque pueda desde una política general de gobierno ser más valorable que los anteriores, resulta subordinado desde la consideración de las políticas de salud).

El modelo que proponemos apunta a la integración de las fuentes de financiamiento, por áreas locales a delimitar, para la contratación de los grupos prestadores que se harán responsables de las prestaciones que compongan el menú básico asequible. Por encima de éste, los individuos, familias o grupos tendrán plena libertad para contratar o acceder a prestaciones de menor relación costo-beneficio social o/y mejores comodidades de hotelería y confort en general.

Se trata de alentar la constitución de

múltiples SILOS (sistemas locales de salud), coadministrados en cada área por representantes de los gobiernos locales (Municipio/s), los prestadores, las asociaciones de profesionales, de trabajadores de la salud, de los beneficiarios (inicialmente los principales sindicatos locales, las asociaciones vecinales) los entes financiadores (Estado y Obras Sociales, esencialmente).

Por el momento prescindiremos de los laboratorios de productos medicinales y de los grupos importadores-productores de materiales descartables, equipos y tecnología en general, todos los cuales obviamente se benefician de la expansión de un sistema que aplique al máximo sus insumos y le permita obtener la mayor renta posible.

El Estado (Nación, Provincias, Municipios, Universidad) aportaría como mínimo el equivalente a lo actual (como % de su presupuesto, como valor per capita promedio nacional por habitante); las Obras Sociales de acuerdo al número de beneficiarios radicados en el área multiplicado por el monto promedio nacional por beneficiario disponible por la obra social.

El aporte de los entes estatales, que actualmente se realiza vía presupuesto, requiere de un complejo proceso de transición. Para el caso de los gastos operativos y las inversiones, que actualmente se realizan en los hospitales y servicios oficiales o con cargo a los mismos de acuerdo con las leyes y Reglamentaciones que rigen a la Administración Pública, se trata de disponer (por Ley, Decreto, resolución) que la capacidad de ejecución de tales fondos pase a los SILOS que se vayan constituyendo.

El caso de la transición del personal a cargo del Estado es más complejo, pues de trata de pasar de un sistema actual de dependencia total del Estado a otro en el que el SILOS pasaría a contratar lisa y llanamente al personal (o mejor, a los grupos prestadores que lo contraten). Es posible que deba aceptarse que algunos empleados —incluso todos los actuales— deseen mantener, al menos inicialmente, su relación de dependencia en cuanto a agentes del Estado, aunque sometidos a régimen de disciplina transferido al SILOS, en tanto éste vaya contratando con grupos no dependientes de la Administración del

Estado. De todas formas, deberán resolverse problemas como el de las posibilidades de traslado entre SILOS, o grupos dentro de los SILOS, para lo cual un régimen adecuado debe posibilitar tales transferencias, reconocimiento de antigüedad, etc., aunque las escalas de retribución y el régimen de trabajo difiera entre los SILOS. (Acoto al pasar que si el poder de los sindicatos de empleados del Estado o/y de la Sanidad es fuerte, este modelo permitiría a los dirigentes advertir que su poder podría acrecentarse con la conducción de todo el personal de los SILOS, el cual sería mucho mayor que el de los trabajadores privados de la Sanidad, aunque desvinculado de los del Estado en general).

Marco *ex profeso* la necesidad de disponer de normas y políticas generales que se vayan aplicando en la medida en que las circunstancias locales vayan posibilitándolo, en función de mayor eficiencia, calidad y responsabilidad en la ejecución del proyecto. Además desagregación también respecto de los tipos de procesos a delegar —manejo de gastos e inversiones, manejo del personal— y del acople de instituciones o entes de financiamiento a integrar.

La correcta conducción política se expresará en el manejo de los tiempos por cada área o SILOS en su adecuación al gran proceso nacional a impulsar, con aceptación —e incluso alieno— a las variaciones entre los distintos SILOS respecto de las formas de contratar los servicios y el personal, ampliar o no —con fondos adicionales locales en la primera alternativa, claro— la lista de servicios-prestaciones básicas.

La incorporación de las Obras Sociales también puede ser encarada por pasos. Es obvio que ninguna de ellas tiene organizado un sistema de atención primaria tal cual lo entendemos, pues las mismas lo limitan a la recepción de la demanda en los consultorios externos de sus instituciones o médicos asociados. Carecen de todo el resto del proceso que define la atención primaria y la hace realmente eficiente: la posibilidad de articulación y potenciación de las redes sociales del área, la articulación de servicios y equipos de salud con las escuelas, juzgados, unidades laborales de todo tipo; la posibilidad de

visitas domiciliarias sistemáticas, la organización-promoción de actividades y servicios barriales (lúdicos, de asistencia social, atención de discapacitados, marginados, etc.). Lo cual permite que en una primera etapa en cada SILOS se comience a incluir el financiamiento de las mutuas “vendiéndoles” el sistema de atención primaria que las mismas no podrían organizar en ningún caso para sus beneficiarios por razones de costo y accesibilidad. En un segundo paso y paralelamente con la contratación-participación de los profesionales y servicios locales, puede negociarse con las Obras Sociales el reconocimiento de la totalidad de los servicios de atención primaria, la atención de las crisis, la atención domiciliaria.

La atención de los procesos de internación podría negociarse según múltiples alternativas: por ejemplo, derivación a los centros propios o contratados por las obras sociales o prepagas para el caso de beneficiarios de las mismas. Por otra parte éstas podrían además contratar servicios de diagnóstico y tratamiento de diverso tipo adicionales a la cartilla básica general a favor de sus beneficiarios, sobre la base del correspondiente pago adicional.

Los SILOS organizarían un sistema único por área en lo referente a la atención primaria y de red social de apoyo. De constituirse varios grupos en el área del SILOS (cual conviene que ocurra), cada grupo podría también hacerse cargo de todos los niveles de prestación respecto de la población de una subárea. Otra alternativa es que uno de los grupos (por ejemplo el que originalmente actuaba centralmente en el hospital público) se haga cargo de la atención primaria de toda el área, posibilitándose luego a los beneficiarios elegir el segundo nivel, incluida además eventualmente la atención ambulatoria y de urgencia de la demanda espontánea (lo cual en buena medida estaría ligado a su sistema de cobertura). Cualesquiera de las dos alternativas (y sus variantes intermedias) posibilitaría una auténtica competencia entre los grupos profesionales, toda vez que el sistema de retribución se hiciera capitado (al grupo; en caso de un solo grupo para toda la atención primaria, habría que calcular cápitales parciales para el primer y el segundo nivel) y se aplicaran premios y cas-

tigos en función de resultados finales producidos en los grupos de población y transferencias entre grupos por atención de casos correspondientes a beneficiarios primariamente asignados a otro grupo.

Los SILOS retribuirán en general a los grupos prestadores por población capitada. Cada grupo o empresa determinará el sistema de contratación y pago a su personal, incluidos los profesionales (aunque con la obligación de participar de un sistema nacional en cuanto a posibilitar traslados, reconocer antigüedad, etc.).

En principio cada profesional quedará ligado, salvo excepción, a un solo grupo profesional, dentro del cual se determinará en qué proporción conviene que atienda en su propio consultorio y las demás actividades (atención domiciliaria, supervisión de personal, quirófano, consultorios institucionales, etc.).

El proceso de constitución de los SILOS implica una transformación funcional y aun jurídica muy profunda de los hospitales y servicios estatales. La propuesta general es que toda la administración de los mismos pase a entes que no formen parte de la Administración centralizada del Estado.

Esto puede formalizarse bajo múltiples alternativas, que será conveniente que se determinen en cada situación local, y que incluso puedan ser sucesiva o/y (quizás en parte al menos) simultáneamente aplicadas. Una primera alternativa puede ser desconcentrar toda la administración transformando el servicio en una empresa autónoma del Estado, esto es, con capacidad para administrar todo su personal (modificar el tamaño y estructura de su planta, escala de sueldos y modalidad de retribución, régimen disciplinario, sistemas de ingreso y promoción, etc.) y por cierto las partidas para gastos operativos y de inversión (que pueden transformarse así en aporte total tipo “subsidios”) con capacidad para contratar toda clase de servicios y prestaciones, celebrar contratos, recibir y manejar toda clase de aportes retributivos en relación o no con los servicios prestados. Como se mencionó más arriba, esta alternativa puede convenir iniciarla desconcentrando el manejo de los fondos para gastos operativos y de inversión.

En una segunda alternativa (o etapa) la administración misma es transferida a un ente: a) cooperativa de profesionales; b) cooperativa de personal; c) una sociedad sin fines de lucro; d) una empresa o grupo privado.

(La reglamentación general puede apuntar a que la alternativa d) o la c) y d) se lleven a cabo cuando a) o b) no han sido posibles o han fracasado).

En todos los casos, el hospital o la unidad de atención ambulatoria pasa a ser una estructura a administrar por un ente (que puede quizás a la vez incluir consultorios y laboratorios de análisis privados, etc.) para prestar servicios contratados por el SILOS local.

Ahora bien, ¿cómo hace el SILOS para armar un proceso integral de atención primaria con opción del beneficiario a escoger su lugar de internación, etc.?

Empecemos por considerar que cada SILOS convendrá que abarque desde 20.000 personas (áreas rurales con población muy dispersa) hasta unas 200.000. Se trata de lograr que cada domicilio, fábrica, lugar de trabajo, sea visitado periódicamente, o asegurado el acceso a los mismos y su participación en los procesos comunitarios, desde la simple aplicación de vacunas al seguimiento de enfermos crónicos —diabéticos, hipertensos, psicóticos— el desarrollo de actividades sociales, lúdicas, recreativas, productivas, artísticas —para discapacitados, ancianos, jóvenes, desocupados, etc.— y la promoción de la pertinente red de servicios, los procesos locales de articulación intersectorial (con escuelas, colegios, fábricas, centros deportivos y asociaciones intermedias de todo tipo: juzgados, policía, servicios de asistencia social, iglesias, etc.), etc.

Respecto de la recepción de la demanda de atención, las posibilidades son múltiples, nunca totalmente excluyentes entre sí en tiempo y/o espacio, pudiendo emplearse tanto los consultorios institucionales (de los servicios actualmente públicos así como de las obras sociales y privados con y sin lucro) como los consultorios médicos privados que deseen incorporarse al sistema. Los SILOS contratarían al/los grupo/s profesionales, entes, etc. (ver más arriba) que administrarían esos recursos (y el personal requerido para su operación).

Marco que un punto clave es que la retribución obtenida por el prestador sea independiente del lugar de atención y del monto pagado por el paciente o su cobertura (esto debe aplicarse a todas las prestaciones). Sin embargo el SILOS, dentro de los parámetros que formule el Nivel Central, podrá aplicar coseguros según horarios o lugar de atención. Por ejemplo, para acceder a consulta en consultorio privado o para ser asistido en consultorio institucional (no de urgencia) después de las 18 horas. Del mismo modo, para el caso de servicios de diagnóstico y tratamiento, o por el de internación con diferentes niveles de calidad de hotelería (insisto en que deben exigirse similares niveles de participación y retribución profesional). El valor diferencial podrá ser asumido o no por la obra social o/y estar a cargo del beneficiario (o el seguro privado adicional que éste contrate) según lo determine cada obra social.

Los consultorios institucionales podrían incluso ser además alquilados, preferentemente a los profesionales médicos del plantel (corresponde aproximadamente al modelo americano del *full time* geográfico) para la atención de pacientes absolutamente privados (quienes pagarán de su bolsillo o a través de un prepago privado). La atención de pacientes privados debiera ser admitida por el SILOS sobre la base de una actuación profesional prolongada y correcta; incluiría exclusivamente a clientela de alto nivel de ingreso o/y que desea mantener fuerte reserva; se aplicaría en horarios adicionales a los comprometidos por el profesional con el sistema (es un problema complejo, por la fuerte tendencia a la corruptela si no está avalado por todo un proceso de cambio cultural en el público, los profesionales y las instituciones de salud).

En general los profesionales actuarán integrados en grupos, con el objeto de asegurar así mejor supervisión, auditoría, formación continuada, reemplazos por enfermedad, vacaciones, mejor racionalización en la realización de guardias, atención domiciliaria, atención de urgencias y de los pertinentes descansos profesionales.

Se ha mencionado la incorporación de los consultorios privados de los médicos. Estos deberían ser retribuidos en función de la cantidad de horas que

“alquilan” los mismos a disposición del sistema (al cual convendrá o no esa disponibilidad en función del beneficio que pudiere obtener en función de demanda de usuarios por usar los mismos, dado que éstos deben hacer un pago adicional por ello). El médico sería así retribuido por dos conceptos diferentes en relación a la atención en consultorio: por el valor de la consulta (igual que en el consultorio institucional) y por las horas de consultorio puestas a disposición.

Se ha expresado la necesidad de contar con una cartilla o catálogo básico de prestaciones a recibir por todos los habitantes del país en todas las áreas y con independencia de su capacidad financiera o capacidad de aporte al sistema. Esta debe quedar ordenada desde las prestaciones consideradas de mayor beneficio (por ejemplo casi todas las vacunas, las actuaciones interinstitucionales para potenciar la acción de salud de las escuelas, lugares de trabajo, etc.) hasta las de beneficio reconocible pero suspendibles (en caso de regresión económica general, aumento relativo más rápido de precios del sector salud-atención médica respecto del resto de la economía, graves catástrofes que obliguen a la aplicación emergente de fondos) o, inversamente, agregables en caso de mejora de las condiciones económicas. Cada año se establecería el catálogo: se revisa la posibilidad de cumplir con los requerimientos tanto por parte de la oferta cuanto de la demanda en función de los costos y beneficios esperados; se revisan incluso los criterios generales en que se sustenta el listado general ante los avances tecnológicos o los cambios conceptuales que afectan la totalidad del sistema. Obsérvese que en tal modelo prestaciones de alta tecnología quedan limitadas a casos muy reducidos (ej. trasplantes de órganos, operaciones o métodos complejos de diagnóstico y tratamiento ante determinados diagnósticos presuntivos o para determinadas edades, un buen sector de la cirugía estética, diversas operaciones o intervenciones dentales, etc.). Queda claro que se hace imposible en una cobertura nacional efectiva cubrir todas las prestaciones en todos los casos: no es soportable por ninguna economía.

Es obvio que dentro de la cartilla bá-

sica podría haber servicios no disponibles en el área; el aporte realizado al SILOS por el Estado-OO.SS., etc. debe obligar contractualmente a los SILOS a proveerlos fuera del área, pagando por ellos a través de las transferencias correspondientes. En función de ecuaciones costo-beneficio convendrá o no a los SILOS la progresiva realización o contratación de servicios locales, adquisición de equipos, instrumental, nuevos tipos de profesionales, etc.

También la cartilla debe establecer cuáles son las prestaciones totalmente gratuitas para los beneficiarios y en qué condiciones, cuándo éstos deben participar en el pago y en qué condiciones. El "coseguro" puede estar a cargo de las Obras Sociales o ser cubierto a través de seguros privados adquiridos por los beneficiarios; convendrá determinar criterios o márgenes de flexibilidad para su aplicación por cada SILOS, para así adecuar también el sistema a las variaciones regional-locales de los ingresos de la población u otras políticas de fomento que se desearan aplicar al respecto.

Con esto pasamos a definir la necesidad de un Nivel Central, de conducción nacional, con las siguientes funciones:

1. Determinación del modelo general y del catálogo de prestaciones.
2. Políticas generales en cuanto a promoción, formación y reciclado de personal. (¡Pero no su administración centralizada!).
3. Integración de un sistema de información que permita analizar los costos-beneficios del sistema, la satisfacción del público, avances en AVPG y otros indicadores de resultado final, de efectos producidos en la población.
4. Apoyo a los SILOS para su integración y supervisión. Auditoría de los mismos, apoyo de gestión (apoyo informático, administrativo, etc. v.g. para conformar los listados de beneficiarios de diferentes sistemas de obras sociales y los correspondientes aportes a realizar por las mismas; normas de calidad para el funcionamiento de los servicios, la realización de las prestaciones, etc.).
5. Manejo de un fondo central especial para acudir en caso de contingencias nacionales o locales y para la promoción de programas en experi-

mentación o en etapa de arranque (hasta su transferencia a los SILOS en caso de comprobarse su adecuación y la conveniencia de su manejo operativo descentralizado).

Este ente nacional sería coordinado por el Ministerio de Salud, debiendo contar con participación de múltiples instituciones, grupos y estamentos: unos en nivel ejecutivo, de directorio; otros como grupos asesores o de consulta permanente.

Se hace obvio que la discusión anual del presupuesto y los programas del Ente debiera coordinarse con el Congreso y la Secretaría de Hacienda de la Nación (y a través de ésta o conjuntamente con ésta con las Provincias y Municipios), con el objeto de precisar el monto de la participación del presupuesto del Estado en el Ente contrastándolo con la previsión de resultados a producir, los aportes de las obras sociales, de la Universidad. (Esta última sobre todo en cuanto a aportar formación, reciclado de personal, procesos de investigación y análisis, marcos de conceptualización, etc.).

Desde el punto de vista de la estrategia política, cabe observar que el proyecto-proceso propuesto apunta claramente a beneficiar:

1. A la población en general y a todas sus clases sociales, pues cabe esperar un activo y permanente esfuerzo conjunto y con fuerte participación popular local hacia la obtención de mejoras en su calidad de vida a través incluso de la administración local de los servicios o mejor aún, del sistema de salud.
2. A los profesionales, personal de los servicios del Estado, en cuanto les abre un panorama de alternativas y crecimiento en todos los aspectos, aunque deberá seguirse cuidadosamente la aplicación de los instrumentos para que no se produzca una desvirtuación de tal posibilidad.
3. A las obras sociales, en particular las que tienden a realizar cobertura amplia y proyectarse hacia masas importantes de población, al sacarlas de la línea permanente de rojo (pues no pueden organizar sistemas eficientes de atención primaria y no tienen techo respecto de las eventuales demandas de sus beneficiarios) y precisar mejor sus límites y logros posibles.
4. Los seguros privados no son

excluidos, pero sí claramente reorientados. Queda abierto el desafío empresarial para imaginar medios y procesos de cobertura adicionales que pueden ofrecer a los grupos de mejores niveles de ingresos —y eventualmente contratar con los SILOS—.

5. La Universidad, en cuanto al financiamiento de los servicios propios de atención médica (en tanto éstos demuestren capacidad organizativa para adecuarse a estas nuevas reglas de juego) pero sobre todo en cuanto a plantearle en forma más definida un manejo de requerimientos de la sociedad.

6. Los importadores-productores de tecnología, los laboratorios de productos medicinales tendrían asegurado un mercado más estable en el cual quedarían más precisados sus aportes al resultado general.

7. La dirigencia política y sindical, al crearse-ampliarse los carriles de comunicación con los grupos locales de población en relación al tema de mayor impacto social: la salud. Y porque las decisiones pueden adoptarse, e imaginarse nuevos modelos de elaboración y discusión social, tomando netamente en vista resultados objetivos a lograrse y medirse en la población.

8. La economía nacional, al mejorarse la eficiencia de los gastos destinados al tema, y por la implicación que tiene respecto de ordenar toda una serie de industrias y suministros vinculados con la misma, los cuales tienden a representar el 10% de la economía nacional.

6. Puntos a remarcar

Los SILOS sólo contratan los servicios acreditados. No proceden a seleccionar los prestadores.

Este hecho es fundamental. Se desplaza el poder efectivo de los responsables de la contratación a nivel de cada Obra Social, Gerenciadora o prepago hacia tal proceso de acreditación. No debe constituirse un superente contratante que acredite y negocia a la vez, por cuanto esto sólo implicaría multiplicar y complejizar la burocracia, la concentración de poder y de discrecionalidad.

Se estructuran servicios integrados de auditoría-supervisión por área local (SILOS), sin perjuicio de los propios de cada grupo prestador. Este hecho per-

mitiría seleccionar grupos muy calificados de profesionales que hagan de la tarea un proceso docente continuo, con dedicación completa o casi completa, revirtiéndose el modelo actual de auditorías dispersas, realizadas como tarea secundaria por parte de profesionales poco motivados, expuestos a rutinar y bastardear su tarea, y que se alternan entre sí como auditor-auditado al pasar de una obra social a otra con las perversiones que ello trae aparejado.

El sistema de autorización de prestaciones se simplifica por varios mecanismos. No sólo la modalidad de contrataciones puede hacerlo innecesario (capitación o cartera) transfiriéndose la necesidad de autorizaciones para estudios y prestaciones al interior de cada grupo prestador. Compárese con la actual complejidad: la multiplicidad de oficinas de cada Obra Social a cargo de empleados o médicos papeleros para autorizar órdenes; las colas, idas y venidas de los beneficiarios; las demoras, los rechazos o imposibilidades especialmente angustiantes cuando son fuera de horario de oficina —además cada Obra Social con el suyo— y los casi insalvables cuellos de botella de los días y horarios no laborables.

Los grupos o equipos contratados. Se contratan equipos interdisciplinarios de salud, que pueden asumir múltiples formas, cual lo autoriza nuestro régimen jurídico-legal: cooperativas de profesionales o de trabajadores de la salud; sociedades anónimas, de responsabilidad limitada, de hecho; dependientes de (constituidas por) los propios profesionales y trabajadores de la salud, empresarios, sociedades con/sin fin de lucro, etc.

La razón de ser de este punto es que sólo puede obtenerse atención integral sobre la base de integrar un equipo. Contratar aisladamente profesionales, establecimientos y proveedores de servicios por separado deja al beneficiario enfrentado a múltiples prácticas (y los discursos que los sustentan) cada una de las cuales, por razón de formación (y deformación y práctica profesional) tienden a centrar sobre sí —y no sobre el atendido— la problemática de la salud y la enfermedad, lo cual hace ilusoria la posibilidad de una estrategia integrada de salud. La contratación de equipos no garantiza *a priori* que así ocurra,

pero aparece como un requisito que lo posibilita con probabilidad mayor que cualquier otra alternativa.

Se plantea contratar esencialmente grupos humanos, con los establecimientos, equipos, consultorios, vehículos, comunicaciones, organización, etc. que empleen para la realización de los servicios y su funcionamiento como equipo o institución. Esta alternativa se escoge sobre la de contratar establecimientos (aunque en la práctica aparezcan como sinónimos) en cuanto refuerza la trascendencia del grupo humano (y sus procesos de organización e institucionalización) por sobre la de los edificios, equipos y tecnología que tienden a caracterizar los “establecimientos”.

En rigor, sólo cabe admitir la contratación segregada de los servicios de farmacia y eventualmente de los de odontología. No aparece justificada la separación ya tradicional de la contratación de los servicios de salud mental y por cierto los de ninguna especialidad ni los de rehabilitación.

Los grupos prestadores deben ser contratados para que cubran el total del espectro (cartilla) de prestaciones. Este punto conviene analizarlo en dos subtemas parciales:

a) El grupo es contratado para hacerse cargo del total de la cartilla, aunque por sí, en forma directa, desarrolle “sólo el 80% básico”. Lo cual significa que subcontratará con otros grupos (dentro o fuera del área del SILOS) las prestaciones más complejas.

b) En cada SILOS deberá determinarse si para las prestaciones barrial-comunitarias —o sea en las cuales orgánicamente los servicios formales de salud salen a actuar con las instituciones barriales y grupos de la comunidad, además de recorrer domicilios para asesorar acerca de condiciones de vivienda y convivencia más sanas, controlar crónicos, detectar embarazadas, etc., etc.— un solo grupo se adjudica el total de toda el área para realizarlas o ésta se distribuye entre dos o más de los grupos prestadores acreditados, o se establecen alternativas intermedias más o menos integradas. En todos los casos, cada SILOS debe tener aseguradas la recorrida domiciliaria y las acciones comunitarias para el total de la población y de los domicilios.

El sistema no tiene posibilidad de cubrir todas las prestaciones.

Está fuera de la capacidad de un sistema de salud, y de la capacidad toda de un país o sociedad, proveer todos los servicios médicos disponibles a todos los habitantes que lo requirieren. Más allá de la corrupción o incapacidad administrativa, e incluso de inadecuados modelos conceptuales, es imposible aplicar a todos los habitantes que pudieran eventualmente obtener algún beneficio todos los procesos de hemodiálisis, trasplantes, cirugía cardiovascular, etc., etc.; se ha calculado que si en los Estados Unidos de América se efectuaran todas las hemodiálisis a todos los pacientes que pudieran obtener algún mínimo beneficio de las mismas, no alcanzarían, ya no todos los recursos que hoy destinan los EUA para atender los problemas de salud, sino incluso todos los gastos y recursos de los que dispone toda la población y las empresas de la primera potencia mundial para atender a todas sus necesidades e inversiones.

El corolario ineludible de este concepto es que, si pretendemos un sistema solidario, que mejore para todos las posibilidades de vida y calidad de vida, se hace indispensable calificar las prestaciones desde las más eficaces (habitualmente las de menor costo producen en salud más impacto que las muy costosas) hasta las de eficiencia más dudosa y programarlas para asegurar la ejecución de las primeras y reservar las segundas a una mayor disponibilidad de recursos.

Vale la pena insistir en la eficacia de la enorme mayoría de las prácticas preventivas. Estas se caracterizan por beneficiar en general no sólo a aquel a quien se aplica directamente, sino a la sociedad. Cuando se vacuna contra el sarampión no sólo se protege a los vacunados, sino que se crea una barrera para la difusión del sarampión; al educar para manejar las relaciones sexuales con propiedad, se logra una mejor protección para los educados y sus parejas.

El tema de la libre elección

Se reclama libertad de elección para el usuario. En el sistema que plantea-mos, el beneficiario puede ejercer el derecho de escoger entre los grupos pres-

tadores acreditados en su área domiciliaria (e incluso fuera de ella).

El punto requiere aclaración explícita por cuanto en la actualidad el reclamo lo hacen las corporaciones de prepago, y lo impulsan los funcionarios de Gobierno, respecto de la elección de los seguros (de pensión; de seguro o póliza de salud, en rigor de enfermedad). Años atrás eran los prestadores, médicos o sanatorios (de éstos, más rigurosamente las corporaciones de pequeños y medianos, con mínima capacidad individual de *lobby*) los que reclamaban la libertad de elección de prestador por parte del usuario. En esa antigua situación había una lógica centrada en la conveniencia que el paciente —o su familia— pudieran contar con la posibilidad de acceder al médico o institución de su confianza.

Avedis Donabedian sistematizó hace ya muchos años la limitación en que se encuentran el paciente y su familia para escoger productos de salud (más estrictamente, para la atención de la enfermedad) en el “mercado”. La racionalización se practica ahora en un nivel más abstracto, el de la elección (con imposición legal de hacerlo y aportando económicamente por ello) del sistema de prepago o seguro. Que éste sí es el que elige a los prestadores, la forma de pagarles, etc.

En nombre de la libertad (del intermediario-asegurador) el paciente y su familia son alejados así del prestador.

Más relevante es que el ciudadano es alentado para intervenir en la organización del sistema con relación a su propio barrio o entorno, y actuar así sobre administradores y prestadores a la vez, haciéndose él mismo coadministrador y actor determinante de las políticas de salud.

El problema de la cautividad planteado por algunos como el determinante de la ineficiencia del sistema de obras sociales, pasa en esta propuesta a un segundo plano, pues en las áreas donde pueda escogerse entre varios grupos prestadores —casi todo el país, salvo áreas muy marginadas y despobladas— el beneficiario podrá escoger el grupo o red de su preferencia, y dentro de él, el profesional o institución de su elección. (Eventualmente el sistema puede establecer cargas adicionales a cargo del usuario para evitar desplaza-

mientos y sobrecargas, tal como se señaló previamente, por ejemplo, respecto del empleo de consultorios privados o por la utilización de mejores condiciones de hotelería o de elección de prestadores fuera del área).

El manejo de los “grandes problemas sanitarios”

Históricamente el país ha montado importantes programas —en cuanto a su financiamiento, número de empleados, poder político— para abordar problemas de indudable peso social, cual la atención materno-infantil, las enfermedades infectocontagiosas prevenibles por vacunación, la atención de discapacitados, enfermedades venéreas, tuberculosis, cáncer, lepra, enfermedades mentales, paludismo, Chagas; más modernamente SIDA, drogadicciones, etc.

Todos estos problemas, abordados como procesos a manejar con servicios específicos dependientes de un comando segregado de los servicios de salud, han mostrado —aquí y en todo el mundo— que los efectos logrados tienden a ser efímeros, y de costo por lo común desproporcionado a los resultados obtenidos. Peor aún: los resultados obtenidos son generalmente pobres: nuestro país tiene en estos momentos 2 veces la tasa de mortalidad infantil de Cuba; no se consigue una cobertura razonable de vacunados contra el sarampión, el cual ya ha sido contenido en varios países americanos; la velocidad de crecimiento del SIDA es alta, cuando en los países que se han organizado adecuadamente (que no son sólo los más “desarrollados”) se ha obtenido una desaceleración de la epidemia; el cáncer de próstata sigue en ascenso, en tanto Canadá anuncia que próximamente podrá lograrse que ningún hombre muera por esa causa; etc., etc.

La organización de sistemas de salud que realmente accedan a los domicilios, intervengan en el funcionamiento de las estructuras barriales e interactúen localmente con las diferentes instituciones y organizaciones que hacen a la salud es una respuesta formidable a tal desafío, en cuanto crea una estructura de base a partir de la cual aplicar y evaluar eficazmente prácticas específicas de prevención y tratamiento a cargo de los servicios de salud y la propia gente. Así lo demuestra no sólo la experiencia inter-

nacional, sino experiencias nacionales que, por estar limitadas al sector público, fueron discontinuadas por falta de presupuesto, avatares partidistas y sobre todo, por la falta de voluntad y conciencia política acerca de lo que debiera ser un problema de Estado de primer orden. Pero que hasta aquí sólo lo es declamatoriamente. No lo es aún en la organización institucional y en el modelo cultural.

El papel de la administración, consultoría, asesoramiento, gerenciamiento, financiamiento privados

El sistema propuesto no desestima ni desestimula la participación de grupos y empresas con fines de lucro en el articulado del mismo, pero plantea acotar y regular su participación.

Ya hemos señalado la conveniencia que la administración de los servicios públicos —hospitales, centros de salud, dispensarios— pase a manos de los grupos que contrate cada SILOS para la atención de un sector geográfico de población —eventualmente para la aplicación global en el área del sistema integral de atención primaria ya comentado—. Los hospitales, consultorios, etc., pasarían a ser parte del complejo de unidades operativas del grupo —sin perjuicio que cada unidad mantuviere la propiedad actual—. Tales unidades serían concesionadas, alquiladas, hasta quizás vendidas, aunque esta última alternativa sólo cabría ejecutarla después de un amplio período de aplicación, una vez que estuviere despejado el riesgo de que se realizare una eventual transferencia indebida, extemporánea y sobre todo de efecto antisocial.

Los SILOS podrían contratar con (o concesionar a) grupos de gerenciamiento privados para su administración, y quizás ésta fuere la mejor forma en que la capacidad técnica distribuida hoy entre diversos grupos pudiera canalizarse en forma socialmente más efectiva.

Respecto del financiamiento, hemos desestimado la apropiación por grupos privados con lucro de esos fondos, en particular constituyendo seguros privados obligatorios de salud, al estilo de las actuales AFJPs. En cambio estos grupos privados podrían actuar proponiendo adicionales de cobertura a los

grupos sociales más favorecidos, aunque incluso nos parece más saludable limitar tal opción dentro del funcionamiento global del sistema, esto es, como adicional a administrar dentro de cada SILOS.

Por cierto, habría amplia libertad de cada grupo prestador, así como en cada SILOS para contratar grupos privados para tareas de asesoramiento o la realización de proyectos específicos de investigación, análisis, implantación de tecnologías, etc.

Nota: Nos hemos limitado al sistema de atención médica, por ser el sector al cual se refieren los análisis sobre gastos en el sector salud, y por ser el ámbito en el cual puede ser más activa la participación decisoria del Ministerio de Salud. Aclaremos que aunque éste también debe marcar pautas sobre las condiciones del ambiente a obtener, éstas están en muchos aspectos a cargo de los municipios —control de basuras, roedores, higiene ambiental— o de otros entes del Estado (seguridad e higiene industrial, control del tránsito, resguardo general del medio ambiente, control de radiaciones, etc., etc.), con lo cual su poder resolutivo es muchísimo menor.

El lector observará que se emplea el término SILOS (Sistema Local de Salud) pues es el que ha difundido en América Latina la Organización Panamericana de la Salud. Este término ha sido muy bastardeado, pues se lo ha aplicado, por ejemplo, a la administración de un hospital público con sus centros periféricos, aunque su inicial concepción fue claramente planteada en relación a integrar el funcionamiento y los recursos de todos los servicios de salud de un área, independientemente de su origen, financiamiento, administración o propiedad. Podría reemplazarse, para evitar confusiones, con el término Administración local de servicios, al estilo del *National Health Service* de Gran Bretaña en el momento actual (con lo cual se remarcaría que actúa como organismo comprador de servicios y no como prestador de los mismos) u otro aún más desprendido de toda connotación que diera lugar a equívoco.

Resumen del tema

1. El sector salud en Argentina, al igual que en los países desarrollados, consume o representa el 8-8,5% del

PBI. El gasto anual se estima del orden de los 20.000 millones. 10% del total de la masa laboral nacional es ocupada en forma directa (médicos, clínicas, farmacias) o semidirecta (laboratorios de especialidades médicas, industrias-distribuidores de dispositivos) con relación al mismo.

2. La insatisfacción acerca del sistema de salud se expresa en las encuestas. Sólo desempleo e inseguridad laboral, corrupción, seguridad personal, desplazan por momentos a este tema del primer lugar en la preocupación de la gente.

3. Los datos objetivos, expresados a través de indicadores internacionalmente reconocidos, muestran que el país se ha estancado o avanzado muy lentamente en los últimos 30 años, lo cual equivale a retrasarse en la comparación internacional. Cuba, Costa Rica y Chile, partiendo de indicadores mucho más desfavorables, gastando menos per cápita y como % de su PBI, tienen en la actualidad mucho mejores indicadores de salud que la Argentina.

4. En la presentación se describen los hechos más destacados que hacen a la descripción del sector dentro del marco económico-político general, tomando nota de la postura y actitudes de los principales actores, la inadecuación o insuficiencias de las concepciones prevalentes, y se propone una alternativa, más que como solución definida, como mecanismo para iniciar un indispensable proceso de elaboración, lo cual exige la toma de conciencia del problema por los grupos directivos de la conducción político-económica y los formadores de opinión.

5. Nuestras premisas centrales:

- La necesidad de estructurar alternativas organizativo-financieras que reviertan el actual modelo de medicina asistencialista, hospitalcéntrica, que desdén o ignora la aplicación de estrategias y técnicas de atención primaria, y aleja la posibilidad de una participación cierta y efectiva de la población —no extraordinariamente difícil de instrumentar en los niveles locales— para la realización de las prácticas, la formulación de los programas y aun la administración misma de los procesos. Lo cual debe ir ligado con un fuerte esfuerzo educativo sobre los propios profesionales y servicios de salud y la sociedad toda.

- El Estado debe recuperar y po-

tenciar su capacidad regulatoria. No planteamos un Estado administrador. Estimamos especialmente inconveniente que sean sólo funcionarios estatales dependientes de gobiernos de turno quienes administren por sí los servicios públicos o los fondos de la salud.

- La salud, como bien social, no puede ser resuelta entregando los recursos sociales aplicados a ella, a empresas lucrativas. Sin embargo, las empresas privadas, con lucro o sin él y en actuación a diferentes niveles —desde las clásicas y obvias prestación de servicios, producción, y distribución de bienes, hasta la administración de establecimientos y redes, y aun financiamientos supletorios— deben ser ampliamente incluidas y estimuladas su participación, competencia y competitividad.

- Propiciamos separar las estructuras de financiamiento de las de gestión de los servicios prestadores.

- El sector salud debe recuperar capacidad para efectuar su propio manejo dentro de las estructuras del Estado, hoy dispersa entre diversos niveles y estructuras (Economía, Trabajo, Salud). Hecho que contrasta con lo que ocurre en el sector Educación, por ejemplo, en el que si bien su financiamiento es público y privado, la definición de políticas —correctas o no— se centraliza en los Ministerios de Educación. En el campo de la salud este esquema de funcionamiento de las estructuras del Estado se ha caracterizado por la continua erosión del poder del Ministerio de Salud, en tanto la formulación y ejecución efectiva de las políticas se han distribuido entre el Ministerio de Economía (reglas generales de juego de los actores económicos y determinación del sistema de salud como mercado), las Secretarías de Comercio e Industria (control real de los laboratorios de especialidades médicas, control de precios de mercado, regulación de importación, etc.), Ministerio de Trabajo-Secretaría de Seguridad Social (control de las Obras Sociales y de las ARTs), Secretaría de Hacienda (monto presupuestario y regulación de los flujos financieros estatales), etc.