

La reforma del sistema de salud¹

Aldo Neri²

Resumen

Se sintetizan algunos aspectos centrales del cambio social —principalmente referidos al trabajo—, así como aquellos más específicos del campo sanitario que, tanto a nivel mundial como en Argentina, condicionan más fuertemente el desempeño del sistema de servicios de salud.

Palabras clave

Servicios de salud, reforma de la atención médica; seguro de salud; equidad en salud

Keywords

Health services; health care reform; health insurance; equity in health

Los hechos sociales no acontecen en una burbuja dentro de cada país, ni se halla este desconectado de la trama de tendencias que dan la vuelta al planeta. El campo de la salud no es otra cosa que un ejemplo más de esta interrelacionada realidad que aglutina al poder, la economía, el saber, la cultura, y el resultado social de todo ello, expresado en calidad de vida.

Los años finales del milenio encuentran a la humanidad sumida en la paradoja. El deslumbrante avance tecnológico y productivo, y el debilitamiento del riesgo de guerras totales, llegan acompañados de una feroz concentración de la riqueza, mayor inequidad, y desarrollo de formas nuevas y más complejas de exclusión social, que empalidecen a las variantes tradicionales de la pobreza en su efecto degradante.

Es cierto que fue una buena noticia el fracaso de los to-

1. El presente artículo fue escrito por invitación de UNICEF hace aproximadamente tres años. No fue publicado hasta la fecha. El autor considera que los eventuales cambios de política que ocurran en el 2000 no invalidan la realidad del contexto en el que se plantean las opciones de futuro aquí referidas, u otras posibles. Es por ello que no ha hecho modificación al texto original.

2. Médico diplomado en Salud Pública. Fue Director de la Escuela de Salud Pública de la UBA, consultor de organismos internacionales, Ministro de Salud y Acción Social de la Nación y Diputado Nacional. Integra el Consejo del Instituto Programático de la Alianza y dirige la Fundación Argentina para la Libertad de Información (FUALI).

Luego se desarrollan las opciones de seguir las tendencias vigentes en Argentina a lo largo de la década del '90, o reformar el espacio público de la salud con una orientación que integre recursos y universalice una cobertura igualitaria, destacando los aspectos financieros, de organización y regulación, así como los dilemas políticos involucrados.

Finalmente, se alude al necesario enmarcamiento de toda propuesta en una visión más amplia de política social para la democracia.

Abstract

Some key issues of social change —mainly in relation to work—, and also those more specific in the health field are analysed because of their influence on the model of health services in Argentina and the rest of the world.

Two policy options are presented: to follow the tendency of the previous decade, or to reform the health field towards equity and efficiency. Financial, organizational and regulatory issues are commented; also the political dilemmas involved.

Finally, it is emphasised that the proposal must be inserted in the framework of a global social policy thought for democracy.

talitarismos masivos pero, en términos colectivos, es difícil detectar signos de progreso moral siquiera aproximados al progreso material, fuera de desarrollos declarativos que aún tienen poco que ver con las situaciones reales de la mayor parte de los países. Por otra parte, la quiebra de los omnipotentes proyectos quiméricos abrió el camino a su contracara: un determinismo de mercado cuya pedagogía pasa por abandonarse a las fuerzas espontáneas de la historia, curiosamente coincidentes con los intereses de los más privilegiados de la especie.

Repasemos brevemente algunas de las características del contexto actual que mayor vinculación evidencian con las dificultades y posibilidades de reforma de los servicios de salud.

El mundo de hoy

Si tuviéramos que elegir un atributo central para caracterizarlo, desde el ángulo del interés social, ninguno será mejor que la actual crisis del trabajo, en buena parte del mundo rico y del mundo pobre. Una modalidad de trabajo asalariado que la humanidad conoció a partir de la revolución industrial, como culminación de una cadena que recorrió el trabajo esclavo, la servidumbre y el artesanado. Modalidad que, tras la 2ª guerra mundial, fue mayoritariamente aceptada como característica y beneficio —el pleno empleo— de un saludable modelo de desarrollo.

Pero no existe eslabón final en la cadena de la historia, y no es fácil predecir el siguiente. La verdad es que el desplazamiento del trabajo humano por el progreso tecnológico fue un dato conocido y olvidado desde siempre. El mismo Marx realizó pronósticos muy precisos sobre la crisis que ello produciría en el capitalismo, tarde o temprano. Sin embargo, la expansión y diversificación productiva lo encubrieron largo tiempo, ese tiempo durante el cual la industria absorbió altas proporciones de población rural redundante, tal como luego lo hizo el sector de los servicios, incluido el Estado, con la que comenzó a sobrar en la industria. Ilustremos con los Estados Unidos, donde la proporción de población ocupada en la industria pasó del 34% en 1960 al 17% en 1990, en relación al total que trabajaba. Y lo peor llega ahora, cuando

la máquina, el ordenador, y la reingeniería de la organización del trabajo destruyen el sueño de la indefinida ampliación de los servicios como fuente generadora de empleos. El impresionante crecimiento de la productividad (producción por persona ocupada) expulsa gente hacia la incertidumbre en todas partes, salvo en países de desarrollo rápido y reciente (por ej.: los “tigres” asiáticos, aún en fase expansiva), o en otros que todavía resisten con políticas laborales de contención (Japón). A la par, la mayor economía del mundo, los Estados Unidos, disimula el desempleo mediante el descenso de los salarios de buena parte de los trabajadores y distintas formas de precarización laboral. Como puntualiza Rifkin: “Las cifras oficiales relativas al desempleo suelen resultar incompletas y enmascaradoras de las verdaderas dimensiones de la crisis del empleo. Por ejemplo, en agosto de 1993, el gobierno federal anunció que se habían creado cerca de 1.230.000 empleos en los Estados Unidos durante la primera mitad del año. Lo que no anunciaron fue que 728.000 de ellos, cerca del 60%, eran empleos a tiempo parcial, la mayoría de ellos en el sector de servicios y mal pagados. [...] Entre 1982 y 1990, el empleo temporal creció diez veces más rápido que la totalidad de trabajo”.¹

La apertura de las economías nacionales, la competencia más dura, y eventuales políticas de ajuste indiscriminado refuerzan la vigencia de un fenómeno que difunde paulatinamente la exclusión. Y a esta última debemos entenderla como mucho más que insuficiencia de ingreso: como debilitamiento de la identidad personal y grupal, como aislamiento de los modos de participación social, económica y política, como marco de referencia de la fractura familiar, la drogadicción, la violencia y el delito. Los excluidos de hoy ya no son los proletarios explotados de la concepción de Marx, porque no producen casi nada de qué apropiarse. Simplemente son expulsados de la corriente central de la historia humana.

Naturalmente, este proceso condice con la evolución hacia una acelerada concentración de la riqueza. Según aprendemos de las Naciones Unidas, el 20% más favorecido de la población

mundial pasó de acaparar el 70% del ingreso en 1960 al 83% en 1990, con *performance* inversa de los estratos del pie de la pirámide.

Crujen las bisagras de la sociedad a impulso de estas transformaciones, y el viejo Estado de bienestar se resquebraja por causa de sus propias ineficiencias, los cambios económicos, y una difundida ideología que denosta la función orientadora y redistributiva del Estado como contraria a las leyes profundas del progreso, cuyo solo instrumento es el mercado.

Al mismo tiempo, la vertiente institucional representada por la seguridad social, dentro del Estado de bienestar, que en la mayor parte de Europa, los Estados Unidos y América Latina asienta su desarrollo y financiamiento en el empleo asalariado, se desorienta ante cambios imprescindibles que le imponen la nueva estructura ocupacional, el envejecimiento de la población, la merma de su financiamiento, el costo creciente de los servicios de salud, el despilfarro clientelístico en no pocos casos, la ineficiencia burocrática y, en tiempos más recientes, la avidez por captar para el mundo de los buenos negocios privados no pocas de sus prestaciones. Es como si la sociedad salarial —como la denomina el sociólogo francés Robert Castel— que se consolidó en la postguerra, estuviera llegando a su fin.

Estos fenómenos, insertos en el hoy tan mentado proceso de globalización, se evidencian con particular dureza en América Latina, con el triste privilegio de haber alcanzado el ritmo más alto de concentración del ingreso y aumento de las disparidades. Quizá, como plantea el filósofo ecologista alemán Wolfgang Sachs, en la cita de Jerry Mender: “... La única cosa peor que el fracaso de este masivo experimento de desarrollo global sería su éxito. Porque aun en su nivel mínimo de cumplimiento, los beneficios de largo plazo alcanzarán tan solo a una pequeña minoría del pueblo”.¹¹

Y en el mundillo de la salud...

Las cosas también vienen cambiando. Y para resumir algunos principales fenómenos bastante conocidos, recordemos:

1 El envejecimiento de la población que, junto a modificaciones en las condiciones de vida, determina un cambio epidemiológico con peso creciente de enfermedades de más complejo e incierto abordaje.

2 Un notable avance científico tecnológico, que induce su propia utilización tanto por lo que realmente logra, cuanto por la expectativa acrítrica de lo que sería capaz de lograr.

3 El paralelo crecimiento de los costos unitarios de los servicios que, por la índole atípica de su producción, no evidencian aumento significativo de la productividad. El resultado de los fenómenos mencionados es una expansión global del gasto que, en su máximo ejemplo, lo lleva en los Estados Unidos al 14% del PBI.

4 Una tendencia cultural a lo que podríamos denominar medicalización vicariante, por la cual parte de la población expresa en demandas médicas necesidades y problemas que corresponden a esferas más amplias de su vida: familiares, laborales, políticas. Y que por ende fracasa en obtener contención y respuesta apropiadas.

5 Como resultado del conjunto de factores mencionado, un emergente imperativo de organización y racionalización creciente, buscando, en la versión más responsable, el punto de equilibrio entre calidad de servicio y sana economía del sistema, y en la versión menos responsable ajustar la producción de servicios al mantenimiento de una aceptable rentabilidad, o a la necesidad de achicar un presupuesto.

6 Una poco clara discusión sobre el régimen adecuado de incentivos para el mejor funcionamiento del sistema, que oscila desde el imperativo solidario e idealista a la cruda propuesta de lucro que auspician los libremercaderistas a ultranza, hoy multiplicados y fortalecidos en la audiencia de los grupos de poder.

Argentina está en el mundo

Y ello se evidencia en que todos los problemas planteados conocen su versión local, aunque, naturalmente, con los colores, olores y sabores propios de nuestra sociedad. Veámoslos.

Después del brote hiperinflacionario de 1988-89 el fenómeno socioeconó-

mico argentino de mayor impacto sobre la salud y los servicios para asistirlos es, sin duda, la extensión del desempleo, subempleo y precarización laboral en general que, sumados, alcanzan a uno de cada dos argentinos y argentinas en edad y con voluntad de trabajar.

Tal deterioro de las condiciones del empleo, además de sumarse al difundido hecho mundial ya mencionado, ha dependido mucho más de la estrategia temeraria elegida para lograr la estabilidad de la moneda y ciertas indispensables reformas a la economía y al Estado argentinos. Me estoy refiriendo a los modos de abrir la economía, desregularla, dismantelar la estructura empresarial del Estado, privatizar la mayor parte de la misma, priorizar inversiones e introducir cambios en los sistemas vigentes de la seguridad social. Estas decisiones, implementadas en lo esencial a partir de 1991 (plan de convertibilidad), evidencian sus efectos sociales regresivos a partir del agotamiento del período de sustancial alivio social inducido por el descenso de la inflación, incluida la reactivación de la actividad económica que suele acompañar a tal descenso.

El aludido impacto sobre la salud de las transformaciones inherentes al empleo se canaliza tanto por el deterioro en condiciones básicas de vida de las familias, cuanto por el debilitamiento de la cobertura y capacidad de respuesta del sistema de obras sociales, un eje central de estas prestaciones. En este último aspecto inciden: el achicamiento de plantales de trabajadores en relación de dependencia; el atraso salarial; la flexibilización laboral (legal o de hecho), que aporta menos a la seguridad social; el recorte a las contribuciones patronales a la misma, decidido en pro de un incumplido objetivo de elevar la oferta de empleo y mejorar la competitividad, todo lo cual ha producido una importante transferencia de ingresos al sector empresario.

Estos son seguramente algunos de los varios factores determinantes de la acelerada concentración del ingreso nacional, que llevó al 20% más alto de la población de acumular el 49% en 1988 al 56% en 1994 y, correlativamente, 20% más bajo a pasar del 6,4% al 3,3%, esos mismos años.¹¹¹

Más solapado ha sido el deterioro

del sector estatal de servicios asistenciales, atrapado en la pinza de una política nacional de desentendimiento, que sobrecarga a provincias y municipios con responsabilidades mayores en momentos en que deben efectuar su propio ajuste, por una parte, y por la otra, una mayor demanda proveniente de sectores de población obrera o de clase media que han perdido cobertura e ingreso en los años de esta década.

La integralidad y coherencia profunda del proceso en marcha se expresa también en la evolución del sector privado prestacional, que desde los alegres años expansivos de la década del '70 con la plata de las obras sociales, supo del estancamiento a lo largo de los '80, y en los '90 se sume en una crisis que desnuda las distorsiones acumuladas: sobredimensionamiento de profesiones, camas y equipos, gran ineficiencia de unidades de tamaño insuficiente, muchas de las cuales caminan a la quiebra, y mayores asimetrías internas del sector, dependientes de un nicho de mercado abreva cada organización o profesional.

La actitud de los diversos protagonistas sectoriales fluctúa entre la nostalgia de un pasado sin regreso posible, la resignación aceptadora de lo que se atribuye a las fuerzas de la historia, o una agresiva y ventajera adaptación a las mismas, que suele redundar en un agravamiento de los efectos sociales del cuadro esquematizado.

La dirigencia política se debate, mayoritariamente, entre su magro conocimiento del problema, su temor de quedar mal parado frente a los intereses de los protagonistas sectoriales, y un difuso discurso de protesta y reivindicación que disimula mal la carencia o debilidad de propuestas. Las voces más enérgicas que se escuchan corresponden a representantes de corporaciones —sindicatos, tecnoburocracias, profesiones, industrias, entidades financieras— que, más allá de coincidentes apelaciones humanitarias, encuentran la fórmula para equiparar el bien común con sus intereses particulares. Mientras tanto, el deterioro progresa, silencioso y anónimo.

La ineludible pregunta que impone la situación es, como en tantos otros campos: ¿qué es lo mejor que se puede hacer?

Opción 1: seguir las tendencias y políticas actuales

Nadie podría objetar tal elección como incoherente con el contemporáneo proceso argentino de cambio social global: ¿por qué, si en tal proceso todo tiende a acentuar asimetrías y marginaciones, y también lo hace en salud, debemos pretender aquí cosa distinta? No conozco más que una respuesta posible por parte de la sociedad a este dilema: ¡porque no quiero! Trataré de explicarlo en los acápite siguientes.

El escenario actual es una cuasi esquizofrénica mezcla de buenos principios y perversos resultados. Quien escuche propiciar la descentralización de la gestión estatal, la autonomía de los hospitales, la modernización de las obras sociales para hacerlas eficientes, la acreditación según norma de establecimientos y recurso humano, la mayor participación de los usuarios en las decisiones, la jerarquización de la medicina general en la organización de los servicios y un uso pautado de las especialidades y la mayor complejidad en general, creará estar escuchando lo mejor del buen discurso sanitario de los últimos treinta años, fracasado en reiterados intentos de implementación.

Esa música sirve de acompañamiento a un conjunto de decisiones —tardías respecto a las de reforma económica y del Estado— que, en definitiva, profundizan y formalizan las graves desigualdades existentes. Tales decisiones se inspiran, por otra parte, mucho más en el servicio a la estrategia económica elegida y en ciertos prejuicios de la doctrina libremercadista a la moda, que en criterios que sirvan a una mayor equidad asistencial. La extrapolación al campo de la salud de un concepto de competencia válido para el mercado de bienes y ciertos servicios, ya sea que surja de ingenuidad o malicia, incide, junto a otros factores, en la privatización de hecho que experimenta la atención de la salud en la Argentina. Privatización que no implica necesariamente cambios institucionales, sino de los modos en que cada persona o familia debe enfrentar sus necesidades en salud. Si se favorece la competencia por precio, quienes tengan mayor capacidad de pago se quedarán con los “me-

jores” servicios, por mucho que se reglamentamente un hipotético nivel básico común.

Un apenas discreto conocimiento de este mercado atípico demuestra que es harto difícil, sino imposible, pensar actuarialmente respecto a las necesidades involucradas; que el techo de demanda es casi inexistente, porque lo fijan la oferta y la cultura; que su límite empírico habitual son las limitaciones del financiamiento; que son innumerables las posibilidades de la oferta para discriminar, sobremedicalizando o desmedicalizando según conveniencia de su ganancia, en un libre mercado; que las características de la formación de precios en el sector hacen que su liberación resulte un pésimo instrumento de ordenamiento, en términos de resultado sanitario —ayuda recordar los efectos de la liberación total en el precio del medicamento, estos últimos años—.

Las actuales decisiones “desregulatorias”, desconociendo estos hechos, se proyectan hacia un sistema de organismos de seguridad social —obras sociales reformadas, prepagos, y mutuales adaptados al nuevo rol— probablemente más eficientes en términos económico administrativos, pero concentradores de los afiliados con mayor capacidad de pago en los más prestigiosos o en planes crecientemente pagados por los interesados. Las obras sociales más débiles, quebrada su precaria solidaridad redistributiva histórica por la migración de los que ganan más, se refugiarán en el plan barato, preferentemente por convenio con hospitales estatales. Tal vinculación implica un tentador respiro para el presupuesto de las provincias y municipios, al permitir recortar, o por lo menos no aumentar, la asignación de recursos de rentas generales, en estos tiempos de ajuste; implicará, también, inevitables limitaciones de acceso a los que no cuenten con cobertura de ninguna clase. De cualquier modo, en tal camino, el hospital estatal consolidará su imagen tradicional de establecimiento exclusivo para pobres, lo que ha funcionado históricamente como una seria dificultad político cultural para su reforma. El sector asistencial privado seguramente profundizará sus fracturas, y ganarán espacio pocas organizaciones capaces de gerenciar un eficiente proceso de concentración.

Lo afirmado no es adivinanza; es la lógica interna de los hechos y políticas tal como hoy los conocemos, con las correcciones que le impongan eventuales modificaciones en la línea decisoria elegida hasta el momento. Y quiero destacar este último comentario como apoyo en el desarrollo de la opción 2 que sigue, como propuesta alternativa.

Ninguna sociedad puede escapar al disciplinamiento que le imponen determinados hechos estructurales, algunos de los cuales ya comentamos en los acápites iniciales de este ensayo. Pero la concepción de que el determinismo del mercado resulta ser el duro pero único camino posible hacia el progreso social es un presupuesto ideológico refutado por la realidad, principalmente en los países que llegaron más lejos en el intento, como Gran Bretaña y Estados Unidos. Presupuesto ideológico por lo menos tan falso como aquel otro enterrado en Berlín, de que se podía manipular la felicidad social desde la planificación centralizada y omnipotente. Los hombres no somos ni tan todopoderosos ni tan inermes. Existe un margen decisorio para la política. Explorémoslo en nuestro caso.

Opción 2: reformar el espacio público de la salud

Ante todo, debemos ser conscientes de que toda reforma sanitaria tiene destinatarios privilegiados y otros no tanto y que ese privilegio debe ser racional y explícito, y no resultado de ventaja de poder circunstancial. Existen sectores sociales que califican para tal privilegio desde una visión predominante de ética social, aunque pueden discutirse las cuotas de aporte al bien común que están en condiciones de cumplir. Tal es el caso de los más viejos y buena parte de los discapacitados. Y desde una visión que conjuga el enfoque moral con un sano utilitarismo social la condición materna y la infancia aparecen como prioridades indiscutibles de todo sistema de salud.

Aun reconociendo que es el sistema social en su conjunto el que fundamentalmente enferma y mata, así como protege y cura, no es desdeñable el papel de los servicios de salud. Está muy claro, por ejemplo, que una concepción

con énfasis preventivista es decididamente ganadora en los problemas de la niñez y adolescencia, pero que tal enfoque no es igualmente viable en cualquier modelo de funcionamiento del sistema. Los que generan proximidad, continuidad e incentivos adecuados para los prestadores, serán los exitosos para este objetivo.

Siempre es bueno explicitar las premisas de las que se parte. La primera, en este caso, es que resulta deseable y posible un servicio igualitario en lo esencial, con independencia de la condición socioeconómica de cada quien. En segundo lugar, como ya fuera comentado, que la medicina moderna es un desafío de organización y economía. Tercero, también ya apuntado, que el libre mercado a ultranza resulta aquí una calamidad social, ineficaz, discriminador e inflacionario. Cuarto, que si se quiere lograr el primer objetivo universalista e igualador, el instrumento se llama seguro de salud, entendido como forma de garantía colectiva y no como ninguna modalidad técnico económica en especial, porque del seguro no existe un modelo cerrado a proponer, sino tantos como realidades nacionales. Pero en cualquier caso, aquí no debe adscribirse a la palabra Seguro el concepto de los seguros comerciales que vincula un riesgo con la prima que lo cubre, sino el mucho más amplio de institucionalización de la solidaridad que nos lleva a responder colectivamente a necesidades individuales y familiares. Quinto, que tal cosa no es posible sino en el contexto de un Estado con voluntad política de protagonismo en lo social y gestión modernizada. Sexto, que la reformulación del sistema debe acompañar a otra más amplia de toda la seguridad social, concebida como derecho ligado a la condición de ciudadano y no solo del trabajador, discusión central a encarar hoy en materia de política social, porque, como bien señala Pierre Rosanvallon: “en un mundo cada vez más complejo y evolutivo, la solidaridad no tiene sentido más que globalmente”.^{iv} Séptima, que, igualmente, la reforma del sistema tributario y de su asignación al gasto público es una exigencia paralela a la anterior. Octavo, que la decisión de llevar adelante el cambio exige, además de rigor técnico, una formidable implementación políti-

ca, ante la montaña de intereses particulares que (todos en nombre de la salud del pueblo) habrán de trabarla, en un campo tan corporativizado como es el de la salud.

Desde estas premisas es posible avanzar sobre algunas cuestiones centrales a resolver, para la construcción exitosa del seguro. Y la primera tiene que ver con su financiamiento.

Este cumple el doble papel de herramienta principal de poder dentro del sistema y de factor esencial en el proceso redistributivo de implementación de la solidaridad. Y quiero enfatizar estos conceptos frente a la tendencia a centrar la discusión en el monto de los recursos societarios para la atención de la salud.

Es muy probable que la Argentina utilice hoy una proporción razonable de su riqueza con tal destino, 7 u 8% del PBI. Sería tonto compararnos con Ghana o con Dinamarca, o peor todavía, con el disparatado 14% de los Estados Unidos. Lo que gastamos parece bastante proporcionado a lo que somos y podemos como país. Pero cosa distinta es creer que esto es sanitariamente útil en la misma proporción. Solo disminuyendo los costos ocultos de la ineficiencia, la corrupción, y una práctica de salud sin claras prioridades, sabremos algún día hasta dónde llegan realmente nuestros recursos, en términos de la salud de la gente. Hoy solo podemos sostener, aunque sin precisión cuantitativa, que el nivel del despilfarro es muy alto. Revertirlo debe constituir una tarea principal de la reforma.

En lo que hace a las fuentes del financiamiento, la política debe definir la orientación de un cambio estructural ya iniciado por las transformaciones sociales antes mencionadas. El impuesto al salario está ligado al modelo bismarckiano de desarrollo de la seguridad social, predominante en nuestro continente, que liga el derecho al beneficio a la condición de asalariado. Además de las razones histórico doctrinarias que lo sustentaron, al menos en Argentina gravitaron mucho las que tienen que ver con el fortalecimiento del modelo sindical que hemos conocido en la segunda mitad del siglo, y en todas partes, su relativa mayor facilidad de recaudación. Más allá de su precariedad redistributiva es evidente

una creciente inadaptación a los tiempos actuales y, presumiblemente, a los futuros, teniendo a la vista las transformaciones en desarrollo en el mundo del trabajo y el empleo. Como un ejemplo de innovación hacia el replanteo de las fuentes tradicionales de financiamiento, citaremos a Francia, que a partir de 1990 impone una denominada Contribución Social Generalizada, como impuesto directo a los ingresos y con destino a la seguridad social, reformulando las fuentes preexistentes. El dilema estriba en expandir la participación de los impuestos generales — con mayor potencial redistributivo si se avanza paralelamente en la reforma tributaria—, o los aportes individuales no redistributivos que harán solo los que tengan capacidad de hacerlos. Y esta última es la alternativa neoliberal, hoy en desarrollo en Argentina, que es también necesario revertir. En todo caso, lo que se está proponiendo aquí es una creciente y decisiva participación de los impuestos generales en la financiación del seguro.

Esto solo puede lograrse mediante la reasunción por parte del Estado de su papel de gestor del bien común en salud, considerablemente delegada ayer a los sindicatos y hoy, crecientemente, a la capacidad de cada uno de acceder a una medicina de mercado. Ello implica un Estado nacional que recaude el impuesto laboral —actualmente es el 8%— y calcule la cuota promedio de recursos que cubre a cada beneficiario del sistema formal de trabajo y a los autónomos con capacidad contributiva a la seguridad social. Y esta cuota debería ser transferida a las provincias de acuerdo al número de beneficiarios que residan en ella. A lo que habría que sumar la contribución nacional a la cuota que cubrirá al indigente asistencial, equivalente en su monto a la anterior, pero co-financiada por ambas jurisdicciones de sus rentas generales.

Este esquemático diseño financiero institucional encierra algunos presupuestos y objetivos que es indispensable explicitar, porque definen elementos centrales de la concepción del seguro de salud que estamos describiendo:

1 La responsabilidad primaria y conducción del seguro es del Estado, dentro de una organización federalista y descentralizada del mismo que otorga

a las provincias la titularidad de su administración.

2 El efecto buscado es claramente redistributivo, tanto entre sectores de población cuanto entre regiones. Esto lo hace, también, inevitablemente conflictivo.

3 Independientemente de las fuentes, la cobertura financiera de cada habitante —porque esta es la condición que otorga el derecho al beneficio, dentro de una visión de ciudadanía social más próxima a la de Beveridge— se expresa en una cuota igualitaria (con la salvedad de los mayores) que representa el recurso público disponible para servicios personales de salud. Ello no excluye la utilización de la tercera fuente, de pagos directos, para co-financiar ciertas prestaciones secundarias o que interesa restringir, además de la eventual contratación privada de seguros complementarios que decidan las personas.

4 La fuente estatal de impuestos generales —destinada a crecer para achicar el pago directo y limitar el impuesto salarial— es una mera transformación del método vigente de presupuestos hospitalarios, válido para servicios estatales unificados de amplia cobertura, pero muy alejado de la fragmentada realidad argentina, amén de sus casi insuperables vicios burocráticos. Enseguida veremos cómo se integra en un procedimiento unificado de canalización de los fondos.

Una aclaración que es pertinente hacer aquí, aunque la misma resulta válida para todo el contenido de la propuesta alternativa, es que el modelo que se expone es un punto de llegada, un dibujo prospectivo, no un cambio de plazo corto. No hay tiempos de cumplimiento fácilmente previsibles. Lo que importa es la continuidad del rumbo. ¡Pequeña dificultad! Nadie piense que todo esto es fácil; en realidad es endiabladamente difícil. Pero cien veces más difícil será repechar la cuesta de la decadencia social a que nos condena la orientación vigente.

La segunda vertiente fundamental a reformar en el sistema involucra a los servicios que el mismo otorga. Y a su respecto la primera regla a cumplir es no discutir la tontería de si el prestador fundamental es el Estado o el sector privado. Recordar, por una parte, que la prestación de salud es un servicio de

carácter e interés público, independientemente de quien lo brinde; y por la otra, que la diversificada distribución de capacidad asistencial que muestra la Argentina hace aconsejable una pauta organizativa que racionalice su utilización, incluso evitando las duplicaciones superfluas y los históricos criterios de inversión absurda. En tal camino se impone eliminar la barrera tradicional entre el Estado (hospital) y sector privado (negocio).

Lo que se requiere son organizaciones con identidad y responsabilidad técnica y jurídica, complejas, y autosuficientes en su capacidad de satisfacer la mayor parte de las necesidades de una familia; organizaciones, no francotiradores incontrolables. Y ellas podrán ser estatales, privadas, sociales (mutuales, gremios), o integrar jurisdicciones en entidades mixtas con nueva personería jurídica.

El tercer pilar principal de la construcción propuesta corresponde a los modos de relación entre el sistema financiador administrado por las provincias, los beneficiarios del seguro, y las organizaciones prestadoras. Su eje es el sistema regulatorio. Este será el responsable de administrar un conjunto de normas que resguarden: a) las condiciones para acreditarse como organización prestadora; b) el logro de un servicio de salud que integre equilibradamente acciones preventivas, curativas y rehabilitadoras —pensando en la salud y no solo en la enfermedad—, que utilice con prudencia y oportunidad los avances tecnológicos, que tenga prioridades claras y limite el consumismo despilfarrador, y que audite la calidad de lo que la gente recibe y no solo las trampas hechas al sistema.

En esta relación regulada entre actores institucionales y personas, tres cosas deben desaparecer: la intermediación, el convenio y el pago por unidad de servicio por parte del seguro. Los dos primeros —herramienta de buena parte de la corrupción en el sistema— resultan prescindibles porque el pago *per capita*, la norma regulatoria y la acreditación lo reemplazan. Serán los ciudadanos quienes elijan entre las organizaciones prestadoras autorizadas que compitan en este particular “mercado” por su favor, que determina el traspaso de su *capita*. No serán los ge-

rentes o dirigentes de instituciones intermediarias que administran, más o menos discrecionalmente, “paquetes de demanda”, e incrementan artificialmente el costo de la atención de la salud en Argentina.

A su vez, la eliminación del pago por unidad de servicio, incontrolable en nuestro contexto de sobreoferta y pugna distributiva, se reemplaza por la generalización de la *capita*, lo que al mismo tiempo implica descartar la posibilidad de competencia por precio. Será por cierto saludable la competencia por costo, que a igual calidad de servicio premiará al más eficiente.

La tarea regulatoria, si bien deberá ser responsabilidad de los Estados provinciales —en el marco de criterios nacionales—, tiene que ser compartida por asociaciones profesionales, gremios, universidades y otras entidades de la sociedad civil que tengan que ver con la materia. El contenido del servicio de salud excede en mucho los aspectos estrictamente científicos del mismo, lo que hace indispensable visiones distintas y complementarias de protagonistas sociales. Y es con esta misma inspiración que el sistema deberá prever modos de consulta y participación de los propios beneficiarios, en previsión de las eventuales distorsiones de los puntos de vista sectoriales, y como forma de reforzar la cohesión y el compromiso colectivos.

En este ajustado boceto de las características esenciales del modelo propuesto, resultan indispensables algunos énfasis y precisiones mayores:

1 El modelo de seguro que estamos comentando está claramente excluido de una concepción de medicina de mercado. Y ello no surge de ningún prejuicio ideológico, sino de la convicción por evidencia empírica de que tal concepción representa una calamidad para la mayoría y un excelente negocio solo para unos cuantos. Sepa cada uno elegir a sus amigos en la vida social. Pero ello no implica ignorar que el anárquico sistema actual está lleno de incentivos perversos en su resultado social, que muchos de ellos no son de mercado, y que, contrariamente, determinados incentivos de mercado pueden ser útiles si se aplican en un modelo que pretende llegar a ser universal, solidario, redistributivo y eficaz.

Como ejemplo de malos incentivos por fuera del mercado podemos simplemente recordar algunos de los que, en su momento, nacieron como conquistas sectoriales en el desarrollo del viejo Estado de bienestar: los regímenes laborales en los hospitales estatales, o los bajos niveles de selección o exigencia en las políticas universitarias y en el ejercicio de las profesiones de salud.

Como ejemplo de buenos incentivos de mercado, algunos de los que estamos proponiendo: libertad de elección de organización prestadora —no de intermediario— por parte de la población, y pago fijo con estímulo a ser eficiente para sostener “rentabilidad” o, al menos, equilibrio de cuentas en cada organización prestadora.

Naturalmente, el riesgo del modelo es que favorezca la subprestación, en lugar del abuso. Y que, a la larga, los más pudientes se vean inducidos a buscar otras alternativas asistenciales por afuera. Con lo que se llegaría precisamente a lo que queremos evitar. Pero como saben los que saben de estas cosas, no hay esquemas o procedimientos que en este campo garanticen éxito. Todos tienen fortalezas y debilidades. El resultado depende de su adecuación al contexto de cada sociedad, a la energía del cuerpo político y, sobre todo, a la calidad de la instrumentación, que le pone un techo infranqueable a la mejor de las ideas.

2 Una característica central del modelo es que las reglas de juego para las organizaciones prestadoras son iguales para todas, sin diferenciación por la jurisdicción estatal, privada o social que las origina. Y esto es particularmente importante para la inserción del hospital estatal en el seguro. Solo así se podrá gestar una real autonomía y reforma profunda de estos hospitales; solo así, además, se logrará abrir realmente el sistema prestacional para que sea capaz de superar los estancos y mezclar sectores sociales.

En la misma tesitura, el hospital debe cobrar como cobran todos, por cuota o capitación, si actúa solo —cosa imaginable en pocos casos, por el requisito de autosuficiencia e integralidad asistencial—, o como parte de una asociación más amplia, que distribuirá internamente en función de sus acuerdos de funcionamiento.

3 Cuando hablamos de integralidad de prestaciones, estamos pensando en un modelo de seguro que integra, dentro del límite de lo razonable y viable, servicios hoy dispersos en programas aislados entre sí, junto a los asistenciales más obvios. Esto quiere decir que el seguro no “cura” y el Estado “previene” por afuera, sino que acciones tales como la planificación familiar, el control de la embarazada y el niño sano, incluso la complementación alimentaria cuando es pertinente, la detección precoz de determinadas patologías, son actividades de rutina en un programa que cumplen todas las entidades prestadoras. Y ello no invalida que persistan responsabilidades centrales a desarrollar por el Estado, como por ejemplo la vigilancia epidemiológica, que, por su índole, quedan por fuera de los servicios personales y no caben en el seguro.

4 No habría transformación institucional, organizativa y financiera que realmente mejore la situación que nos ocupa, sino se encara simultáneamente una revisión de los contenidos mismos de la práctica de salud. Pero desde una visión de calidad de atención que supere los primarios impulsos de mera contención de costos que resultan su muy mala imitación.

De lo que se trata es de estudiar y normatizar la gestión clínica. Porque, para la regulación del sistema, mucho más útil que hipotéticos listados de servicios cubiertos o no cubiertos resulta la vigencia de normas de atención, que recojan el estado del conocimiento e impongan límites a los márgenes de discrecionalidad del profesional. Esta es una tarea para los profesionales, y la mejor contribución que sus entidades representativas podrían hacerle hoy a su pueblo es comprometerse a realizarla.

Y ahora, tratando de redondear el acápite, vuelvo al comentario previo de que, para concretar la construcción de este modelo, no hay tiempos de cumplimiento fácilmente previsibles. Será, ciertamente, un itinerario de múltiples escalas. Para citar tan solo algunos ejemplos: una progresiva fusión de las obras sociales en un número menor de entidades, que vayan delegando, por convenio, la gestión de su cobertura en la obra social de cada provincia, refor-

mada para acceder a su nueva responsabilidad de germen del seguro local; modificaciones al régimen de aportes y contribuciones para ir acercándolo a una cápita más redistributiva; eliminación de los modos de contratación actuales, traspasando al afiliado la decisión, en la medida que la autoridad regulatoria acredite —y evalúe permanentemente— a un conjunto de entes y asociaciones prestadoras de servicios; los cambios de fondo indispensables para la integración progresiva de los hospitales estatales en el nuevo modelo general.

Un aspecto importante a atender es la conveniencia de promover que parte de las obras sociales se transforman —por sí solas o asociadas a organizaciones privadas u hospitales— en prestadoras directas de servicios de salud, y capten libremente beneficiarios que las elijan. Ello conlleva varias ventajas: por un lado atenúa la incertidumbre que naturalmente producen los cambios de sistemas en los afiliados que, aun quejosos, con frecuencia valoran su vieja pertenencia: y por el otro ofrece al sindicato la continuidad “*aggiornada*” de uno de sus papeles en Argentina. Un subproducto nada despreciable será la disminución del voltaje político de las reformas. La participación de las organizaciones sociales prestadoras se sumaría así a la privada y a la estatal, sola o en combinación con ellas, y en igualdad de condiciones y normas de funcionamiento.

De todos modos son numerosas las resistencias previsibles para un cambio de esta índole. La ironía estriba en que la mayoría de las corporaciones y grupos de interés que pueden sentirse afectados, lo serían en cualquiera de las opciones descriptas. En el camino al mercado, los más entre los sindicalistas dejarán jirones de poder —salvo los que ya lo transforman en poder empresario—; los profesionales redundantes serán —son— eliminados sin categorización de sus calidades; las tecnoburocracias del Estado son trituradas por su desmantelamiento, y sobreviven transitoriamente quienes se acoplan a los créditos multilaterales o a fugaces consultoras; la industria farmacéutica enfrentará tarde o temprano la disyuntiva de los empresarios de la salud entre su propia ganancia y el gasto de medica-

mentos. Y son solo ejemplos principales de quienes están hoy, consciente o inconscientemente, ante el dilema de un cambio programado para el bien común, del que ellos también son parte, o liberado a una penosa apoteosis del mercado en un espacio público equivocado.

Pero el espacio a reformular contiene mucho más

Los servicios directos de salud ocupan el lugar más notorio, identificable y costoso del espacio público de salud, y en el modelo propuesto se llaman seguro de salud. Pero el problema social de la salud excede mucho a este ámbito institucional, y se expande en círculos concéntricos de condiciones de vida con poca o mucha influencia en tal problema, las que a su vez son tributarias de políticas públicas habitualmente alejadas de las sectoriales de salud.

Vamos a resistir la tentación pergrullesca de enumerar ejemplos bien conocidos, pero conviene una breve reflexión sobre las limitaciones del Estado para enfrentar situaciones muy directamente ligadas a la salud comunitaria, pero distintas a lo estrictamente asistencial. Tal es el caso de la contención y recuperación social de ancianos y discapacitados, el sostén de niños con problemas de contexto familiar, ciertos aspectos de salud ocupacional, acciones preventivas a través de la educación popular y de maestros, como en el caso paradigmático del SIDA, las cuestiones ambientales urbanas y periurbanas. Es evidente que en este y otros parecidos problemas el mercado no aporta soluciones, o peor, en algunos casos —pensar en el ambiente urbano— conspira para agravarlos. Pero tampoco es fácil —ni deseable— imaginar una futura acción hegemónica y excluyente del Estado en este campo.

Por otra parte, e independientemente de cual sea nuestra hipótesis o aspiración de futuro para el Estado de bienestar, es previsible por lo menos una limitación en su crecimiento, que, en la versión optimista, pueda ser acompañada de un incremento en su eficiencia y efectividad social. Esto, sumado a los riesgos de despersonalización que la acción estatal conlleva, le otorga al de-

sarrollo del llamado tercer sector una trascendencia esencial en acciones de salud complementarias del seguro.

El papel del tercer sector es un tema ampliamente discutido en el mundo desarrollado, por ser un ámbito potencialmente captador de parte del desempleo tecnológico contemporáneo, y por su papel en actividades de interés social que ni el Estado ni el mercado cubren adecuadamente. En este último caso, de lo que se trata, en definitiva, es de una reformulación moderna y compleja de actividades de contención social que, en la sociedad tradicional, realizaban las familias y comunidades, y fueron en muchos casos transferidas posteriormente al Estado.

Pero ambas posibilidades de aprovechamiento social del tercer sector están hoy íntimamente tramadas, desde que, como bien apunta Rosanvallon: “Repensar el Estado providencia implica prioritariamente concebir de manera nueva la gestión social de la desocupación”.^v

El voluntariado asociativo, no lucrativo y con fines de bien comunitario, no tiene en América Latina una tradición histórica parecida a la de algunos países europeos y los Estados Unidos (Gallup informó que, en 1991, el 51% de los adultos norteamericanos emplearon parte de su tiempo en diferentes causas y antes de bien público), pero tampoco es inexistente. En la medida en que la política del Estado lo promueva, sin someterlo, y despojándolo del residuo de beneficencia de elites, aparece como una vía incomparable para la humanización del servicio social, una mejor redistribución de la riqueza, y ámbito de canalización de energía positiva existente en millares de personas, hoy solo estimuladas a satisfacerse en el consumismo bobo. Poca duda cabe de que la salud colectiva resulta una de las áreas que más beneficio puede recibir de un desarrollo armonioso del tercer sector.

Compartamos con Rifkin la convicción de que: “Las ONGs, en la mayoría de las naciones, comparten una nueva visión que trasciende tanto las aspiraciones convencionales de la economía de mercado, como la estrecha ideología de la geopolítica y el nacionalismo. Suya es la perspectiva biosférica. Los nuevos activistas del sector

de voluntariado están íntimamente unidos a la participación democrática a nivel local, al restablecimiento de la comunidad como base para la convivencia, al servicio a sus vecinos y a la preservación de la amplia comunidad biológica, que conforma la biosfera común de la tierra”.^{vi}

Pero apresurémonos a dejar constancia que esta visión de las potencialidades de la sociedad civil en el campo de la salud comunitaria tiene poco que ver con la que difunden algunas usinas intelectuales de la derecha. En ella, una cierta expansión del rol de entidades de la sociedad civil se plantea como bálsamo sobre los rigores de una sociedad feroz de muy poco Estado y casi todo mercado, con profundas desigualdades. Contrariamente, aquí está referida tal expansión a un modelo social de equilibrio y complementariedad en el papel del Estado, el mercado y el tercer sector, coadyuvando a la eliminación de contrastes injustos.

Y la política de salud no está sola

Pienso que el objetivo central de este ensayo es sostener y fundamentar la tesis de que existe alternativa a las tendencias y políticas hoy en desarrollo. Y es un objetivo central en un momento en que, por un lado, la opinión que expresan muchos de los integrantes del poder real en la Argentina, y sus empleados, atribuye tal orientación a fuerzas ineluctables de la historia. Y, por otro lado, es muy pertinente en el marco de un proceso de fractura del contrato social precario que nos unía, y frente al estímulo al refugio y aislamiento de no pocos sectores en las magras ventajas que supieron conseguir, que alimenta formas agravadas de separatismo.

Buena parte de estos fenómenos acontecen como resultado de un determinado funcionamiento de la economía, silenciosa y anónimamente. Pero como bien recuerda Charles Reich: “Deberíamos reconocer que la coerción económica es realmente violencia a baja velocidad”.^{vii}

Apostar por la opción 2 —o por cualquier otra variante con sus mismos presupuestos y propósitos— significa haber optado por un modelo de socie-

dad que pretende armonizar el crecimiento de la riqueza con su distribución, la libertad con la equidad, el progreso tecnológico con la sobriedad en su aprovechamiento, la eficiencia con la responsabilidad social, el humanismo, en fin, en las relaciones sociales. Pero tal construcción requiere una voluntad política colectiva que exprese un grado suficiente de consenso social para la empresa. Y, asimismo, la reformulación de un Estado que, canalizando esa voluntad política, resulte ser mucho más que un campo de batalla entre intereses corporativos fuertemente concentrados, o un mero gendarme que garantice el mínimo de control social indispensable para el ejercicio de la inequidad. Como escribí en otra parte: “Estas son las construcciones fundamentales —consenso y Estado— en la agenda argentina contemporánea. El mercado hará lo suyo y bien, si se le sabe pedir. Si no, trabajará para la frustración colectiva”.^{viii}

Y es con referencia a tal visión globalizadora que la reforma de salud, para ser viable, debe integrar una política social que aborde, conjuntamente, la cuestión del empleo, transformaciones en el régimen de transferencias de la seguridad social y la reforma impositiva. Y es por lo mismo que no pueden aceptarse estrategias esquizofrénicas que, por un lado, producen decisiones económicas que agravan la pobreza y quiebran los sistemas universalistas de protección social, y por el otro, endeudan al país para aliviar, con acciones focalizadas, la miseria extrema. Y esto no implica negar la necesidad de tales acciones en períodos de crisis, sino señalar su incongruencia en el contexto aludido.

“Luego del pacto de la estabilización política y económica de la última década y media, se impone un tercero, en favor de la integración social”, nos recuerda García Delgado.^{ix} Un pacto

así no puede anclarse en el hoy predominante principio de justicia conmutativa, según el cual cada uno en la sociedad retira de acuerdo a lo que puso; una perversa concepción de la equidad planteada desde el neoliberalismo. Un pacto integrador requiere, por el contrario, una plena vigencia del principio de justicia distributiva, según el cual los más favorecidos aportan más para levantar las posibilidades de los rezagados. Otra bien diferente concepción de la equidad.

El dilema central es la elección de una política que la haga realidad, por mucho que resulten opinables diversos aspectos técnicos de su implementación. Si la opción por un modelo de país socialmente democratizado no logra respaldo suficiente para su paulatina concreción, de poco valdrá preocuparse demasiado por el fracaso de un seguro de salud con tendencia universalista e igualadora. Tal fracaso quedará diluido y justificado en una evolución de contrastes y exclusión crecientes, de frustración y pesimismo de la mayoría, de violencia reactiva; en definitiva, un futuro de tristeza que podemos evitar.

Bibliografía

- I. Rifkin J. 1996. *El fin del trabajo*. Buenos Aires: Paidós.
- II. Mender J. 1996. *The dark side of globalization*. *The Nation* July 15/122.
- III. Beccaria L, Vinocur P. 1994. *La pobreza del ajuste o el ajuste de la pobreza*. UNICEF, Doc. de trabajo.
- IV. Rosanvallon P. 1995. *La nueva cuestión social*. Ed. Manantial. Buenos Aires. 1995
- V. Rosanvallon P. Op. Cit.
- VI. Rifkin J. Op. Cit.
- VII. Reich Ch. 1995, *Opposing the System*. New York: Crown Publishers Inc..
- VIII. Neri A. 1995. *Sur, penuria y después*. Buenos Aires: Ed. EMECE.
- IX. García Delgado D. 1996. En: *Argentina, tiempo de cambios*. Buenos Aires: Ed. San Pablo.