

# **POLITICA DE SALUD LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS**

**R. Barrios Arrechea**  
Ministro de Salud y Acción Social

**R. Rodríguez**  
Secretario de Salud

**C. Beretta**  
Subsecretario  
de Programas de Salud

**R. Pistorio**  
Subsecretario  
de Regulación y Control

**E. Zabalúa**  
Subsecretario  
de Recursos de Salud

**D. Expósito**  
Subsecretario  
de Coordinación y Servicios



Publicación N°12

Producido con la colaboración de la OPS/OMS Argentina

Organización Panamericana de la Salud, 1989

Organización Mundial de la Salud, 1989

Se agradece a los Doctores Rodolfo Montero (Secretario de Salud 1986-1987), Carlos A. Vidal, Henri E. Jouval, Pedro Brito y al Lic. Hugo Mercer su participación en la elaboración de este documento. Merece especial reconocimiento la Sra. Haydée Valero por su labor editorial.



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD  
Oficina Regional de la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD  
Representación de Argentina, 1989



## INDICE

	<b>Página</b>
I. INTRODUCCION	5
II. MARCO POLITICO CONCEPTUAL	7
III. BASES DOCTRINARIAS DE LA SALUD	9
IV. LA SITUACION DE SALUD Y EL FUNCIONAMIENTO DEL SECTOR	13
1. La situación de salud	13
2. El funcionamiento del sector	16
V. CARACTERIZACION DE LOS PROBLEMAS SUSTANTIVOS	19
1. El ordenamiento político, jurídico e institucional del sector	19
2. El Seguro Nacional de Salud	20
3. La descentralización	21
4. La participación y el control social	23
5. El financiamiento	23
6. La relación entre el sector público y el privado	25
7. La política de recursos humanos	26
8. Los insumos básicos	27
VI. POLITICAS Y METAS	29
VII. LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	29
1. Proceso de gestión para el desarrollo nacional en salud	30
2. Papel rector de la Secretaría de Salud y planificación sectorial	32
3. Coordinación económico-financiera	32
4. Desarrollo de recursos humanos	33
5. Desarrollo de sistemas de información para la gestión	34
6. Desarrollo integrado de programas y sistemas de servicios de salud	34
7. Federalización del sector	36



## I. INTRODUCCION

A partir de 1984 la sociedad argentina, con las dificultades propias de los grandes procesos de transformación, asume el compromiso de consolidar la democracia. El gobierno del Presidente Raúl Alfonsín establece su responsabilidad al definir con claridad que la fase de cambio y consolidación habrá de estructurarse a partir del reconocimiento de que deberá atravesarse una etapa de transición en la que resabios y actitudes típicas de culturas autoritarias convivirán con el pleno ejercicio de las libertades que asegura el estado constitucional de derecho.

El principal objetivo del gobierno es el desarrollo de una "cultura democrática" que encuentre en el funcionamiento de las instituciones constitucionales una firme plataforma de sostén mientras opere el tiempo necesario para la reforma de estructuras, producto de la conciliación de intereses político-sociales.

Garantizado, a partir de una concepción ética de la política, el cumplimiento irrestricto de los derechos constituidos, y lanzado el sistema político a la recreación de espacios de diálogo-consenso necesarios para la conciliación de intereses sectoriales, es imprescindible identificar las ideas fuerza sobre las que se asentarán las transformaciones.

El Presidente de la República ubica y conceptualiza estas ideas sobre un eje triptico:

- a) el desarrollo de una ética de la solidaridad,
- b) la participación como forma de compromiso del individuo con la sociedad y su proceso de cambio, y
- c) la modernización del Estado de manera que se transforme en palanca y foco motivador para asegurar que esta convocatoria universal, pluralista y esencialmente democrática se desarrolle con eficacia en un marco de equidad.

Se trata de un objetivo trascendente que se ubica en distintos escenarios simultáneos donde los actores (influidos en lo interno por décadas de autoritarismo y desencuentros y en lo externo por los factores condicionantes de la crisis económica y la profunda transformación experimentada por los espacios de poder al avanzar hacia esquemas multipolares) se ven impelidos a una permanente readaptación que agrega una actividad estratégica a la lógica política.

En este marco el sector salud, componente esencial de la política social, debió identificar un proceso de transformación propio que, acompañando la etapa de transición, asegure con eficacia y eficiencia, mayores y mejores niveles de equidad en el acceso a los servicios, tanto promocionales-preventivos como asistenciales-rehabilitadores, y en la provisión de los mismos.

La Secretaría de Salud, expresión orgánica del área, requiere, en este marco conceptual, redefinir su papel estratégico. Si bien en sus orígenes dicha Secretaría surge como una organización no solo normatizadora, sino fundamentalmente ejecutora directa de programas y acciones de salud, esta característica ha ido perdiendo vigencia con el tiempo.

Las sucesivas etapas de transferencia de sus efectores a las provincias han debilitado el rol prestador de servicios. Del mismo modo, el crecimiento del sistema de seguridad social ha transferido su antiguo poder financiador.

Puede afirmarse hoy que el papel de la Secretaría de Salud no está bien definido. Frente a ella existe un sistema de salud complejo, físicamente ubicado en las provincias, pero con tendencia concentradora de la mayor parte de la oferta y del financiamiento. La complejidad del sistema está dada por la existencia de múltiples actores que interactúan a partir de posiciones sectoriales e intereses muchas veces contrapuestos.

A grandes rasgos puede decirse que existen por lo menos cinco dimensiones en función de las cuales se identifican actores relevantes. Ellas son:

- División política (provincias).
- Prestadores de servicios: hospitales nacionales, provinciales y municipales (sector público), hospitales de las obras sociales (sector obras sociales), clínicas y sanatorios (sector privado), profesionales individuales (sector público y privado).
- Agentes de financiamiento: estado nacional, estado provincial, obras sociales, seguros privados, individuos.
- Organizaciones intermedias: asociaciones gremiales profesionales, organizaciones gremiales de trabajadores, asociaciones gremiales empresarias.
- Usuarios: individuos, comunidades.

Durante estos años de gobierno se llevaron a cabo diversas acciones cuyos objetivos convergen en la búsqueda de una mayor participación ciudadana y de transparencia en la gestión de gobierno. El principal esfuerzo de ordenamiento del sector implicó tareas de difusión y esclarecimiento sobre la conveniencia de un conjunto de mecanismos de regulación y orientación, uno de los cuales -quizás el más importante- es la Ley del Seguro Nacional de Salud.

Sin embargo, y a manera de primera síntesis, puede concluirse que el sistema necesita, lo más pronto posible, contar con una característica esencial: gobernabilidad. La gobernabilidad del sistema está subordinada a la utilización simultánea de dos conceptos: agregación de intereses sectoriales y articulación de dichos intereses. La agregación depende, a su vez, de mecanismos que, en el interior del propio sistema, estimulen progresivamente la conversión de muchos interlocutores en apenas unos pocos. La agregación resultará del propio sistema, de acuerdo con los ajustes mutuos entre las partes.

La articulación, sin embargo, es fruto de la negociación y concertación de políticas, planes, programas y acciones con los distintos actores en juego, así como de la efectiva capacidad de formular políticas y directrices que aseguren coherencia al sistema y sean ejecutables por el mismo.

Mientras que la agregación es, en principio, un producto del propio sistema, la articulación difícilmente se logrará a través de ajustes mutuos si no se cuenta con la conducción estratégica del Estado y, por lo tanto, de la Secretaría de Estado de Salud, para superar estos intereses sectoriales.

Consciente de esta problemática, la Secretaría de Salud, sin descuidar la administración de los problemas coyunturales, optó por concentrar sus esfuerzos en el despliegue de una amplia propuesta de reforma que, además de servir como eje orientador para el mediano y largo plazo, fuera también capaz, a partir de la realidad vigente, de permitir la introducción inmediata y progresiva de los cambios que el sector salud requiere y está dispuesto a exigir. En el momento actual, la formulación de la propuesta se encuentra satisfactoriamente concluida y puede ser traducida de una forma más orgánica y coherente.

En este documento se presenta la amplia reforma iniciada, en la que se destacan los siguientes puntos principales: articulación de la conducción del sistema de salud por parte del Estado; integración de los efectores públicos; reconocimiento de la participación del sector privado en la prestación de la atención (corresponsabilidad y participación); recuperación y fortalecimiento de la capacidad de prestación de servicios de la red pública; establecimiento de criterios más racionales para la prestación de servicios médicos; mayor prioridad a las acciones primarias de salud, haciendo hincapié en la integridad y resolutivez de la atención ambulatoria; racionalización de las prestaciones de servicios médicos de costo elevado; fijación de niveles y límites presupuestarios para la cobertura de la atención y administración descentralizada de los recursos previstos; perfeccionamiento de los mecanismos de pagos de los servicios contratados con terceros; implantación gradual de la reforma de modo que permita ajustes eventuales.

La propuesta debe entenderse como un amplio programa de reforma que, partiendo de la polifacética realidad del Sistema de Servicios de Salud de nuestro país, tienda a su integración funcional comportándose, a todo efecto, como un Sistema Nacional de Salud.

Es preciso hacer aquí un reconocimiento explícito a todos los que, a pesar de las dificultades y limitaciones existentes, contribuyeron extraordinariamente a la obtención de logros como los que se expresan en un constante aumento de la cobertura de atención, la reducción de la mortalidad infantil y materna, y el desarrollo de excelencia científico-técnica del recurso humano en salud.

## II. MARCO POLITICO CONCEPTUAL

Argentina vive un momento de trascendental importancia en su vida política. El proyecto de sociedad que habrá de desarrollarse en los próximos años resultará de la búsqueda de consenso alrededor de temas centrales como la crisis económica y social y los cambios en el orden político-institucional; es decir, de la configuración del Estado y de la direccionalidad de sus políticas emergerá este nuevo proyecto.

La salud, entendida como cuestión social, está inmersa en este contexto. Ella constituye uno de los puntos principales de la formulación de propuestas políticas y dentro de ese marco debe ser enfocada.

La evolución de las sociedades está encuadrada en el establecimiento progresivo de una pauta de derechos y deberes entre el ciudadano y su Estado, en el reconocimiento de la igualdad humana básica y en la búsqueda de una participación integral del hombre en la comunidad, es decir, en la extensión gradual de la ciudadanía a todos los individuos.

Sin embargo, este momento histórico que caracteriza la ampliación del concepto de ciudadanía no fue natural y automático. El pensamiento liberal de la Revolución Francesa, que sostenía la creación de los nuevos Estados poseudales, era revolucionario puesto que establecía los principios universales de igualdad y libertad, pero no democrático, en la medida en que los restringía exclusivamente a los derechos civiles.

Se requirió primero la conquista de los derechos políticos de organización, sindicalización y sufragio universal para que, finalmente, el concepto de igualdad civil pudiera ser ampliado hacia una idea de igualdad en el acceso a la riqueza social. El goce de los derechos sociales en las sociedades desarrolladas modernas es el corolario de ese proceso. En ellas, tres siglos de reformas resultaron en el denominado Estado de bienestar social, en el cual se reconoce que es deber del Estado garantizar las necesidades vitales de cualquier ciudadano.

La salud es, sin duda, uno de estos derechos humanos básicos. De modo que, en las sociedades capitalistas modernas, las políticas sociales tienden a lograr un carácter compensatorio, buscando reducir a niveles aceptables las desigualdades generadas por la forma en que se verifica el consumo productivo de la fuerza de trabajo y que rige las condiciones de consumo, individual o familiar, de bienes materiales y no materiales tales como la salud, la educación, la vivienda y la recreación, entre otros.

La intervención estatal intenta atenuar estas desigualdades, bajo la lógica de que los recursos financieros disponibles en virtud de la implementación de políticas sociales deberán ser repartidos en la sociedad, funcionando como un efectivo mecanismo de redistribución de rentas entre regiones, clases y grupos sociales.

Así, no fueron otras las perspectivas y plataformas políticas de los gobiernos al firmar la Declaración de los Derechos Humanos y la Declaración de Alma-Ata, de las que Argentina es una de las naciones signatarias. Todos pretenden lograr, a mediano o largo plazo, que las políticas sociales converjan tanto para la universalización del acceso a bienes de servicios que atienden los requerimientos sociales básicos, como para la equidad en lo que se refiere a la naturaleza de sus servicios, permaneciendo el organismo institucional que define, implementa y ejecuta tales políticas bajo un control democrático.

Sin embargo, en las sociedades latinoamericanas el rol del Estado y la sociedad política no parece surgir hasta ahora de la madurez de la sociedad civil, sino que la relación opera también a la inversa, y el Estado cumple una función importante en la integración y articulación de la sociedad civil conflictiva. No es de extrañar, pues, los largos períodos de autoritarismo y militarización que marcan la historia de la región.

El derrumbe del régimen autoritario y la recuperación del proceso democrático en Argentina no pueden ser concebidos solamente como un ciclo democrático más de un fenómeno recurrente. La sociedad argentina, y así lo ha expresado pública y masivamente, ha resuelto transitar el camino racional, lento y complejo que asegure la consolidación del Estado de derecho. Ello significa reconocer un pasado problemático, respaldar la libertad promoviendo el fortalecimiento de la sociedad civil política, confirmar la necesidad de construir el país sobre pautas modernas y compartidas, asumir la magnitud de la tarea del crecimiento y avanzar en la conquista de los derechos sociales.

El desafío es claro: consolidar la democracia para crecer y crecer para consolidar la democracia, en un contexto económico mundial en transformación que no favorece a los países periféricos.

Cuestiones sociales como la salud resultan prioritarias para la estabilización de la transición iniciada. Las restricciones exigidas para avanzar en el proceso de desarrollo y crecimiento tenderán a crear una situación política inestable si no se rescatan las necesidades y derechos sociales básicos del



ciudadano. Es por eso que el mantenimiento de la democracia tiene que estar centrado en la conquista de los derechos sociales básicos universales, entre los cuales se inscribe, de modo significativo, el derecho a la salud.

### III. BASES DOCTRINARIAS DE LA SALUD

La salud es un valor altamente apreciado por cada individuo y por la sociedad en su conjunto. Los pueblos aprendieron históricamente que la meta de mejorar su salud es posible. Basta mirar hacia el pasado cercano para comprobar que la duración media de la vida de hombres y mujeres se ha incrementado considerablemente. Hacia principios de siglo, alcanzar los 50 años como promedio nacional ya significaba una conquista de importancia; hoy en día los valores promedios se aproximan o superan en algunos casos a los 70 años.

Para lograr este mejoramiento concurren una gran variedad de factores, entre ellos el acceso de la mayoría de los habitantes a mejores condiciones de vivienda, alimentación, educación, la utilización de servicios de salud más adecuados, así como el avance tecnológico y científico. Existe también, sin embargo, suficiente evidencia de que el nivel de justicia y de libertad, y las condiciones de vida de una sociedad determinan en mayor o menor medida la salud de sus habitantes.

El estado de salud de la población de un país expresa la relación entre las condiciones biológicas, psicológicas y sociales de sus integrantes, siendo mejor cuando está basado en el respeto a la dignidad humana, a sus valores y potencialidades. En tal contexto, los individuos pueden alcanzar un mayor aprovechamiento de sus capacidades y vivir en mejores condiciones habitacionales y laborales, desplegando su actividad creativa y participativa.

Toda sociedad moderna reconoce la salud como un derecho de sus miembros y ambiciona una constante superación en el disfrute del mismo. Ello se expresa en la meta de que la población alcance dichos beneficios, evitando que la salud permanezca como un privilegio para quienes cuentan con la capacidad de pago y acceso a un servicio social.

Con una población como la argentina, que tiene claros sus valores, que defiende férreamente sus instituciones y conquistas y que, en la realidad de Latinoamérica, llegó a alcanzar un estadio de pre-ciudadanía, es necesario promover aquellas acciones que permitan mejores y más igualitarias condiciones de vida para todos sus integrantes. Si bien esta es una responsabilidad del conjunto de la sociedad, requiere una clara adjudicación de atribuciones al Estado y a las diversas formas de representación ciudadana, para que puedan decidir, legislar, normatizar y ejecutar acciones destinadas a defender la salud del conjunto de sus integrantes.

En el contexto de una Argentina democrática, que permite el pleno juego de las instituciones constitucionales, es posible retomar la salud como materia relevante de la política estatal.

La política social de un gobierno democrático, y en particular la de la salud, debe asumir un rol transformador de las condiciones de vida y tender hacia el bienestar general. El carácter residual y complementario que le asignaron los gobiernos autoritarios en lo político y liberales en lo económico,

tiene que contrastar con una decidida tarea de cambio e innovación, de prioridades sociales. Como señalara el Presidente de la República: "exige imaginación, voluntad de crear, de inventar; exige todo menos repetir viejos esquemas y anacrónicos enfrentamientos. Exige, por lo tanto, un ancho abanico de reformas profundas".

Los últimos gobiernos no consideraron la atención a la salud como un valor social susceptible de ser garantizado y, consecuentemente, la abandonaron a los intereses del mercado o a la presión política de grupos determinados. Esto llevó a sucesivas modificaciones en la relación entre Nación, provincias y municipalidades en función de quién se hiciera cargo de la dirección y financiamiento de los servicios asistenciales. Asimismo, se observa similar trazar en las atribuciones respecto del control de la higiene ambiental, de los alimentos o de la calidad de los medicamentos. Entre otros factores, esta poco especificada e inestable atribución de responsabilidades contribuyó significativamente al deterioro del funcionamiento de la mayoría de las instituciones del sector.

Como resultado de procesos de descentralización parciales e inconclusos, del deterioro institucional y de la insuficiente asignación presupuestaria, cada sector social, según sus recursos económicos, se hizo cargo de sus necesidades de atención a la salud. Así, los obreros construyeron sus instituciones de seguridad social; los particulares de elevados ingresos reforzaron sus vínculos con el sector privado a través de diversos sistemas de prepago o seguros médicos; y quienes integraban el sector de los cuentapropistas, autónomos o trabajadores con ocupación transitoria, se acogían a las posibilidades de algunas de las obras sociales existentes, o bien quedaban bajo el amparo asistencial público. Por su parte, provincias y municipalidades hicieron frente con muy variados recursos a la atención de la salud de sus habitantes.

La estratificación así generada excedió con creces la autonomía propia de un sistema federal, debilitándose en consecuencia la atribución del gobierno nacional de orientar en forma orgánica una política de salud destinada a todos los habitantes.

La política de salud quedó ligada a la discusión sobre quién ejercía la propiedad de los fondos financieros de las obras sociales. Mientras el Estado, los sindicatos y las corporaciones profesionales debatían esta cuestión, el resto de las acciones y responsabilidades permanecían estancadas cuando no marchaban hacia un franco deterioro, soslayándose las diversas prioridades inherentes a la atención a la salud.

Aunque en los últimos años Argentina mantuvo y diversificó las instituciones de atención médica con la finalidad de poner a disposición de sectores crecientes de la población los beneficios de ese tipo de servicios, no se consideró, a su vez, que una adecuada capacidad y calidad de atención médica es el fruto de largos años de labor dedicada a favorecer una buena formación de recursos humanos, de la existencia de una infraestructura de servicios e investigación científica, y de concebir la salud como un interés relevante para la sociedad. Estos procesos, en cambio, se vieron obstaculizados, y la marcha de la atención a la salud pasó a estar orientada por la puja entre sectores que defienden sus intereses parciales más que por una racionalidad propia del interés social.

La atención a la salud se guió por la lógica de incorporación descontrolada de nuevas tecnologías, por los sucesivos ajustes al valor de las prestacio-

nes en los nomencladores, la utilización indiscriminada de nuevos medicamentos y, sobre todo, una relación entre las partes alterada por la especulación financiera. La inflación, llamativamente, apareció como el motor de nuevas formas de atención a la salud y como la amenaza para muchos y el beneficio para algunos, afectando los valores de un servicio que debía mantenerse dentro de una ética consensualmente apreciada.

Esta plural y a veces caótica distribución de los servicios funcionó sin mayores contratiempos durante épocas de crecimiento económico sostenido, e incluso logró atenuar y encubrir sus dificultades mientras el juego especulativo ocultaba el quebranto productivo. Así como diversas empresas pudieron mantenerse mediante los beneficios derivados de la escalada inflacionaria, distorsiones similares se producían dentro del sector servicios. Estas distorsiones operaron sobre un sector que no es un mercado menor; al contrario, el sector salud anualmente absorbe más del 8% del producto bruto interno, lo cual supone un capital no inferior a los 5.000 millones de dólares. Además, es un importante empleador, ya que sumando el número de profesionales y personal dedicado a la atención médica, producción de insumos, educación e investigación se tiene un contingente no inferior a los 250.000 trabajadores.

La persistencia de los mecanismos especulativos derivados de la inflación condujo a la injusticia y a la completa fragmentación de la atención a la salud, y permitió la conservación de una estructura de servicios cuyos excesos, en materia de superposición de recursos, costos crecientes y endeudamiento exterior, llevaban al colapso financiero.

Uno de los saldos de esta serie de fases sucesivas es que hoy en día se cuenta con una estructura de servicios de salud que no satisface a quienes reciben atención en ella, ni a quienes trabajan en la misma. Son frecuentes los reclamos por demoras, pérdidas de tiempo y carencia de materiales elementales o por recibir la atención en condiciones de higiene y confort inaceptables. Difícilmente pueden estar satisfechos con las condiciones de su práctica los profesionales que reciben remuneraciones por debajo de sus necesidades reales y justificadas y que luego de egresar de una formación académica carecen, en su mayoría, de una educación y capacitación continua, quedando su actualización y superación ligadas a los recursos y posibilidades individuales, cuando es un interés para el conjunto de la sociedad que quienes atienden sus requerimientos de salud participen de los avances científicos.

Por otra parte, desde la crisis de la deuda externa también objetan la actual dinámica del sector las clínicas y sanatorios privados, dado que los costos operativos se han acrecentado y la demanda habitual no asegura condiciones de solvencia para concretar sus expectativas de rentabilidad. Los laboratorios quimicofarmacéuticos, los proveedores de tecnología y los sistemas de financiamiento sufren también, en diferente medida, la crisis de un mercado de la salud cuyo financiamiento es incompatible con una política de austeridad, ordenamiento de la inversión pública y reforma de la política social.

La defensa y consolidación de la democracia reclamó una revisión urgente de las clásicas antinomias del sector: estatal versus privado, centralización versus descentralización, preventivo versus curativo, que en vez de conducir a una definición se mantuvieron como un enfrentamiento paralizante. La persistencia de enfrentamientos ayudó en un pasado reciente a consolidar posiciones y sectarismos, y limitó las condiciones para el diálogo y el acuerdo.

No cabe duda de que Argentina ha experimentado cambios profundos desde la

asunción del gobierno democrático. La ciudadanía asiste a y participa en una transformación decisiva que abarca todas las esferas de la vida nacional, estableciéndose un nuevo vínculo entre el Estado y la sociedad, el cual se desenvuelve dentro de las reglas de la civilidad. Hay condiciones en el país para que las relaciones entre todos sus miembros se ajusten a una juridicidad, a un Estado de derecho. A los sectores sociales representativos les interesa que los espacios de acuerdo, convergencia y estabilidad se amplíen y que existan normas y procedimientos que regulen el avance de la sociedad dentro de una convivencia ordenada y legítima.

La Argentina avanzó significativamente en la posibilidad de recomponer un espacio de acuerdos que dentro del sector salud eran impensables hasta hace muy poco. Este sector puede ser un espacio de avanzada y transformación respecto a la calidad de vida que la sociedad es capaz de alcanzar en el marco de la democracia. Progresar en ese espacio impedirá el verticalismo de acciones aisladas, con su cuota de paternalismo y connotación asistencial.

Una concepción moderna de política social basada en la ética de la solidaridad implica convertir la salud en un instrumento claro de redistribución del ingreso y de reordenamiento del sector destinado a elevar su eficiencia. La dinámica económica del modelo de atención a la salud reclama, en el tiempo de la democracia, ser reformulada en el espacio de una concertación que contemple los intereses de los diversos actores que en él participen. Es necesario tener presente que si bien parte de las prestaciones pueden desenvolverse en la lícita lógica del mercado, la salud de los integrantes de una sociedad no debe regirse por un criterio mercantil.

Todo ello refuerza la convicción de que cada vez más la salud debe formar parte sustantiva de las propuestas, plataformas y prioridades sobre las cuales los partidos políticos, que tienen la responsabilidad de representar a la ciudadanía, orienten el futuro de la sociedad.

Señaló el Presidente Raúl Alfonsín que al sector salud le corresponde, con entera propiedad, ser el escenario de una modernización entendida como proceso social, como transformación del sistema de relaciones sociales en la línea de la participación y de la solidaridad. Al respecto, expresó también que si una dimensión de la modernización es la eficiencia global de la sociedad, ese objetivo supone mejorar la calidad de vida de los hombres.

La transformación en ese sentido demandará un esfuerzo prolongado y sistemático que el país debe enfrentar. Es preciso reformar instituciones y procedimientos que han permanecido inalterados por décadas, y reorientar otros que no responden en forma adecuada a las exigencias de la población. Los argentinos podemos coincidir en ese objetivo.

Los gobiernos nacional, provinciales y municipales, así como los sectores privados y de la seguridad social, pueden acordar que es relevante asegurar la salud de cada habitante como un "derecho humano fundamental y como un objetivo social importantísimo" (OMS/ UNICEF, 1978). Los cambios deben apuntar a la construcción de un modelo de atención a la salud que asegure el cumplimiento de una serie de requisitos:

1. Brindar una cobertura universal a toda la población, a través de recursos sanitarios accesibles, satisfactorios y eficaces.
2. Conseguir que los servicios respondan a las necesidades de la población.

3. Impulsar el desarrollo de los servicios no personales reconociendo su importancia en las sociedades modernas, y fortalecer acciones preventivas.

4. Lograr la articulación de los servicios personales dentro de una red asistencial basada en los niveles de complejidad técnica acorde al grado actual del avance tecnológico y científico, y ordenada de modo que permita una ágil movilización de los pacientes.

5. La eficiencia de un modelo de atención a la salud con las características apuntadas depende mucho de su adecuación a las peculiaridades regionales. Deberán contemplarse las diversidades locales, incorporando las particularidades económicas, epidemiológicas, sociales, políticas y geográficas como referencias que enmarcan en forma permanente la labor en salud. Consecuentemente, la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud, si bien forman parte de una orientación general y nacional, deben contar con la conducción local a través de adecuadas instancias participativas.

6. Para que estos propósitos sean viables es, a su vez, un requisito inicial que el Estado recobre su capacidad institucional de conducción. La modernización de la Secretaría de Salud supone entonces no solo cumplir con el mandato de la Ley de Ministerios y funciones encomendadas, sino responder a una necesidad intrínseca para el logro de sus objetivos y metas sociales.

#### IV. LA SITUACION DE SALUD Y EL FUNCIONAMIENTO DEL SECTOR

##### 1. La situación de salud

Sería reiterativo hacer aquí una reseña estadística del cuadro de salud de la población argentina por cuanto el documento titulado "Argentina: descripción de su situación de salud", elaborado conjuntamente por el Ministerio de Salud y Acción Social y la Organización Panamericana de la Salud en 1985, analiza exhaustivamente el estado del sector, tomando en cuenta la dinámica demográfica, el desarrollo económico y el nivel de vida de sus habitantes. Sin embargo, resulta útil examinar los aspectos esenciales de la situación actual y sus tendencias, ya que ellos son importantes para señalar algunos criterios de políticas y de prioridades.

En la actualidad, Argentina tiene un total de 31 millones de habitantes; en el año 2000 serán 36.5 millones. Tanto el crecimiento de la población como su densidad son bajos. En ambos indicadores el país posee las terceras tasas más bajas de América Latina. La población se ha concentrado en las zonas metropolitanas. En 1986, el 83% residía en centros urbanos y la zona metropolitana de Buenos Aires albergaba el 40% del total de habitantes.

En un período como el presente, caracterizado por las dificultades que se plantean para incrementar la inversión pública en sectores sociales, la rápida urbanización presiona sobre la infraestructura de los servicios sociales básicos: vivienda, abastecimiento de agua, saneamiento, salud y educación. Este es un aspecto crítico que es necesario considerar dada la repercusión que la crisis económica y las políticas de ajuste han tenido sobre las condiciones de vida de los argentinos.

Ya en 1984, alrededor del 20% de la población tenía requerimientos básicos

insatisfechos, y en la actualidad 5 millones de personas (el 17% de la población) deben recibir suplementación alimentaria. Las tasas de fecundidad, inferiores al promedio de América Latina, se relacionan con la rápida urbanización, la creciente participación femenina en la fuerza laboral y el incremento de la educación. La fecundidad en descenso hace prever cambios significativos en la estructura por edades.

La Argentina está en vías de convertirse en un país de población vieja. La proporción de menores de 15 años, que actualmente representa el 30% del total, decrece progresivamente al tiempo que se incrementa la de 15 a 64 años y, sobre todo, la de ancianos. Si bien cabe esperar que la población dependiente disminuya ligeramente debido a la natalidad decreciente, esta incluirá una proporción cada vez mayor de ancianos que requerirán atención médica más costosa y beneficios de seguridad social. Este es otro elemento básico que debe tenerse en cuenta para la definición de políticas de salud, dado el riesgo que representa para el sistema de seguridad social el desequilibrio entre la proporción de contribuyentes y beneficiarios.

El país muestra dos conjuntos diferentes de indicadores del nivel de salud: el perfil urbano, que tiene una pauta de enfermedades comparable a la de la mayoría de los países avanzados, y el rural, que es el típico de los países subdesarrollados.

En 1984 la esperanza de vida al nacer era de 67 años para los hombres y 74 para las mujeres, con grandes disparidades según las provincias. Ese nivel es superior en siete años al promedio de los países de ingresos medianos, pero es aún 13 años inferior al de los países industrializados.

Durante los últimos 20 años la mortalidad infantil se ha reducido en forma considerable. En 1987 la tasa estimada de mortalidad infantil correspondiente a todo el país era de 26 por cada 1000 nacidos vivos, frente a 59 en 1965. Si bien es una de las más bajas de América Latina, existen disparidades regionales o sociales, registrándose tasas muy superiores al promedio nacional. Las causas de la mortalidad infantil están cambiando. Las muertes evitables han disminuido progresivamente hasta representar menos del 50% del total de defunciones infantiles.

La tasa de mortalidad posneonatal, que es un indicador de cuidados infantiles en una etapa temprana, ha bajado también a un nivel inferior al de la tasa de mortalidad neonatal. Las tasas de mortalidad infantil y materna, si bien han venido decreciendo, ponen de manifiesto la necesidad de disminuir las diferencias regionales y sociales. Entre los grupos urbanos de ingresos más altos la tasa de mortalidad derivada de la maternidad ha bajado a niveles comparables con los de los países avanzados, en tanto que entre los grupos de ingresos más bajos de los medios rurales o suburbanos esa tasa sigue estando en torno a 15 por cada 1000 nacidos vivos.

Las enfermedades inmunoprevenibles han disminuido en importancia en los diez últimos años. Las tasas de incidencia de la difteria, el tétanos, la tos ferina y la tuberculosis bajan progresivamente al igual que la de la poliomielitis. El sarampión, en cambio, a pesar de la campaña de inmunización, alcanzó proporciones epidémicas en 1984, registrándose más de 31.000 casos.

La diarrea aguda continúa siendo la causa principal de morbilidad infantil y cada año los hospitales registran 45.000 casos de deshidratación. Se han hecho progresos con la rehidratación oral, pero este tratamiento no goza aún de aceptación general. La segunda causa de morbilidad en la niñez son las infec-

ciones respiratorias agudas, que en la actualidad constituyen uno de los objetivos de los programas básicos de salud.

Aunque las enfermedades tropicales están controladas en su mayor parte, persisten dos problemas importantes: el paludismo y la enfermedad de Chagas. En la zona donde el paludismo es endémico viven 85.000 personas y cada año se registran unos 500 casos nuevos, principalmente entre los inmigrantes; además, si se considera que 3.5 millones de personas están expuestas a este riesgo en una extensión de 350.000 km<sup>2</sup>, se debe concluir que en caso de que la resistencia a los medicamentos e insecticidas continúe aumentando, esta enfermedad seguirá siendo un problema de salud pública en potencia. Por consiguiente, el país se ve forzado a mantener costosas operaciones de control y vigilancia del paludismo. En cuanto a la enfermedad de Chagas, ha sido reconocida progresivamente como una prioridad en la esfera de la salud pública. Alrededor de 2.5 millones de personas han sido infectadas en 13 provincias del norte y centro del país. Las encuestas de los bancos de sangre indican tasas de prevalencia que oscilan entre 6% de la población en Buenos Aires y 22% en Santiago del Estero, con una prevalencia media de 11% en la zona endémica. Si bien los casos de complicaciones viscerales son excepcionales, el 10% de las personas infectadas evoluciona con el tiempo hacia una insuficiencia cardíaca grave. En comparación con otras zonas endémicas de América del Sur, las condiciones ecológicas de las regiones centrales y del noroeste de la Argentina son favorables para la lucha contra esta enfermedad.

Por otra parte, las características epidemiológicas que hasta el presente registra el SIDA en el país reclaman la ejecución de acciones integradas de educación, prevención, diagnóstico y tratamiento que logren contener su incidencia. El aumento de la infección en la población expuesta a riesgo constituye una grave amenaza que debe ser contemplada desde ahora de manera interdisciplinaria y con la mayor concentración de esfuerzos posible.

La mortalidad de adultos en Argentina es similar a la que se registra en la mayoría de los países desarrollados. Las afecciones crónicas son las causas principales de muerte, y las enfermedades cardiovasculares representan un porcentaje extraordinariamente elevado (43%) en todas las defunciones, y el 52% de las del grupo de 40 a 69 años de edad, proporción bastante más alta que la correspondiente a los países industrializados. Mientras que en algunos de estos últimos las enfermedades cardiovasculares muestran un declive debido a la adopción de una dieta equilibrada y al control del peso y del hábito de fumar, en la Argentina este grupo de enfermedades sigue aumentando en términos relativos y absolutos.

La morbilidad de adultos impone la carga más pesada sobre los servicios de salud. Las enfermedades crónicas no transmisibles, los accidentes, las enfermedades ocupacionales, las incapacidades parciales, las deficiencias sensoriales y los trastornos mentales son las causas principales de morbilidad hasta los 50 años. La hipertensión, las enfermedades cardíacas y otros trastornos cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, la bronquitis crónica y la artritis prevalecen entre los 50 y 65 años. Posteriormente, las numerosas afecciones de los ancianos tienen como consecuencia una pérdida progresiva de autosuficiencia que requiere costosos cuidados médicos y de enfermería. Si bien no se dispone de datos sobre gastos por grupos de enfermedades, es evidente que se destinan grandes sumas a la atención médica y dental de la población adulta y anciana. El modelo de práctica médica es semejante al que se observa en los

países industrializados y muestra tasas comparables de utilización de servicios especializados y avanzados en campos como cardiología, cirugía, psiquiatría, ortopedia, diálisis renal y trasplantes de órganos, entre otros.

La carga de la morbilidad de adultos y ancianos es comparativamente tan importante en la Argentina que se requieren proyecciones epidemiológicas y demográficas para orientar las inversiones globales en el sector durante los próximos 20 años. Una planificación basada en proyecciones epidemiológicas indicaría la proporción de la carga representada por enfermedades futuras evitables y el saldo que demandará tratamiento a través de camas hospitalarias de corta y larga internación, rehabilitación, instalaciones para enfermos incurables, etc.

El perfil de morbilidad de la Argentina es el de un país industrializado; la planificación epidemiológica podría ayudar a evitar muchas de las sobrecargas que presenta el costoso modelo de tratamientos de alta tecnología que predomina ahora en el mundo desarrollado.

## **2. El funcionamiento del sector**

Es injusto adjudicar al sector salud las conquistas o falencias de la situación reseñada, pero él tiene, sin duda, la responsabilidad de contribuir a la superación continua de dicha situación actuando en forma coordinada con otras esferas económicas y sociales del gobierno.

Considerando que existe un valioso y extenso acervo bibliográfico disponible que analiza e interpreta desde los más diversos ángulos la situación del sector en Argentina, aquí solo se desea poner el acento en la necesidad de caracterizar los elementos que permitan la identificación de su perfil y dinámica principal.

La configuración actual del sector es fruto de la sedimentación progresiva de políticas sociales diferentes que se han superpuesto sin integrarse; no obstante, a pesar de sus peculiaridades, en términos generales el sector salud en Argentina presenta rasgos comunes con los sistemas que fueron influidos en forma predominante por la evolución de la seguridad social en América Latina.

En la década del cuarenta la seguridad social se convirtió en una potente propulsora de las políticas sociales; hasta entonces, el desarrollo del sector salud en Argentina había respondido a la expansión de las llamadas funciones sociales del Estado en el campo de la política social.

El Estado, a través de la nación, las provincias y las municipalidades, además de hacerse cargo de las clásicas atribuciones de saneamiento ambiental, control sanitario, combate a las endemias y promoción de acciones colectivas, también estableció una importante red de hospitales y centros de salud públicos, financiados con recursos derivados de los impuestos. Si bien desde el punto de vista jurídico los servicios asistenciales estaban universalmente disponibles para todos los miembros de la sociedad, la infraestructura desarrollada, su distribución y la naturaleza de los servicios, indicaban que la asistencia prestada era sobre todo social y preventiva, y estaba fundamentalmente orientada hacia la población de áreas marginadas y carenciadas. No hay que negar la trascendencia social que tuvieron esas políticas e inversiones, cuyos réditos fueron de los más altos; sin embargo, también es preciso admi-



tir que ellas no tuvieron la sistematicidad y organicidad necesarias para crear un modelo universal capaz de responder en forma no discriminada a las demandas de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de individuos concretos, principalmente en los núcleos urbanos resultantes de la industrialización.

A partir de la década del cuarenta se conformó una modalidad de política social según la cual los derechos de la ciudadanía dependen estrechamente de la vinculación con un modelo de seguro social obligatorio y solidario. Como parte de esos derechos se reconocen los beneficios de la atención médica que pasan a ser definitivamente garantizados a contingentes crecientes de la clase trabajadora ampliando, en lo que a la salud se refiere, su umbral de ciudadanía en relación con el de los demás argentinos.

La creciente extensión de la seguridad social no cubre el vacío resultante de que tales derechos sociales estén asegurados en forma diferenciada en función de los límites trazados por la inserción en el mercado formal de trabajo y por la contribución individual al seguro social. En consecuencia, por su propia naturaleza, la seguridad social puede constituirse en un mecanismo perpetuador de desigualdades. Sin embargo, es necesario reconocer que ella dio el principal impulso político y social para que esos derechos se mantengan y tiendan a universalizarse.

La iniciativa de los grupos laborales fue la que generó la aparición de las obras sociales en Argentina, y este hecho en cierto modo determinó que durante su expansión la estructuración guardara sus características iniciales, organizándose según sistemas profesionales múltiples y conformando un perfil significativamente atomizado. El desarrollo de las obras sociales en Argentina, al igual que en otras partes del mundo, impactó hegemónicamente la evolución y estructuración del sector salud.

Al principio la obra social reúne las condiciones de organización financiadora y prestadora de servicios a través de sus propios efectores; no obstante, progresivamente su papel cambia, la prestación de servicios va quedando a cargo de terceros jurídica y administrativamente independientes y ella se convierte de manera predominante en un órgano de gestión financiera, canalizador de la demanda y fijador de políticas de cobertura y atención médica. Eso viabiliza la instalación y crecimiento del sector privado prestador de servicios y productor de insumos básicos.

Se consolida así en el país un espectro institucional caracterizado por un sector estatal y público en retroceso, y por la evolución de la seguridad social y del sector privado, correspondiendo a la primera, básicamente, la función de financiar al segundo. El centro de poder dejó de estar en el sector salud, y los Ministerios y Secretarías de Salud pasaron a desempeñar un papel complementario.

La organización institucional muestra un perfil excesivamente atomizado. El sector privado está disperso en un alto número de seguros o prepagos, mutualidades y establecimientos particulares de características muy variables. A su vez, los diversos componentes del sector estatal (nación, provincias y municipalidades) actúan con un elevado grado de autonomía. Finalmente, en el sector de las obras sociales se puede observar una gran cantidad de entidades heterogéneas.

Tal mosaico institucional difícilmente puede ser calificado como sistema, y el hecho de que las asociaciones gremiales, en virtud de su organicidad,

terminen por ejercer el papel de instituciones intermedias, administradoras o financiadoras del conjunto, pone de manifiesto el escaso grado de coherencia y racionalidad de las partes.

En Argentina se observan, por lo tanto, las bien conocidas tendencias que caracterizan ese tipo de modelo organizacional del sector: pluralidad institucional con insuficiente coordinación e integración; múltiples modalidades contractuales de prestación de servicios; paralelismo de acciones y duplicidad de gastos con insuficiencia de control; organización de los servicios según la estructura de la oferta y no de las necesidades de la población, con mala distribución de recursos físicos, materiales, humanos, financieros y tecnológicos, y coexistencia de regímenes de sobreoferta y suboferta no solo en las distintas regiones sino aun dentro de una misma región; subutilización y desprestigio de los servicios públicos en general; ejercicio de una medicina que privilegia las formas liberales de las profesiones, es decir, lo curativo, la especialización y la tecnología; gastos excesivos, costos crecientes y desequilibrios financieros constantes.

Apuntar estas deficiencias no significa desconocer, reducir o descalificar sus logros positivos; en primer lugar, porque otros modelos de estructuración del sector salud que fueron alternativamente implementados en este siglo por otras sociedades (sea los de carácter totalmente estatal, sea los que se basaron en sistemas directos de la seguridad social) tienen también graves defectos y no cumplen la totalidad de los roles y funciones esperados. Además, justo es destacar que se promovió sin lugar a dudas la expansión de la cobertura, llevando los beneficios de una atención médica personalizada, humanizada y dotada de instrumental diagnóstico y terapéutico moderno a todas las regiones del territorio nacional, en todos sus niveles de complejidad y, sobre todo, se elevó el umbral de ciudadanía de la población al ampliarse sus expectativas de salud.

El principal problema sigue siendo todavía la imposibilidad de la universalización de la cobertura más allá del mercado formal de trabajo, la existencia de modelos desiguales de atención para diferentes grupos de población, y la indiscutible irracionalidad en la utilización de los recursos. Es decir, el modelo no consigue universalización, equidad, eficiencia y eficacia.

El período militar revirtió la política de seguridad social volviéndola cada vez más centralizada, excluyente de la participación social, y orientada hacia la especulación financiera.

La crisis económica que repercute en forma significativa sobre la seguridad social pone de manifiesto las implicaciones financieras y técnicas del sector salud, así como su escasa capacidad de responder adecuadamente a las transformaciones económicas y sociales que el país exige en este momento de su historia.

En consecuencia, en este período de transición democrática el sector intenta encontrar soluciones alternativas que resuelvan las lagunas dejadas por la ineficacia del modelo existente.

En ese sentido, es necesario tener en claro algunos aspectos:

1. Si bien es cierto que el modelo actual debe ser reformulado, la magnitud de los problemas del sector salud en Argentina, la pluralidad institucional y la diversidad de intereses en pugna desaconsejan alentar cambios drásticos que lleven a la polarización de grupos sociales en el actual período de

apertura política que vive la nación. Tal enfrentamiento sin duda comprometería cualquier propuesta, independientemente de la bondad de sus planteos políticos, sociales, económicos o técnicos.

2. La política del sector salud debe ajustarse a los principios de organización democrática, impulsando con firmeza una serie de cambios claramente orientados hacia la universalización y equidad en la atención de salud de la población mediante acciones de promoción, prevención y servicios.

3. Una reforma del sector en tal sentido debe contemplar aspectos que van más allá de la dispersión institucional, de la falta de coordinación y de la estratificación de los servicios. Asimismo, es preciso abordar otros temas, como la tendencia de la situación de salud, la economía y la financiación del sector, los problemas relativos a la producción y consumo de equipos y fármacos, los valores y conductas de los recursos humanos y los hábitos de la población.

4. Por fin, las soluciones alternativas propuestas se deben someter a un análisis sistemático para que puedan ser depuradas y seleccionadas, ya que no siempre se fundamentan en posiciones orgánicas respecto de los intereses mayoritarios desde el punto de vista de la población.

## V. CARACTERIZACION DE LOS PROBLEMAS SUSTANTIVOS

### 1. El ordenamiento político, jurídico e institucional del sector

Dejando de lado las interpretaciones valorativas, la situación de salud debe entenderse como el resultado de condiciones de vida que no son privativas de este sector; en tal sentido, la situación de salud expresa la realidad objetiva del país en este momento de su historia. Por consiguiente, solo un conjunto de políticas sociales complementarias podrá asegurar tanto el mejoramiento de las condiciones de vida actuales cuanto la continuidad del proceso democrático.

La política de salud debe exceder la organización interna institucional y actuar en forma coordinada con el sector económico a fin de articular conjuntamente planes y programas tendientes a organizar ambos sectores como un todo, evitando de esa manera la repetición de un modelo que acabó por subordinar el desarrollo social al crecimiento económico.

El problema es sustantivo dado que la crisis de la economía mundial incentiva la aparición de teorías y tesis que proponen la disminución de las políticas estatales identificadas con el Estado de bienestar social (y, por lo tanto, la seguridad social), a las cuales responsabilizan del aumento del déficit fiscal del Estado. En los países desarrollados, el intento de disminución o eliminación de estas políticas genera resistencia y conflictos, pues las pautas de ciudadanía están consolidadas como deberes del Estado, lo que refuerza su preservación.

En el caso de Argentina, si bien el grado de ciudadanía de sus habitantes es avanzado en comparación con el de otros países de la Región, no se puede ignorar que las instituciones de los sectores sociales tienen una fragilidad similar a la del resto de los países periféricos en este momento de crisis.

Concretamente, si se toma como referencia central el indiscutible descrédito del modelo actual y sus relaciones con la seguridad social, se corre el riesgo de que las reformas del sector salud propicien la adopción de medidas que, una vez más, favorezcan la desvinculación del poder público respecto de las obligaciones relacionadas con la atención a las personas y de su consecuente responsabilidad como garante del derecho a la salud de la población.

El hecho de que la seguridad social pierda el componente prestaciones médicas puede significar para el sector salud un retroceso en cuanto a los principios fundacionales de la misma, y una dilución del concepto de atención médica dentro de la atención a la salud. Tal replanteo conceptual, asociado a una reforma jurídica que fortalezca la centralización política, administrativa y financiera de la atención a las personas, y expresado bajo la forma de un seguro, puede ser efectivo en el sentido de que competerían al Estado las acciones de alcance colectivo y la atención primaria de la población en general, en especial la de más bajos ingresos o la más dispersa. Por su parte, la población urbana inserta regularmente en el mercado de trabajo tendría acceso a una atención médica más diferenciada en virtud de su vinculación a los sistemas de prepago mantenidos por las aseguradoras de salud contratadas por las empresas. Aunque esta estructuración parezca más racional para atender los reclamos inmediatos de eficiencia y eficacia en el sector salud, ella no responde a las necesidades de democratización, universalización y equidad de los derechos a la salud.

Es menester, entonces, buscar una nueva estructuración del sector salud basada esencialmente en la importancia de la prestación de servicios a las personas, y que amplíe la responsabilidad y la capacidad administrativa, reguladora y financiera del Estado sobre la seguridad social, fortaleciendo el control social sobre el sector a través de la creación de mecanismos que estimulen la democratización, la descentralización y la desconcentración en todos sus componentes. Si se acepta la premisa de que la salud es un bien social y un derecho de todos los ciudadanos, es indiscutible la función del Estado como su garante y responsable final.

Dentro de este marco, la reestructuración requerida es mucho más compleja e implica necesariamente la construcción progresiva de una nueva formulación jurídica e institucional. Tal formulación, para preservar las conquistas sociales hasta ahora obtenidas con la seguridad social, tendrá que ir más allá y superar las restricciones a la universalización de la ciudadanía inherentes al modelo de seguro social.

## **2. El Seguro Nacional de Salud**

La seguridad social en Argentina presenta los problemas y tendencias que caracterizan a los sistemas de seguro social obligatorio encontrados en América Latina. Sin embargo, tiene la llamativa peculiaridad de que su desarrollo se mantuvo siempre muy fragmentado institucionalmente, como lo pone de manifiesto la existencia de múltiples obras sociales.

A partir de 1970, el INOS (Instituto Nacional de Obras Sociales), se constituyó en el órgano gubernamental responsable de la conducción del sistema; sus funciones eran las siguientes: a) fiscalización de la recaudación y de la aplicación de los recursos de las obras sociales; b) normatización y

control de la prestación de servicios brindada por las obras sociales; c) administración del Fondo Nacional de Redistribución, y d) asesoramiento y capacitación de la administración de las obras sociales.

En 1984 el INOS es transferido del Ministerio de Trabajo al Ministerio de Salud y Acción Social, es decir, institucionalmente se incorpora al sector salud. Esta decisión, recomendada desde mucho tiempo atrás por los expertos nacionales e internacionales como una forma de unificar las acciones de salud individuales y colectivas bajo la misma lógica institucional, además de significar un avance hacia la universalización, representa una conquista trascendental no solo para Argentina sino para toda América Latina.

En 1985 el Poder Ejecutivo eleva al Congreso una nueva legislación que propone la creación del Seguro Nacional de Salud que habrá de ser administrado por una nueva entidad, la ANSSAL (Administración Nacional del Seguro de Salud), en reemplazo del INOS.

La aprobación de la ley del Seguro de Salud en diciembre de 1988 y de la ANSSAL plantea de inmediato considerables problemas, dado que la nueva legislación universaliza la cobertura de las acciones de salud para la población, amplía los recursos financieros disponibles para el sistema y reorganiza la administración general del mismo.

La ANSSAL, como institución encargada de la administración del Seguro Nacional de Salud, además de desempeñar las tareas anteriores del INOS deberá responder por las nuevas funciones creadas por la Ley. Así, en la coyuntura actual de transición, la efectiva integración de la ANSSAL a la Secretaría de Salud, y el consiguiente fortalecimiento de su capacidad institucional son prioritarios para el sector salud desde el punto de vista estratégico.

Además, la reestructuración debe ir más allá de la mera adopción de la ANSSAL por la Secretaría de Salud; es necesario revisar la configuración de la propia Secretaría, y proponer una nueva estructura organizacional y funcional al sector como un todo en los niveles nacional y provincial, dentro de los principios antes enunciados para el reordenamiento jurídico-institucional del sector. Lo que está en juego es la efectiva redefinición conceptual del sector salud, que debe evitar los riesgos de impulsar reformas que respondan más al marco económico que al social, como se ha señalado en el punto anterior.

### 3. La descentralización

Una política de reforma del sector salud debe reconocer la estructura federal del Estado argentino, puesto que la aplicación de las políticas y programas de salud depende en gran medida de las provincias, y la situación en lo que respecta a la dirección y administración de los servicios de salud varía de una a otra.

Gran parte de las diferencias de tamaño, jerarquía, estructura orgánica, capacidad institucional, eficiencia y calidad que existen entre los servicios de salud de las distintas provincias obedece a la diversidad de regiones geográficas, a las diferencias de densidad de población y a la considerable disparidad de recursos económicos.

Por otro lado, la Constitución argentina establece que las provincias son

responsables de todos los asuntos relacionados con la salud, salvo de aquellos que acuerden delegar en el gobierno nacional. A pesar de esta facultad constitucional, la mayoría de ellas han limitado el ejercicio de su autoridad a sus propios servicios. Las autoridades de salud provinciales no planifican ni controlan los servicios que proporcionan las obras sociales o el sector privado, y son pocas las provincias que coordinan sus propios servicios con los de las obras sociales provinciales, ni siquiera en los casos en que ambos están bajo su conducción.

La ausencia de un plan de salud en el nivel nacional que coordine los programas de salud del sector público, las obras sociales y el sector privado es una grave deficiencia que también se observa en los niveles provincial y municipal. Si bien la descentralización del sector debiera facilitar la adaptación de los programas de salud a las particularidades locales, la falta de condiciones o de capacidad de las provincias y municipalidades para planificar y controlar todos los servicios de salud que prestan dentro de su jurisdicción ha demorado el progreso en ese sentido.

A su vez, para contribuir a la descentralización provincial el nivel nacional debe superar las dificultades conceptuales y técnicas que siguen obstaculizando la integración de las Subsecretarías entre sí y con la ANSSAL, así como la falta de coordinación entre los programas nacionales de salud que se llevan a cabo en todas las provincias y los programas de recuperación del hospital público.

Asimismo, la Secretaría de Salud debe replantear, a través de un trabajo conjunto y compartido entre las Subsecretarías y la ANSSAL, la definición de políticas, planes, normas e instrumentos comunes, coordinados e integrados, que puedan servir de eje estructural donde se articulen la organización e implementación de planes provinciales de salud de carácter multiinstitucional y pluralista.

Por otro lado, la asignación presupuestaria del Ministerio de Economía hacia las provincias debería ser antes que una intermediación pasiva un mecanismo activo de descentralización. Así deberían operar los proyectos denominados Programas Asistidos de Salud (PAS), Programa Alimentario Nacional (PAN) y Fondo de Asistencia de Medicamentos (FAM). La ANSSAL, por su parte, debe cumplir una función reguladora respecto a las obras sociales provinciales; sus delegaciones en las provincias tendrán que actuar como instrumentos para vincular, por intermedio de las obras sociales, a los prestadores de servicios del sector privado con la política de salud provincial y nacional.

La descentralización es, entonces, uno de los pilares del cambio propuesto y no debe entenderse como una simple desconcentración del sector hacia las provincias, donde el nivel federal solo cumpla un papel de transferidor de recursos. Por otra parte, las provincias por sí solas y automáticamente no están habilitadas para asumir el desarrollo y la gobernabilidad de sistemas de servicios de salud en sus jurisdicciones, y, además, padecen de la misma tendencia de centralización que el nivel central.

En realidad, el problema sustantivo es la distribución del poder entre los diferentes niveles, y, por consiguiente, cabe entender la descentralización como directriz que estimula la gestión multiinstitucional, participativa y colegiada en varias instancias del sector salud, como forma de asegurar el avance de los acuerdos políticos, financieros y técnicos para las transformaciones preconizadas.

#### **4. La participación y el control social**

La participación de la población tiene diversos antecedentes y no es necesario abundar sobre su importancia en el accionar de las instituciones de salud. Solo hay que tener presente que, dadas las características de la población argentina y los problemas de salud que tiene y en el futuro tendrán repercusión en ella, la colaboración de la población como agente de prevención, consumidora de servicios, y promotora de cambios en los estilos de vida es fundamental. Difícilmente se pueda imaginar una responsabilidad estatal moderna en salud sin la participación de la sociedad en las decisiones sobre la orientación, ejecución y evaluación de los servicios, programas y acciones que le competen.

Un atributo básico de la descentralización que merece destacarse es la facilidad que brinda para la intervención de la población. En este punto, la participación social no es un componente más de los programas de salud que debe ser promovido, sino un derecho de la población que se ha visto obstaculizado por una serie de mecanismos administrativos y burocráticos entre los cuales la centralización excesiva es un factor fundamental.

Igualmente, la descentralización es un requisito necesario pero no suficiente para garantizar la participación. Existen otros obstáculos estructurales, aunque ninguno tan importante como la actitud del personal de salud que, teniendo muchas veces restringido su propio derecho a participar, levanta barreras visibles o invisibles para independizar su práctica de la opinión crítica de la población. Precisamente esta opinión crítica, este pensar conjunto acerca de los problemas de salud entre la población y el personal de los servicios, es una fuente de innovación y cambio.

Por lo tanto, es menester considerar el protagonismo de la población en lo que respecta al control de prioridades, productividad y calidad del sector, tanto en su vertiente pública como privada. Tomando en cuenta la vigencia del régimen democrático, más que crear estructuras de participación propias y paralelas en los servicios, es necesario que las instancias colegiadas de gestión mencionadas sean legítimas y preserven los intereses mayoritarios de la población a través de sus diferentes formas de organización, tanto en términos de representación política formal como de entidades de la sociedad civil.

#### **5. El financiamiento**

Los problemas de salud existentes y las dificultades por las que atraviesan los servicios de salud no condicen con la magnitud de recursos financieros que la sociedad argentina destina al sector. Esta discordancia se acentúa en el contexto de la etapa de austeridad que afronta el país, poniéndose de relieve la necesidad de revisar los mecanismos de obtención, asignación y utilización de estos recursos para mejorar su aprovechamiento. Adecuándose a la austeridad, se deben impulsar modificaciones que deriven en una mejor utilización de los recursos disponibles. Definir el para qué de la financiación es fundamental para la búsqueda de la universalización, equidad y eficiencia del sistema.

La estructura pluralista del financiamiento de la atención de la salud comprende: asistencia gratuita pública para aquellos que carecen de cobertura,

atención básica para empleados y empleadores, asegurada mediante los aportes de ambos, y seguro privado para quienes están en condiciones de efectuar pagos más altos.

En general, cada grupo de ingresos recibe el equivalente de lo que paga. La población pobre contribuye poco con los ingresos generales y recibe también poco del sector público. Los grupos de ingresos medianos cotizan el sistema de previsión social y obtienen servicios en consonancia con sus aportes. Por último, los que están en condiciones económicas para hacerlo pueden complementar los servicios básicos proporcionados por el sector público y el sistema de previsión social con gastos directos o seguro médico privado. El sector público sin duda redistribuye, pero en forma limitada, mientras que el sistema de previsión social hace lo contrario.

A diferencia de la mayoría de los modelos de previsión social, el sistema argentino no fusiona los fondos que recauda; en consecuencia, existe una amplia diferencia entre los beneficios de salud que reciben los afiliados de las obras sociales que nuclean industrias en las que las remuneraciones son bajas, y los afiliados de las que atienden a grupos que perciben remuneraciones altas. La falta de equidad del sistema se refleja en el hecho de que los gastos por persona por concepto de salud son nueve veces superiores en las obras sociales con mayores recursos que en las más pobres.

En principio, dentro de cada obra social se produce un efecto redistributivo entre los niveles de remuneraciones más altos y los más bajos. No obstante, en muchos casos se permite que los empleados jerárquicos pertenezcan a obras sociales especiales destinadas a ejecutivos y profesionales. Es común asimismo la evasión de los aportes a través del mantenimiento de los sueldos de los ejecutivos en un nivel bajo, hecho que se compensa con prestaciones adicionales no imponibles y otros beneficios extrasalariales. Ello genera, por un lado, una mayor fragmentación del sistema de previsión social según grupos de ingresos, y por otro, el quebrantamiento de la solidaridad social.

En consecuencia, el sistema no fomenta la contención de los costos y la buena administración; al contrario, produce un efecto de solidaridad a la inversa. Las obras sociales ricas, que reciben mayores aportes por persona, pueden financiar mejores servicios y brindan una gama más amplia de beneficios; sus afiliados tienen mayores expectativas y caen en el consumo excesivo. En cambio las obras sociales más pobres proporcionan servicios inadecuados y sus miembros con frecuencia prefieren atenderse en las instalaciones públicas. En otros casos, las obras sociales utilizan los hospitales públicos para pacientes con enfermedades crónicas o que necesitan tratamientos costosos. En principio, las obras sociales deberían reembolsar al gobierno nacional y a los gobiernos provinciales por esos servicios, pero no lo hacen. Se considera que las cantidades involucradas son sustanciales, y muchas de las obras sociales más pobres registrarían cuantiosos déficit si se vieran obligadas a abonarlas. El sector público ha subvencionado indirectamente a las obras sociales pobres, y ellas, a su vez, han subvencionado también en forma indirecta al segmento más acomodado de la población.

Los déficit mencionados han sido enjugados por el Fondo de Redistribución del INOS y en el futuro inmediato de la ANSSAL. Hasta ahora, este Fondo no ha logrado subsanar la falta de equidad del sistema, ya que las transferencias efectuadas no tuvieron un efecto redistributivo desde las obras sociales más ricas hacia las más pobres. La mayor deficiencia del Fondo de Redis-



tribución radica en que sus transferencias se hacen en función de los déficit y no de las necesidades de los miembros.

La fragmentación del financiamiento de la atención de la salud lleva a una costosa proliferación de instalaciones. Las numerosas obras sociales existentes han dado oportunidades a los prestadores de servicios privados, que abrieron nuevas instalaciones, centros de diagnóstico y hospitales. Esa multiplicación de instalaciones podría haber resultado en un mejor acceso a los servicios y en una adaptación a los reclamos de grupos específicos, pero en la práctica causó un fraccionamiento excesivo con economías de escala negativas.

Se duplicaron instalaciones y se superpusieron servicios de esferas lucrativas, pero escasearon otros, como la atención a personas de edad avanzada, la atención materno-infantil, la rehabilitación y la atención primaria de salud. Además, la fragmentación conduce a una amplia diversidad de beneficios que confunden a los consumidores, quienes con frecuencia no están bien informados de sus derechos y desconocen el intrincado sistema de copagos, pagos supletorios y montos deducibles.

El financiamiento presenta tres estrangulamientos importantes. Uno es la evasión de la recaudación. El INOS controlaba la recaudación de las obras sociales a través de tres mecanismos básicos: fiscalía por las sindicaturas, auditoría de balances, y examen de los informes del flujo de fondos. Se reconoce que la evasión del sistema alcanza alrededor del 40%. Otro estrangulamiento está determinado por el empobrecimiento de los niveles provinciales y municipales, que no pueden destinar recursos significativos para el sector salud. El tercero resulta del momento de contención económica actual que hace disminuir el presupuesto público y la recaudación previsional en general.

Cualquier reforma del sector salud requiere una viabilidad financiera que pasa por dos etapas. Una es inmediata e implica la promoción de medidas que reorienten y racionalicen la utilización de los recursos actualmente disponibles; a su vez, al rescatarse la credibilidad del sector, se podrá actuar junto con los sectores económicos a fin de plantear nuevos aportes e inversiones, indiscutiblemente necesarios para la universalización de la cobertura financiera y de la atención a la salud.

Es evidente sin embargo la imposibilidad social y política así como la inconveniencia ética y técnica de propugnar la participación financiera del usuario en el costo directo de los servicios que utiliza.

## **6. La relación entre el sector público y el privado**

Es imposible desconocer la naturaleza pluralista de la prestación de servicios de salud existente en el país, la cual, a su vez, responde a factores políticos y económicos que exceden su ámbito de decisión.

El sector privado, que es responsable de una porción significativa de los servicios prestados a la población en su calidad de intermediario de la seguridad social, coexiste juntamente con una importante infraestructura del sector público. Hace años surgió una polémica sobre la conveniencia de privilegiar una u otra modalidad pero, a pesar del tiempo transcurrido, los dos sectores aún funcionan como compartimientos aislados, compitiendo entre sí y superponiendo sus acciones en un cuadro de absoluta inorganicidad, irracionalidad e ineficacia, con el consiguiente deterioro progresivo para ambos.

Con el fin de conseguir la extensión de cobertura de las prestaciones de servicios de salud es imprescindible establecer un ordenamiento y una mayor racionalidad entre los efectores. Todos los sectores de la sociedad lo están reclamando. Ese ordenamiento consiste en desmitificar la antinomia mencionada y promover un nuevo tipo de relaciones entre el sector público y el privado sobre la base de un doble principio: respeto a la autonomía de los efectores y subordinación al interés público.

En tal sentido, es preciso tener en claro que el pluralismo en la oferta de los servicios no excluye la noción de una dirección estatal, democrática, que aplique medios efectivos de control, para lo cual, además de la capacitación técnica, el Estado tendrá que disponer de mecanismos legales de vigilancia sobre los prestadores privados, tornándose imprescindible la redefinición jurídica de esas nuevas relaciones. El ordenamiento requerido implica que el Estado, utilizando su poder de legislación y financiación, debe buscar una integración y una acción de conjunto cuyos lineamientos generales son:

a) calificación del sector público como modelo indicativo de eficiencia y eficacia en la asistencia, docencia e investigación, rescatando de esa manera su prestigio en la medicina argentina, y desempeño de una importante función moderadora y alternativa en el equilibrio de la oferta. Para ello no solo necesita incentivos e inversiones que le permitan lograr su recuperación física y tecnológica y modernizar su administración, sino, sobre todo, precisa vincularse con la demanda y la financiación de la seguridad social, superando el aislamiento en que se ha mantenido en relación con la asistencia;

b) ordenamiento regionalizado y jerarquizado de los servicios públicos y privados en una misma red, según criterios de cobertura universal, dentro de áreas programáticas funcionales, servicios intercambiables y complementariedad de los efectores;

c) redimensionamiento de los servicios de acuerdo con las exigencias reales de cobertura de la población, dando prioridad a las potencialidades del sector público en la Región;

d) viabilización de un control de la oferta mediante la aplicación delegada y descentralizada de normas de regulación sobre la habilitación, acreditación y categorización de los efectores y de la ley del ejercicio profesional, basándose en criterios asistenciales, demográficos y regionales; y

e) participación de los prestadores de servicios en la discusión de criterios y valores de remuneración de los mismos, teniendo en cuenta pautas de diferenciación y desempeño tecnológico.

Por otro lado, se deben respetar todas las formas de libre iniciativa en el sector dirigidas a los grupos sociales que puedan hacer frente a sus costos, siempre y cuando eso no signifique una tutela o subsidio del Estado. Lo mismo se aplica a las iniciativas patronales que procuren una mejor atención a sus funcionarios.

## **7. La política de recursos humanos**

Los recursos humanos son el insumo sustantivo del sector salud e intervienen en todos los problemas del área como movilizados de las acciones y polí-

ticas que se formulen. Estas tareas requieren un recurso humano dispuesto y capaz de llevar a cabo una labor coordinada, para lo cual la estructura actual de personal no es la más adecuada.

Es necesario, en consecuencia, replantear el enfoque sobre los recursos humanos en el sector salud. La visión unilateral y básicamente cuantitativa a menudo llevó a proponer medidas política y técnicamente inviables que han contribuido a retardar la solución de los problemas. Se deben puntualizar las cuestiones prioritarias y encarar resoluciones permanentes para el mediano plazo.

La carencia de enfermeras o la concentración de médicos en algunas zonas urbanas son algunos de los obstáculos que requieren un progresivo reordenamiento y la implementación de proyectos de planificación, capacitación y acreditación que respondan a los lineamientos de un modelo prestador con las características apuntadas. El régimen de personal en los servicios de salud debe contemplar una política de desarrollo de recursos humanos justa y comprometida con las necesidades del sector.

El profesional médico ha ido perdiendo a lo largo del tiempo el carácter mítico que históricamente se le atribuyera. La práctica liberal pura de la medicina fue sustituida progresivamente por un neoliberalismo en el que el médico amplió cada vez más su relación de dependencia ya sea con la seguridad social o con las instituciones públicas o privadas. La situación actual, lejos de resolver los problemas de la categoría, presenta distorsiones y enmarca una serie de cuestiones que no se están considerando con la profundidad necesaria.

Las expectativas de empleo o acreditación universal deben ser confrontadas con las implicaciones económicas y la conveniencia del establecimiento de un verdadero seguro de desempleo. La peculiaridad de la remuneración vigente reside en que, al estimular la sobreprestación, no solo conduce a un grave deterioro ético y de la imagen del médico en la sociedad, sino que concentra la distribución del ingreso en manos de unos pocos y valoriza las especialidades con mayor uso de tecnología.

Es importante tener claro que cualquier propuesta de solución admite alternativas diversas y complejas que son de mediano plazo y que deben ser encaradas por el gobierno en su conjunto, pues superan las posibilidades reales de solución dentro del sector salud.

No obstante, a corto plazo es imperativa la apertura de un diálogo amplio con el gremio médico y con los demás sectores profesionales de salud, avalado por la implantación de medidas efectivas de valorización del trabajo en relación de dependencia o asalariado.

## **8. Los insumos básicos**

Los medicamentos y la tecnología médica se han convertido en elementos motores de los cambios ocurridos en el sector. En este sentido, los equipos anticuados o en desuso y la falta de mantenimiento constituyen una grave limitación al desempeño eficiente de los hospitales.

A pesar de que existen instrumentos legales destinados a regular su incorporación y utilización, resulta evidente que en este campo se ha actuado con cierta discrecionalidad. Así, a fines de los años setenta, debido a los tipos

de cambio favorables para la importación de equipo médico, se produjo una enorme incorporación de tecnología avanzada en el sector privado. Al analizar la distribución entre sectores y entre la Capital y las provincias se observa una concentración desproporcionada de equipos modernos en el sector privado de la zona metropolitana.

Para coordinar las diferentes redes de hospitales, así como la ubicación del equipo de tecnología avanzada, a mediados de la década del sesenta se crearon zonas sanitarias. Sin embargo, la planificación regional solo abarcó el sector público sin incluir la seguridad social y el sector privado, precisamente los dos campos que en esa época crecieron con mayor rapidez. Además, cada región comprendía varias provincias que se negaron a coordinar o compartir sus recursos.

La regionalización, que resultó ser técnicamente incompleta y poco interesante desde el punto de vista político, nunca se convirtió en una realidad. Hoy el sector privado, si bien está en mejores condiciones, también se ha deteriorado.

La incorporación de tecnología por parte de los servicios de salud debe estar sujeta a disposiciones legales que definan las condiciones de su producción, comercialización y niveles de calidad y seguridad, sin frenar la incorporación de innovaciones diagnósticas o terapéuticas, ni afectar la modernización en la infraestructura de los servicios de salud; al contrario, se debe aspirar a una incorporación racional, eficiente, sin superposiciones que generen una escalada en los costos de atención médica.

En suma, cualquier esfuerzo de reordenamiento del sector salud tiene que reconocer la trascendencia de la incorporación de tecnología de capital intensivo, y emprender una modificación progresiva que genere capacidad de evaluación de resultados de los recursos diagnósticos y terapéuticos, desarrollo de instrumentos normativos específicos e instrumentos de fiscalización y regulación eficaces.

Además del contenido ordenador, la gestión estatal en este punto también debe ser de promoción, alentando la instauración de una capacidad tecnológica propia que permita responder de una manera más adecuada a los requerimientos actuales y que posibilite la progresiva sustitución de importaciones para disminuir la dependencia.

Por otra parte, se ha formulado un anteproyecto de Ley de Medicamentos (que se encuentra actualmente en etapa de revisión y consulta con los sectores interesados) que, contemplando los aspectos de innovación, fabricación, expendio y consumo, considera el medicamento como un bien social. Los cambios en la composición del mercado químico y farmacéutico, así como también el avance tecnológico alcanzado contribuyen a reforzar la necesidad de contar con una industria con capacidad de producción de drogas, insumos y fármacos terminados.

Asimismo, la capacidad de regulación del sector público debe ser actualizada en lo concerniente a alimentos, ámbito que obliga a la actuación conjunta de las Secretarías de Industria, Comercio Interior, Comercio Exterior, Agricultura y Ganadería, las entidades representativas de la industria alimentaria nacional y la Secretaría de Salud. El esfuerzo resultante debe activar el control bromatológico y las reformas legales que permitan disponer de alimentos en mejores condiciones, tanto para el consumo interno como para la exportación.

## VI. POLITICAS Y METAS

Como se ha señalado, las sociedades modernas reconocen en sus doctrinas que la salud es un bien social y un derecho de la ciudadanía. El corolario, entonces, es que garantizarla constituye un deber del Estado.

Considerando el actual nivel de la ciudadanía argentina y los problemas sustantivos del sector salud ya mencionados, pueden puntualizarse las siguientes políticas y metas:

1. Responsabilidad del Estado sobre la salud de la población, ejercida mediante la fijación de políticas y el control de todos los componentes del sistema de salud.
2. Universalización y equidad en la atención de la salud de la población, con garantía de acceso a todos los niveles.
3. Integración institucional, intra y extrasectorial, a través de la conducción administrativa colegiada en las diversas áreas, según el ámbito de las acciones (nacional, provincial o municipal).
4. Descentralización político-administrativa, respetando las autonomías provinciales y municipales e incentivando el acercamiento entre las acciones administrativas y de salud.
5. Participación de entidades representativas de la población en la formulación y control de las políticas de salud en todas las instancias, y aseguramiento de los canales de acceso a esa participación.
6. Organización de redes de servicios públicos y privados, integradas y complementarias, regionalizadas y jerarquizadas según su complejidad.
7. Planificación de acciones de cobertura asistencial a partir de necesidades epidemiológicamente determinadas.
8. Integración y unidad operacional de las acciones de promoción, protección y recuperación ejecutadas por las redes de servicios de salud.
9. Coparticipación de las instituciones involucradas en el financiamiento de las acciones.
10. Articulación conceptual, programática y metodológica entre los sectores formadores y empleadores de personal de salud.

La meta fundamental es garantizar la ampliación creciente de cobertura y accesibilidad de la población a las redes de servicios de salud instalados en las provincias y municipalidades, en forma integral e igualitaria.

## VII. LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS

Hay consenso con respecto a las políticas y metas señaladas; en consecuencia, se plantea la urgente necesidad de superar las restricciones que dificultan a la sociedad argentina, en lo político y en lo técnico, su consecución.

Tal vez la complicación principal resida en la imposibilidad de transformar las políticas del sector en acciones concretas. Esta situación no solamente está relacionada con el incumplimiento de las normas explícitas sino tam-

bién con la dificultad de tomar medidas políticas y técnico-administrativas que contrarresten, en escala nacional, la intrincada situación actual del sector. La crisis económica, que no es privativa del sector, la distorsión burocrática y la presión de las estructuras corporativas con intereses sectoriales, son a su vez factores que han demorado o impedido cualquier transformación decisiva. Superar esta situación implica una verdadera movilización política y técnica orientada estratégicamente hacia las metas señaladas.

La gestión del gobierno en salud, además de estar afectada por dificultades financieras y técnicas, enfrenta obstáculos para cuya superación es necesario contar con el compromiso efectivo de las autoridades e instituciones representativas de las provincias en lo político, financiero, institucional y programático. A medida que se logren acuerdos en el interior del sector, las coincidencias se podrán expresar en un cuerpo doctrinario común de todos los niveles operativos.

La fragmentación del sector salud y el afianzamiento de los diferentes actores sociales dentro de la dinámica del mismo complican aún más la mencionada falta de coordinación territorial. Los acuerdos, la representación y una doctrina clara y operativa serán canales para que las metas sean asumidas por el conjunto de las provincias y por la totalidad de los participantes en la gestión del sector salud. Dichos acuerdos permitirán, asimismo, que las políticas prioritarias, tales como el aseguramiento de una cobertura integral y universal de salud y la modernización de la prestación de servicios, puedan ser efectivamente realizadas.

En suma, el sector debe funcionar con una dinámica acorde a las propias transformaciones de los problemas que enfrenta. Estas son las condiciones que justifican las estrategias y acciones que a continuación se proponen.

### **1. Proceso de gestión para el desarrollo nacional en salud**

El sector salud necesita fortalecerse en su capacidad de orientación y gobierno. Para ello, la Secretaría de Salud debe recuperar su papel rector, asumiendo las siguientes tareas principales:

- formulación de políticas, planes, programas y normas que den coherencia al accionar del sistema, para lo cual requiere, como instrumento clave, del desarrollo de la planificación sectorial, y
- articulación del sistema de salud, promoviendo la integración intra e interinstitucional y la evolución hacia una fuerte descentralización y fortalecimiento provincial y municipal.

Así, en el corto plazo la Secretaría de Salud debe reestructurarse y desplegar su capacidad en varias áreas en las que actualmente se muestra débil o incluso ausente, entre ellas:

- a) Políticas de salud y planificación que promuevan tres iniciativas:
  - formulación de políticas que integren e incorporen efectivamente la ANSSAL y la seguridad social, con el correspondiente análisis político y económico y en coordinación con otros sectores;
  - análisis epidemiológico de las enfermedades y riesgos ambientales

emergentes que permita establecer una base objetiva para la planificación de la salud y la asignación de recursos, y

-planificación en todo el sector de los sistemas hospitalarios y de la alta tecnología.

b) Gestión sectorial, que comprende los siguientes aspectos:

-financiamiento del sector, incluido el análisis de los flujos financieros y su destino;

-capacidad normativa para la prestación de servicios personales y no personales, especialmente integrando aquellos que cuentan con ayuda del gobierno nacional y de la seguridad social;

-regulación y control en las áreas de prestación de servicios, medicamentos y alimentos, saneamiento y polución;

-evaluación de la atención de salud, analizando el impacto de las acciones a fin de reorientar los programas;

-fijación de sistemas de información gerencial en todo el sector, incluyendo la ANSSAL.

c) Desarrollo de recursos humanos, realizado en forma coordinada con las instituciones formadoras, para orientar los cambios a través de la definición de políticas y la reorientación de los sistemas de capacitación y utilización.

d) Investigación sobre salud, que implica la definición de prioridades, el desenvolvimiento de líneas de investigación de importancia sectorial, el fortalecimiento de la infraestructura y la promoción de la utilización en el proceso de prestación de servicios.

e) Cooperación técnica, cuyo objeto es promover la difusión y transferencia de conocimientos, tecnología y recursos entre los diferentes componentes del sector social.

f) Coordinación nación-provincia, que supone, además del fortalecimiento de los canales regulares de representación política de esa relación, como consejos, comisiones, etc., la reformulación de las delegaciones provinciales del gobierno nacional en cada uno de los Ministerios provinciales de Salud, juntamente con las facultades del caso, con el objeto de permitir la puesta en marcha de la política y de los programas de integración y descentralización.

Lo anterior en realidad significa transformar la Secretaría de Estado de Salud y la totalidad de los organismos que la componen, incluso la ANSSAL, en un conjunto coherente y armónico de organizaciones democráticas, participativas, modernas, eficaces, eficientes y dinámicas, al servicio de los objetivos y programas sustantivos que dichas organizaciones y la Secretaría de Salud impulsen.

La transformación mencionada exige un programa de desarrollo institucional que no se limite a la modernización del aparato administrativo y del organigrama. En ese sentido, es preciso privilegiar mediante proyectos específicos el mejoramiento de los recursos disponibles, la agilidad de los sistemas administrativos y la introducción de la informática y de nuevas tecnologías de gestión.

El programa mencionado implica la aplicación, durante un período de tiempo determinado, de una intensa reforma institucional que contemple, por lo menos, las siguientes esferas de acción:

- a) reestructuración, redimensionamiento y descentralización de las estructuras integrantes de la Secretaría de Salud y de la ANSSAL;
- b) modernización administrativa a través de la promoción del uso de técnicas avanzadas de gestión, sistemas de información e informática;
- c) reforma normativa que sustituya el tradicional modelo de gestión por normas, por un modelo de gestión por resultados;
- d) capacitación del personal del sector tanto en el nivel central como en el provincial;
- e) jerarquización de la planificación sectorial y de la conducción estratégica.

## **2. Papel rector de la Secretaría de Salud y planificación sectorial**

El cumplimiento del papel rector de la Secretaría en todo el sector implica como contrapartida la función de planificación sectorial entendida como ejercicio de presión técnico-política en una doble dimensión: de orientación de la gestión, y de construcción permanente de la viabilidad de las propuestas y acciones. La Secretaría debe orientarse hacia un nuevo concepto de planificación en el sector público, además de definir la estructura organizacional que le asegure el adecuado cumplimiento de su nuevo rol.

El proceso de planificación supone el reconocimiento de que la realidad social está conformada por problemas poco estructurados, cuya resolución ofrece múltiples alternativas y cuya gobernabilidad obliga a un manejo dinámico y permanente de la coyuntura en una dirección determinada. Por lo tanto, involucra la participación constante de equipos interdisciplinarios de expertos para ampliar la capacidad de conducción y gobierno.

La Secretaría de Salud debe consolidar el equipo nuclear de conducción estratégica conformado, agregándole *ad hoc* los núcleos asesores de apoyo que sean necesarios, en función de los problemas sustantivos que se presenten en la dinámica de implantación de los proyectos estratégicos en desarrollo.

## **3. Coordinación económico-financiera**

El análisis de la economía de la salud significó un aporte relevante en la gestión del sector en diferentes países desarrollados. El sector salud ha sido incluso caracterizado como un complejo médico-industrial, considerando la magnitud de sus recursos financieros, la fuerza de trabajo involucrada y el impacto económico de los problemas de salud en la población. Estos aspectos demandan un nivel de análisis técnico y teórico que excede la descripción convencional de la estructura del gasto en salud.

Por otra parte, llama la atención el hecho de que si el gasto en salud implica 8 puntos del producto bruto interno, no se haya establecido dentro del propio sector un núcleo destinado a analizar y proponer una utilización más adecuada del capital disponible. Por más específico que el sector salud se considere, se justifica ampliamente iniciar este tipo de conocimiento y regulación de las prácticas de asignación y utilización de fondos.

La redefinición del proceso económico-financiero y el fortalecimiento de la necesaria capacidad analítica de la Secretaría en esta área imponen la



creación y desenvolvimiento, como un elemento estratégico, de una unidad de análisis económico-financiera. El marco de referencia de esta unidad deberán ser las políticas económicas y sociales del gobierno nacional. Una de sus principales funciones será la de sostener un diálogo político y técnico con el área de economía, a fin de fortalecer la perspectiva social inmediata en la política económica y asegurar la viabilidad económica y financiera de sus propuestas. Otras tareas serán el análisis permanente del sistema de previsión social en sus aspectos críticos de financiamiento y gasto, así como la contribución a la descentralización mediante la coordinación y apoyo a las provincias en aspectos económicos y financieros.

Existen cuellos de botella clásicos en la gestión del sector salud, entre los cuales la relación que mantienen la nación y las provincias por una parte, y el sector salud y el área económica por otra, son paradigmáticos. La remoción de los obstáculos reales o ficticios que afecten sus relaciones resulta a todas luces impostergable. Evidentemente, existe voluntad política para que así suceda, pero restan por definirse mecanismos ágiles de consulta y gestión coordinada entre estos niveles y sectores del aparato gubernamental.

La responsabilidad que le cabe a la Secretaría de Salud en la definición y ejecución de políticas, demanda una articulación fluida con otros sectores, en particular con el Ministerio de Economía y su Secretaría de Hacienda, para que las acciones a implementar sean viables financieramente y para que exista una secuencia lógica entre la definición de políticas, la planificación de inversiones, la programación presupuestaria y su definitiva ejecución.

La propuesta del Seguro Nacional de Salud es un hecho trascendental pues señala la necesidad de pensar estratégicamente en la reconstrucción social del sector y el inicio de un orden en su financiamiento. A mediano plazo, el Seguro Nacional de Salud propuesto tenderá a ejercer una influencia decisiva en el sector, promoviendo la coordinación entre los prestadores de servicios -privados, de las obras sociales y los hospitales nacionales, provinciales y municipales- a fin de lograr la complementariedad y eliminar la duplicación.

La extensión de la cobertura al 26% o más de la población que actualmente no la tiene, se financiará con fondos procedentes de tres fuentes distintas: a) las economías resultantes del mejoramiento de la administración y coordinación de las obras sociales; b) los aportes de los trabajadores autónomos, que forman parte del grupo que en el presente carece de cobertura y muchos de los cuales, por encontrarse en una buena situación económica, cotizarían el sistema de previsión social; y c) los aportes del gobierno en beneficio de la población pobre o desempleada.

En ese sentido es fundamental implantar de modo gradual y progresivo las transformaciones requeridas en materia de organización de servicios y federalización del sector y recursos humanos planteadas en este documento, para que el financiamiento adicional tenga efectivamente un carácter redistributivo y solidario y no se convierta en un mero instrumento de reconcentración y refuerzo del modelo vigente.

#### **4. Desarrollo de recursos humanos**

Es necesario generar un proceso de desarrollo de recursos humanos bajo la orientación de la política sectorial.

Asimismo, es urgente la creación de instancias intersectoriales e interdisciplinarias para la evolución de los recursos humanos en salud, cuyas funciones principales serán: investigar y elaborar propuestas que fundamenten programas sectoriales, intersectoriales o de cooperación; trazar un perfil sociológico de las condiciones del ejercicio, formación e inserción laboral; estudiar el régimen legal de regulación de la actividad laboral, en relación con el sector formador, el utilizador y el prestador, sobre la base de un modelo nacional que oriente y promueva el desarrollo de estos recursos; profundizar los estudios sobre acreditación de los recursos humanos y los vinculados con los ámbitos donde aquellos se forman, capacitan, perfeccionan, actualizan y especializan, sobre la base de pautas comunes y compartidas, usando la metodología de la acreditación docente.

También es preciso estimular la creación de condiciones de educación permanente para las distintas actividades y destacar el papel que desempeña la Universidad, alentando la integración docente-asistencial. Las entidades científicas, deontológicas y gremiales, debieran integrarse en la planificación de manera orgánica.

### **5. Desarrollo de sistemas de información para la gestión**

Es evidente que la gestión sectorial pretendida depende estrechamente de la informática, sin la cual no es posible implantar y sostener un proceso de toma de decisiones coherente.

El desarrollo de un sistema de informaciones gerenciales para la Secretaría de Salud capaz de formar insumos más fidedignos, agilizar el acceso a la información, descentralizar el procesamiento e integrar redes ya existentes es una necesidad urgente que requerirá, sin duda, apoyo financiero para proyectar inversiones sustantivas.

Los esfuerzos de reformulación y perfeccionamiento que se hacen hoy para la informatización del Programa Nacional de Estadísticas de Salud, del Sistema de Estadística de Salud de las Obras Sociales y de los sistemas administrativos de la Secretaría de Salud y la ANSSAL, si bien representan un punto de partida importante, no son suficientes para atender los requerimientos planteados.

El componente relacionado con el procesamiento de la facturación de la prestación de servicios contratada con la seguridad social -cuya importancia para la administración estratégica de la atención médica, el control financiero, el control y la auditoría de gastos y la utilización de servicios es bien conocida- no está disponible para la Secretaría de Salud ni para la ANSSAL. La Secretaría tampoco cuenta con sistemas de información adecuados para el complicado manejo de la gestión de los hospitales públicos que se tornan cada vez más imperativos en función del decreto que descentralizó sus administraciones.

De este modo, el desarrollo de sistemas de información para la gestión de la Secretaría de Salud implica formular e implantar progresivamente un proyecto orgánico, intrasectorial, que contemple la construcción de catastros complementarios organizados bajo la forma de banco de datos integrados modularmente y en redes complementarias.

## 6. Desarrollo integrado de programas y sistemas de servicios de salud

La incorporación de la ANSSAL al Ministerio de Salud, en virtud de la cual la atención médica brindada por la seguridad social queda definitivamente en el sector salud, expresa la firme decisión del gobierno de promover la integración sectorial, lo cual implica la superación de algunos problemas.

Uno de ellos es el tradicional verticalismo con el que se organizaron las acciones de las Secretarías de Salud, manteniendo programas orientados a la atención de grupos vulnerables y al control de enfermedades. En general, ese tipo de enfoque conduce a que cada programa tienda a: 1) destinar recursos específicos; 2) mantener una jerarquía administrativa propia que traspase las demás esferas institucionales, y 3) ejercer un control exclusivo, independiente de la atención global brindada a la población. A pesar de que los programas destinados a la atención integral de grupos vulnerables fueron creados con un objetivo más amplio, en el sentido de incluir las intervenciones requeridas para un conjunto de daños, su verticalismo terminó por convertirlos en una combinación de programas independientes que presentan las mismas dificultades de organización y administración citadas anteriormente.

Otro de los problemas es la atomización y duplicación en la prestación de servicios, generada por la práctica de múltiples modalidades contractuales entre las obras sociales y los efectores privados, con la consecuente falta de coordinación y cobertura parcial de la población.

Un tercer problema es la tendencia a separar las acciones preventivas -conducidas por el Estado- de las curativas, visualizadas como espacio predominantemente del sector privado.

La estrategia de integración debe tender a que las áreas técnicas centrales se responsabilicen por la implementación de acciones de salud específicas y concentren esfuerzos en el privilegiamiento de los aspectos epidemiológicos y técnico-normativos.

Por su parte, las obras sociales tienen en general capacidad de organización para administrar programas de atención médica y, en consecuencia, pueden contribuir en grado importante a la reorganización del sector. Mediante el estímulo a la integración funcional, la igualdad de los beneficios y el ejercicio de la autoridad de la ANSSAL, se eliminarán muchas de las deficiencias del sistema actual.

La ANSSAL posee la facultad legal de aprobar la organización, el aumento y eliminación de servicios, las tasas de los copagos y los presupuestos, así como de asistir y supervisar la administración de una obra social. El fortalecimiento de su capacidad gerencial para la evaluación y utilización de los servicios la pondrá en condiciones de reajustar las normas de atención en función de objetivos de política de promoción de la atención médica integral y proporcionar cooperación técnica a las distintas obras sociales en esferas tales como la determinación de los beneficios, la celebración de contratos con prestadores, y la evaluación y pagos por servicios.

Una vez que el fondo de redistribución deje de ser un mecanismo paliativo de resolución de emergencias, debe pasar a constituir un instrumento de estímulo y orientación de políticas de salud.

El poder normatizador de la Secretaría de Salud asociado con el poder financiador de la ANSSAL permitirá, por delegación de convenios, otorgar a las Secretarías de Salud de las provincias una suma de poderes suficientes pa-

ra planificar e integrar acciones con la seguridad social, de manera tal que el ámbito de aplicación de las políticas abarque el ordenamiento de los recursos financieros, materiales y humanos correspondientes a los sectores efectores de servicios (público, privado y obras sociales).

Lo que se debe lograr es una configuración en cada provincia que resuelva la prestación de servicios y el control de los principales daños, teniendo como eje conductor el conjunto de las acciones de salud y manejando una línea administrativa coordinada dentro de un modelo organizativo que atienda las necesidades globales de la población y las peculiaridades provinciales.

En otros términos, se propone la formación de una masa crítica de recursos técnicos y financieros desde el nivel nacional, a la que concurren las diferentes instituciones del sector para apoyar las demandas prioritarias que serán propuestas por las provincias e incentivadas por la vertiente de descentralización nación-provincia. El objetivo es incentivar la constitución en las provincias y municipalidades de redes complementarias de servicios de salud (efectores públicos y privados) organizadas y financiadas de acuerdo con los principios de complejidad de los niveles de atención, y que apliquen planes de cobertura y atención a la salud.

Al igual que en otros países, el sector público debe convertirse en la instancia reguladora de donde se deriven los criterios para definir la categorización y acreditación de establecimientos, el ordenamiento e integración de servicios, el mejoramiento cualitativo de la oferta y, muy en especial, las normas para la incorporación de tecnología y medicamentos.

La integración de recursos administrativos, financieros, técnicos y científicos permitirá que el modelo prestador de servicios de salud responda a las características regionales, respetando la estructura federal, nivelando las desigualdades existentes y aplicando los criterios de control de calidad de la oferta. Las redes de servicios serán así una consecuencia lógica y técnicamente aceptable.

## **7. Federalización del sector**

La política de descentralización que se pretende llevar a cabo tiene necesariamente dos vertientes principales que si bien deben desplegarse en forma simultánea, serán descritas por separado para facilitar su entendimiento. Una es la vertiente de descentralización nación-provincias, común a todas ellas, y la otra es la vertiente de descentralización de los sistemas de servicios de salud provinciales, que es privativa de cada provincia.

El principal instrumento para obtener la articulación nación-provincia es la descentralización de acuerdos con los diferentes sectores de las provincias y la definición de funciones, responsabilidades y coberturas. El desarrollo de los recursos en las jurisdicciones, así como su crecimiento administrativo, político y técnico, hacen posible canalizar la cooperación nación-provincia y la normatización conjunta. Hay que lograr un consenso real que comience por organizar las políticas de salud provinciales, y elaborar desde allí una política nacional cuyo objetivo sea el establecimiento de un programa integral de desarrollo de sistemas de servicios y programas de salud coordinados nacionalmente.

Esta vertiente del proyecto, por lo tanto, debe buscar:

-la consolidación de acuerdos políticos con las provincias en función de principios y directrices comunes en el campo de la salud;

-la determinación de modalidades operativas con los Ministerios provinciales que posibiliten la coordinación político-técnica, la planificación, programación, ejecución y supervisión integrada de los distintos niveles y sectores, y

-el establecimiento de una programación local elaborada con una amplia participación social y articulación intersectorial, que debe traducirse técnicamente en conjuntos programáticos integrados, en el marco de una efectiva colaboración y reforma del sistema de servicios que privilegie la determinación de áreas programáticas con responsabilidades definidas y que permita una efectiva extensión de la cobertura.

En tal sentido, es necesario promover la reestructuración de las delegaciones sanitarias federales en las provincias. En realidad, la delegación sanitaria representa el nivel federal en cada uno de los Ministerios provinciales, y se ocupa del seguimiento de las relaciones entre el gobierno nacional y las provincias. Estas delegaciones provinciales deberán redefinir sus misiones, atribuciones y funciones, y reforzar sus estructuras para permitir la articulación con las futuras organizaciones provinciales de la ANSSAL y el desarrollo de instrumentos de coordinación con los Ministerios y Secretarías de Salud provinciales.

Por otro lado, también es de fundamental importancia la elaboración conceptual y del cuerpo doctrinario de la propuesta de descentralización nación-provincia, para que se pueda iniciar la convocatoria y negociación con las respectivas provincias, a fin de concretar los convenios necesarios. Esta propuesta funcionará como guía orientadora de las discusiones de los representantes nacionales y provinciales; a su alrededor se consolidarán los fundamentos y los puntos de concertación política y doctrinaria sobre el proyecto de descentralización, desde una perspectiva de denominadores comunes.

Tomando como marco conceptual y metodológico lo descrito en la vertiente descentralización nación-provincia, cabe promover en cada provincia la organización progresiva del sistema integrado de servicios de salud provinciales, lo que supone a su vez desarrollar una fase de descentralización e integración inter e intrasectorial en la provincia.

La estrategia que se propone es la reorganización del sector provincial para superar la falta de coordinación y el verticalismo existentes. Se busca llevar a cabo una intervención que involucre la totalidad de las instituciones y sectores provinciales participantes, con todos sus recursos y actividades, a fin de dar respuesta a las necesidades prioritarias que se corresponden con la realidad espacial, política y social concreta que es la provincia. Dichas prioridades se definen de acuerdo con criterios epidemiológicos y sociales que orienten la asignación y magnitud del compromiso de recursos necesarios.

De manera que es fundamental que se promueva un enfoque descentralizado y participativo de los principios sobre los cuales tendrá que operarse la integración, a fin de que las pautas básicas estén explicitadas para permitir el avance de la negociación y concertación política, evitándose el incremento de conflictos, frustraciones y oposiciones.

Dentro de ese marco, pueden mencionarse los siguientes principios mínimos

que deben ser orientadores de los planes provinciales de cobertura y de atención a la salud: universalidad, equidad e integralidad de la atención; regionalización y jerarquización de los servicios; desarrollo de la capacidad y facultad de planificación y control efectivo del sector público sobre el conjunto del sistema, incluyendo el sector privado y el de la seguridad social.

Además de la potencialidad de desarrollar el instrumental técnico y operativo, la estrategia de descentralización tiene el propósito de incentivar un proceso catalizador e integrador de propuestas de acción conjuntas, dado que las instituciones de salud tradicionalmente han trabajado sin coordinación y presentan culturas organizacionales diversas. La estrategia debe estar orientada sobre todo a la oferta de servicios eficientes y eficaces, lo cual implica reconocer que su objetivo debe ser la promoción de modelos asistenciales adecuados a la realidad provincial que permitan expresar el conjunto de los principios y superar la artificial dicotomía entre acciones de salud individuales y colectivas.

Considerados dentro de un marco de peculiaridades provinciales, los modelos prestadores de atención, basados en principios de acuerdo doctrinario, podrán diseñar planes prospectivos reguladores de redes de servicios públicos y privados que tendrán que reconocer las siguientes etapas:

- descripción y análisis de la situación actual de cada provincia, englobando los aspectos relacionados con la capacidad instalada, con el escenario político-institucional y con el panorama sanitario (cuadro nosológico y condiciones ambientales);

- definición de prioridades y estrategias basadas en el análisis de la situación actual y en concordancia con las directrices de la política de salud de la provincia, mediante intervenciones epidemiológicamente relevantes. Ello significa optar por una programación conjunta de planes y servicios de salud, así como de actividades y normas integrales a poner en práctica, de tal forma que la asistencia prestada a la población, además de responder resolutivamente a los problemas generales de demanda espontánea, genere también respuestas técnicamente pautadas y eficaces para los daños considerados prioritarios;

- programación de las metas de producción de servicios para cada provincia y municipio, basadas en la cobertura total de la población de acuerdo con parámetros básicos y con criterios de organización de la red asistencial adoptada por la provincia. Ese proceso empezará a ordenar y configurar el modelo prestador de cada provincia; y

- formulación de las metas físicas y financieras elaboradas de acuerdo con la apertura programática definida, estableciendo la previsión de recursos en el sector salud de la provincia. De esa formulación se derivará el plan de desarrollo institucional del sector y el plan de aplicación de los recursos financieros.

La superación de la situación descrita requiere, por lo tanto, que el Estado asuma en Argentina el papel de conductor de las acciones destinadas a promover y preservar las condiciones de salud de todos sus habitantes. Este papel del Estado se debe llevar a cabo dentro de un horizonte de acción más amplio. La atención médica unida a la prevención y al ejercicio de una moderna fiscalización, permitirá asegurar una base institucional que dé respuesta al derecho a la salud.



