

Trabajo Práctico de Observación
Institucional

MINISTERIO DE SALUD DE LA REPUBLICA ARGENTINA

➤ **Profesor:** *Oscar, Incarbone.*

➤ **Alumna:** *Verónica, Gentile.*

◆ Funciones y Objetivos

Compete al MINISTERIO DE SALUD asistir al Presidente de la Nación y al Jefe de Gabinete de Ministros, en orden a sus competencias, en todo lo inherente a la salud de la población, y a la promoción de conductas saludables de la comunidad y, en particular:

- 1. Entender en la determinación de los objetivos y políticas del área de su competencia;**
- 2. Ejecutar los planes, programas y proyectos del área de su competencia elaborados conforme las directivas que imparta el PODER EJECUTIVO NACIONAL;**
- 3. Entender en la fiscalización del funcionamiento de los servicios, establecimientos e instituciones relacionadas con la salud;**
- 4. Entender en la planificación global del sector salud y en la coordinación con las autoridades sanitarias de las jurisdicciones provinciales y del Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires, con el fin de implementar un Sistema Federal de Salud, consensuado, que cuente con la suficiente viabilidad social;**
- 5. Entender en la elaboración de las normas destinadas a regular los alcances e incumbencias para el ejercicio de la medicina, la odontología y profesiones afines, garantizando la accesibilidad y la calidad de la atención médica;**
- 6. Intervenir en la fiscalización del estado de salud de los aspirantes a ingresar en la Administración Pública Nacional y de aquéllos que ya se desempeñan en la misma;**
- 7. Intervenir en su ámbito, en el estudio, reconocimiento y evaluación de las condiciones ambientales de los lugares destinados a realizar tareas, cualquiera sea su**

índole o naturaleza, con presencia circunstancial o permanente de personas físicas;

8. Intervenir en la elaboración de las normas reglamentarias sobre medicina del trabajo;

9. Intervenir en la elaboración de las normas reglamentarias sobre medicina del deporte;

10. Entender en la fiscalización médica de la inmigración y la defensa sanitaria de fronteras, puertos, aeropuertos y medios de transporte internacional;

11. Entender en el ejercicio del poder de policía sanitaria en lo referente a productos, equipos e instrumental vinculados con la salud, e intervenir en la radicación de las industrias productoras de los mismos;

12. Entender en el dictado de normas y procedimientos de garantía de calidad de la atención médica;

13. Intervenir en la aprobación de los proyectos de los establecimientos sanitarios que sean construidos con participación de entidades privadas;

14. Entender en la coordinación, articulación y complementación de sistemas de servicios de salud estatales del ámbito nacional, provincial y municipal, de la seguridad social, y del sector privado;

15. Entender en la organización, dirección y fiscalización del registro de establecimientos sanitarios públicos y privados;

16. Intervenir en la fiscalización de todo lo atinente a la elaboración, distribución y comercialización de los productos medicinales, biológicos, drogas, dietéticos, alimentos, insecticidas, de tocador, aguas minerales, hierbas medicinales y del material e instrumental de aplicación médica, en coordinación con los Ministerios pertinentes;

17. Intervenir en la corrección y eliminación de las distorsiones que se operen en el mercado interno de productos medicinales;

18. Intervenir en las acciones destinadas a promover la formación y capacitación de los recursos humanos destinados al área de la salud;

19. Intervenir en la normatización, registro, control, y fiscalización sanitaria y bromatológica de alimentos, en el ámbito de su competencia, en coordinación con el MINISTERIO DE ECONOMIA Y PRODUCCION;

20. Entender y fiscalizar la distribución de subsidios a otorgar con fondos propios a las entidades públicas y privadas que desarrollen actividades de medicina preventiva, o asistencial;

21. Intervenir, en su ámbito, en la asignación y control de subsidios tendientes a resolver problemas de salud en situaciones de emergencia a necesidad, no previstos o no cubiertos por los sistemas en vigor;

22. Intervenir en la elaboración y ejecución de programas integrados de seguridad social en los aspectos relacionados con la salud;

23. Entender en la actualización de las estadísticas de salud y los estudios de recursos disponibles, oferta, demanda y necesidad, así como el diagnóstico de la situación necesaria para la planificación estratégica del sector salud;

24. Entender en la normatización y elaboración de procedimientos para la captación y el procesamiento de datos sanitarios producidos a nivel jurisdiccional, efectuar su consolidación a nivel nacional y difundir el resultado de los mismos;

25. Entender en la difusión e información sobre los servicios sustantivos de salud a los destinatarios de los mismos para disminuir las asimetrías de información;

26. Entender en el desarrollo de estudios sobre epidemiología, economía de la salud y gestión de las acciones sanitarias de manera de mejorar la eficiencia, eficacia y calidad de las organizaciones públicas de salud;

27. Entender en la regulación de los planes de cobertura básica de salud;

28. Entender en las relaciones sanitarias internacionales y en las relaciones de cooperación técnica con los organismos internacionales de salud;

29. Entender en la formulación, promoción y ejecución de planes tendientes a la reducción de inequidades en las condiciones de salud de la población, en el marco del desarrollo humano integral y sostenible mediante el establecimiento de mecanismos participativos y la construcción de consensos a nivel federal, intra e intersectorial;

30. Intervenir con criterio preventivo en la disminución de la morbilidad por tóxicos y riesgos químicos en todas las etapas del ciclo vital;

31. Intervenir, en su ámbito, en la promoción de la educación sanitaria a través de las escuelas primarias, secundarias o especiales, para crear desde la niñez conciencia sanitaria en la población, en coordinación con el MINISTERIO DE EDUCACION, CIENCIA Y TECNOLOGIA;

32. Entender en la elaboración y ejecución de los programas materno infantiles tanto en el ámbito nacional como interregional, tendientes a disminuir la mortalidad infantil;

33. Entender en la elaboración de los planes de las campañas sanitarias destinadas a lograr la erradicación de enfermedades endémicas, la rehabilitación de enfermos y la detección y prevención de enfermedades no transmisibles;

34. Intervenir, en su ámbito, en el desarrollo de programas preventivos y de promoción de la salud tendientes a lograr la protección de las comunidades aborígenes y todo otro servicio sanitario;

35. Entender en el control, la vigilancia epidemiológica y la notificación de enfermedades;

36. Entender en la programación y dirección de los programas nacionales de vacunación e inmunizaciones;

37. Entender, en su ámbito, en la elaboración, ejecución y fiscalización de programas integrados que cubran a los habitantes en caso de patologías específicas y grupos poblacionales-determinados en situación de riesgo;

38. Entender en la elaboración y ejecución de acciones tendientes a lograrla readaptación y reeducación del discapacitado e inválido;

39. Entender en la elaboración, aplicación, ejecución y fiscalización de los regímenes de mutuales y de obras sociales comprendidas en las Leyes Nros. 23.660 y 23.661;

40. Entender, en su ámbito, en las relaciones y normativa de la medicina prepaga;

41. Entender en la formulación de políticas y estrategias de promoción y desarrollo destinadas a prevenir y/o corregir los efectos adversos del ambiente sobre la salud humana, en forma conjunta con otros organismos dependientes del PODER EJECUTIVO NACIONAL con competencia en la materia

◆ PROGRAMAS NACIONALES:

Programa Federal de Chagas

- Programa de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera

- Programa Nacional de Control de Tabaco

- Programa Nacional Médicos Comunitarios

- Programa Federal de Salud (PROFE)

- Programa Materno Infantil

- Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones indígenas (ANAHI)

- Programa Nacional de Garantía de Calidad

- Programa Nacional de Medicos para la Atencion Primaria de la Salud.

- Programa Nacional de Prevención y Control de la Diabetes

- Programa Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Cardiovasculares

- Programa Nacional de Riesgos Químicos

- Programa Carmen - CINDI (OPS/OMS)

- Programa de Control de Lepra

- Programa Nacional de Control de Paludismo

- Programa de lucha contra los retrovirus del humano VIH-SIDA y ETS

- Programa de Inmunizaciones

- Programa de Prevención y Control de Intoxicaciones

- Subprograma de Prevención Secundaria del Cáncer de Mama

- Subprograma de Detección Precoz de Cáncer de Cuello Uterino

- Subprograma Banco Nacional de Drogas Antineoplásicas

- Programa de Salud Del Trabajador

- Programa de Educación para la Salud
Escuelas Promotoras de Salud
Prevención de la Violencia Familiar

- Programa de Salud Bucal

- Unidad Coordinadora, Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable

- Banco Nacional de Datos Genéticos

BASES DEL PLAN FEDERAL DE SALUD 2004-2007

LA SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD

Argentina enfrenta dos fuertes desafíos en salud: en lo inmediato, es preciso superar la aún vigente emergencia sanitaria, protegiendo el terreno ganado en los últimos veinte años y al mismo tiempo garantizando el acceso de toda la población a servicios y medicamentos esenciales. A largo plazo, el objetivo consiste en cerrar aquellas brechas que suelen esconder los promedios

estadísticos y que delimitan los márgenes de la inequidad: de un lado los sectores más ricos y del otro los que menos tienen. Sin embargo, hay datos de la realidad que obligan a ser precavidos. Desde 1998, la economía se encontraba en una situación de profundo estancamiento y recesión, y las condiciones de vida de la población empezaron a deteriorarse. En los últimos meses de 2001 y la primera mitad de 2002, la situación derivó en una crisis política, institucional y socioeconómica sin precedentes. Como resultado de este proceso, se ha registrado una formidable caída de los ingresos reales y un aumento considerable de la desocupación y la pobreza. Aún cuando los índices de empleo y pobreza se encuentran en franca mejoría, continúan siendo elevados en relación a lo evidenciado en la década pasada. Por otra parte, el decil de población más pobre tiene una participación del 2,2% en el total de ingresos, mientras que dicha partición asciende al 30,8% en el decil más rico. Esto supone una brecha de 33,7 veces más ingreso, brecha que ha venido creciendo significativamente en los últimos 5 años.

La incidencia de la pobreza en la población total del país aumentó del 26% al 47,8% desde Octubre de 1998 a Octubre de 2003. El incremento de la indigencia fue aún mayor: del 6,9% de la población en Octubre de 1998 al 27,7% en Octubre de 2003. Si observamos el problema por regiones, la región del Noreste presenta las tasas más altas de pobreza e indigencia y las provincias de Corrientes y Chaco son las que presentan los índices más elevados de todo el país (68,7% y 65,5% respectivamente). De este modo, 17 de las 24 provincias

argentinas presentan tasas de pobreza superiores al promedio nacional. Como existe una relación directa entre estas circunstancias y la salud de la población, la amenaza al patrimonio sanitario de los argentinos es contundente.

Las desigualdades que los ingresos insuficientes generan en las condiciones de vida dan lugar a diferencias injustas. La distribución de la población pobre en regiones con distinto grado de desarrollo económico exige la implementación de políticas diferenciales en materia alimentaria, sanitaria, educativa y de la seguridad social y de promoción de la sustentabilidad ambiental. Dicho de otro modo: no es lo mismo satisfacer las necesidades de la población en situación de pobreza de Tucumán o Jujuy, que las de los pobres de la provincia de Buenos Aires.

Revertir la inequidad equivale a brindar acceso. De nada vale aumentar la inversión en salud si una madre que vive en una zona carenciada no puede llegar a un centro de vacunación, no tiene un adecuado control perinatal para su bebé, o no puede hacer consultas preventivas para sus hijos.

4

Las tasas de mortalidad materna e infantil descendieron entre 1990 y 2001, y la mortalidad materna se estabilizó, desde 1994, en torno a las 4 muertes por cada 10.000 nacidos vivos. Sin embargo, las asimetrías son pronunciadas: las jurisdicciones con mayor ingreso *per cápita* tienen una tasa de mortalidad infantil de 9,1 por mil nacidos vivos frente a los 26,7 de las jurisdicciones más pobres, según los datos del 2002. Los niños argentinos siguen muriendo por trastornos

relacionados con la duración del embarazo, desnutrición, diarrea, dificultades respiratorias del recién nacido y malformaciones congénitas del corazón. Dos tercios de las muertes infantiles son neonatales. En la actualidad, 6 de cada 10 de muertes de recién nacidos pueden evitarse con un buen control del embarazo, una atención adecuada del parto y diagnóstico y tratamiento precoz. En todas las provincias argentinas, por lo menos 1 de cada 2 muertes de niños son evitables.

La presencia de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes nos recuerda que Argentina no ha dejado atrás los riesgos sanitarios de los países en vías de desarrollo, a pesar de su clara transición epidemiológica hacia un perfil más desarrollado. Algunas de estas enfermedades, como el hantavirus, la leishmaniasis e incluso el dengue, están relacionadas con el deterioro del medio ambiente público y privado. Otras, como la triquinosis y el síndrome urémico hemolítico, con el descuido en los hábitos alimentarios. Pero todas, en general, hablan de una baja en la calidad de vida en ciertas regiones y en determinados sectores de la población. El mosquito vector de dengue - *Aedes aegypti* - está presente en 17 de las 24 provincias. A su vez, 117 municipios del Norte y Noreste son considerados como zonas de alto y muy alto riesgo, tanto por su población de vectores como por ser limítrofes con países donde se han producido brotes de la enfermedad, como Brasil, Paraguay y Bolivia. Problemas como el SIDA, Tuberculosis y Chagas no están ausentes, y a éstos se suma la transición epidemiológica hacia las enfermedades no transmisibles que se debe, en parte, a

la mayor preponderancia de ciertos factores de riesgo entre los que se destaca el tabaquismo, hábito que en los hombres de 16 a 64 años supera el 45%.

Sin embargo, y a pesar de lo mencionado, durante los últimos veinte años, la salud de los argentinos mejoró notablemente. Ésta es una realidad que surge de la mayoría de los indicadores aceptados en todo el mundo. En promedio, vivimos más y mejor que antes. La tasa de mortalidad infantil descendió sostenidamente de 25,8 por mil nacidos vivos en 1985 a 16,3 en 2001, con una leve modificación al 16,8 durante el 2002; la tasa de mortalidad materna, por su parte, decreció un 32% entre 1990 y 2002. También la incidencia de muertes por enfermedades infectocontagiosas disminuyó en los últimos quince años. La esperanza de vida también evolucionó favorablemente, pasando de 65,4 años para los hombres y 72,1 años para las mujeres en el período 1975-1980, a 68,4 para los hombres y 75,6 para las mujeres en 2001. El promedio para toda la población es hoy de 71,9 años.

♦ UN SISTEMA SANITARIO QUE SE DEBE MODIFICAR

Sabemos de las dificultades para abordar una solución integral y simultánea para los problemas de cobertura, eficiencia y equidad que presenta el sistema de salud en Argentina. El país comienza a emerger de lo que tal vez haya sido la peor crisis de su historia y el sector de la salud debe procesar una creciente

variedad de demandas contenidas. Son muchos los problemas del sector que se han agravado: basta con citar la gran cantidad de argentinos que han perdido cobertura de las obras sociales o medicina prepaga como consecuencia de la pérdida de empleo formal y caída de ingresos, o las dificultades ocasionadas por la abrupta modificación de los precios relativos. Como restricciones impuestas por esta particular situación, cabe mencionar la pasada y prolongada recesión, la reactivación actual, la compleja situación de endeudamiento nacional y provincial y la conflictividad, como norma entre las relaciones de la Nación y las provincias.

A lo largo de su historia, el sistema argentino fue adoptando una conformación con problemas de eficiencia y equidad. La provisión de salud es cubierta por tres subsectores: público, seguridad social y privado. La heterogénea oferta de coberturas abarca 24 sistemas públicos provinciales, cerca de 300 Obras Sociales Nacionales, 24 Obras Sociales Provinciales, varias decenas de empresas medicina prepaga, seguros privados de salud y gran cantidad de mutuales, amén del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, habitualmente identificado bajo la sigla PAMI. La falta de coordinación y articulación de este universo impide la conformación de un "sistema" de salud y atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura.

La falta de integración no sólo se verifica entre los distintos subsectores - público, seguridad social, privado-, sino que hacia el interior de cada uno de ellos también se observa un elevado grado de fragmentación.

El sector público aporta a este cuadro general su división según

jurisdicciones -nacional, provincial y municipal-, niveles entre los cuales, no existe el grado necesario de coordinación.

La seguridad social se compone de un gran número de instituciones

sumamente heterogéneas en cuanto al tipo de población que agrupan, la

cobertura que brindan, los recursos financieros disponibles por afiliado y las

variadas modalidades de operación, generando incluso varias categorías de

instituciones que comprenden a un importante número de beneficiarios y que

manejan recursos considerables por fuera de la órbita del ente de fiscalización y

regulación. Los privados y los municipales, por último, también incluyen

organizaciones y servicios de características muy diversas.

No obstante, durante la década pasada había coincidencia en señalar que

los recursos que la sociedad argentina destina al financiamiento del sector eran

elevados, radicando el mayor de los problemas en su uso ineficiente. Antes de la

devaluación del peso (hacia fines de 2001) el gasto por habitante presentaba

valores más que aceptables en comparación con otros países que han alcanzado

un nivel de cobertura casi universal. Por otro lado, es necesario tener en cuenta,

6

que en la organización del sistema argentino conviven instituciones que

obedecían y siguen obedeciendo a lógicas y motivaciones diversas. Buena parte

del gasto es privado directo; se orienta según las preferencias y, sobre todo, las

posibilidades de cada individuo. Adicionalmente, se debe considerar que del

monto total de gasto por habitante (alrededor de 650 dólares al año entre el 2000 y 2001), la porción privada del gasto no se integraba al financiamiento de los objetivos de la política de salud ni cumplía funciones redistributivas.

Descontada esta parte, el gasto por habitante se reducía a 335 dólares anuales.

Finalmente, más de la mitad de ese monto quedaba en manos de instituciones "sin fines de lucro", pero con motivaciones diferentes y difícilmente reguladas (obras sociales y mutuales).

En definitiva, el gasto por persona en el sistema público de atención de la salud (incluyendo todos los niveles de gobierno), alcanzaba apenas \$150 por año.

Como resultado de la espectacular devaluación de la moneda doméstica, -y la consiguiente modificación de la estructura de precios relativos,- ya no es posible mantener el diagnóstico que establecía una cierta suficiencia del gasto en salud por habitante. Aún cuando pueda mantenerse un elevado nivel de gasto medido como porcentaje del producto, la nueva relación cambiaría define un nivel exiguo en términos de insumos importados, medicamentos y otro tipo de tecnología cuyos costos estén asociados al tipo de cambio.

Sin duda esta crisis afecta con mayor fuerza a la seguridad social y al sector público. La primera por tener sus ingresos asociados al salario y el segundo por la fuerte restricción fiscal.

Por su parte, el total de población sin seguro había pasado del 36 al 48 por ciento entre 1997 y 2001, aunque con situaciones de profunda desigualdad).Hoy,

luego de la crisis, es probable que este porcentaje sin cobertura de seguros haya aumentado unos puntos más. A ello se agrega que una parte importante de esta población no usa los servicios o lo hace de manera parcial (por opción o dificultad en el acceso). Esta porción incluye a los habitantes más pobres de las zonas urbanas marginales y de las áreas rurales de nuestras provincias más atrasadas.

Por otro lado, debe señalarse la fuerte heterogeneidad de los recursos

destinados a la salud pública por las distintas jurisdicciones provinciales (medido tanto en términos de la participación en el gasto total, el gasto en salud por habitante, como en términos de su PBG): mientras que la Ciudad de Buenos

Aires destina más de un cuarto de su presupuesto a la atención de la salud,

provincias tan distintas entre sí como Santa Fe, Misiones, Córdoba, Corrientes y

Catamarca se ubican en torno al 8% sobre el presupuesto total. En términos per

capita, las jurisdicciones de Ciudad de Buenos Aires, Santa Cruz, Tierra del Fuego

y Neuquén gastan más de los \$270 por habitante al año, y, en Buenos Aires,

Santa Fe, Misiones, Córdoba, Corrientes y Tucumán el gasto por habitante no supera los \$80 anuales.

Estas pronunciadas asimetrías son observables también en el caso de las

Obras Sociales Provinciales (OSP). Estas instituciones constituyen un actor

relevante en el funcionamiento del sistema, sobre todo a partir del proceso de

7

descentralización del subsector público de salud. Según estimaciones provisionarias

para el año 2001, las OSP manejaron recursos por un total de casi \$2.200

millones (alrededor del 10% del gasto total del Sector Salud), para un total aproximado de 5,2 millones de beneficiarios (poco más del 14% de la población del país y más de la cuarta parte de la población con cobertura explícita de salud).

La cobertura poblacional en las OSP es muy diversa, y se encuentra en relación directa con la participación del empleo público respecto de la población total. La disparidad de la estructura de aportes y bandas salariales medias genera a su vez una muy amplia gama de niveles de gasto prestacional per cápita. Las coberturas brindadas son también variables, y no se ajustan a un paquete de referencia como el establecido por el Programa Médico Obligatorio.

A diferencia de las Obras Sociales Nacionales, que poseen un marco legal homogéneo con las leyes 23.660 y 23.661, las OSP carecen de una regulación de conjunto: cada una cuenta con legislación propia que les asigna funciones y características particulares. Es posible sin embargo, identificar un denominador común entre todas ellas: su situación de precariedad financiera. En efecto, al ser financiadas con fondos provenientes del tesoro provincial, la economía de estas instituciones sigue la suerte de las cuentas locales. Esta situación, intrínsecamente aleatoria, no permite a las OSP hacer frente a sus obligaciones de manera adecuada, y mucho menos elaborar programas y proyecciones a futuro.

Por su parte, el sistema de Obras Sociales Nacionales, está integrado por 276 entidades de distinta naturaleza jurídica, reguladas en sus actividades por la

Superintendencia de Servicios de Salud que es un organismo estatal de derecho público, con personalidad jurídica y autarquía individual, administrativa y financiera, que funciona en el ámbito del Ministerio de Salud. Son beneficiarios de este sistema unas 14 millones de personas, 10,5 millones de las cuales se hallan nucleadas en las Obras Sociales Sindicales y de Personal de Dirección y las restantes en el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP).

Este sector cumple una actividad predominantemente aseguradora, administrando los beneficios a que tienen derecho los usuarios y realizando los pagos por los servicios médicos que éstos efectúen, constituyendo lo que se denomina “tercer pagador”.

Las entidades se han conformado en torno a la actividad productiva, generándose así fuertes diferencias en el tamaño de las mismas, dando lugar a algunas tan pequeñas que desde el punto de vista de la teoría del seguro, se verían imposibilitadas de conformar un pool de riesgos adecuado.

El modelo de financiamiento adoptado corresponde al de un sistema de reparto, pero limitado al interior de cada obra social nacional (los recursos de cada entidad se destinan a la provisión de los servicios en algunos casos diferenciados para todos sus beneficiarios). Los aportes al Fondo Solidario de Redistribución (FSR) establecen otro marco de solidaridad, entre todas las entidades del sistema, canalizado a través del subsidio automático y el pago de

prestaciones de alto costo. Sin embargo, persisten aún fuertes diferencias entre las distintas Obras Sociales en los recursos disponibles per cápita.

Como consecuencia de lo anterior, y sumado a la crisis económica ya citada, desregulación, problemas de management, estructuras administrativas sobredimensionadas, modelos prestacionales mal diseñados, etc., el resultado ha sido un deterioro en la calidad de los servicios o un nivel de cobertura que a menudo suele ser menor que la esperable. Uno de los resultados de esta situación es la demora en el pago de los servicios a los prestadores -a veces por períodos prolongados-, quienes a su vez en muchos casos difieren o directamente suspenden la provisión de la atención a los beneficiarios.

Actualmente el sector privado se encuentra presionado en sus posibilidades dadas las fuertes acreencias que posee con todo el sector financiador nacional y provincial. Así, el ajuste del sistema se produce vía la reducción desordenada de las prestaciones, la recomposición financiera (persistencia de los ingresos y disminución de los gastos) y/o la consolidación de una deuda prestacional permanente.

La provisión descentralizada en un país desigual
La transferencia de 20 hospitales e institutos que estaban a cargo de la Nación a comienzos de los años noventa, fue el último paso de la política descentralizadora en la provisión pública de servicios de salud. Este proceso estuvo marcado por una serie de avances y retrocesos que fueron transformando las bases equitativas que dieron origen al sistema público de atención de la salud

en la Argentina. En esta oportunidad, predominaron los objetivos financieros por sobre los requerimientos del sector en materia de mejoras en la eficiencia y la equidad. La ausencia de un diseño institucional y financiero que acompañara al proceso de descentralización, sin los imprescindibles consensos sociales y políticos, llevó a la acentuación de las disparidades preexistentes y originó una gran heterogeneidad de respuestas tanto a nivel microeconómico como provincial.

El proceso de descentralización fiscal tiene como contrapartida, en el campo sanitario, una multiplicidad de respuestas locales, tanto en lo referido a la forma en que adopta el proceso como a sus resultados en términos de equidad y eficiencia. La ausencia de coordinación desde el nivel central permitió una gran heterogeneidad de conductas a nivel provincial y municipal que responde, a grandes rasgos, a dos conjuntos de razones: por un lado, la configuración previa de cada sistema de salud, y, por el otro, la política sectorial adoptada en cada lugar como respuesta al propio proceso descentralizador. Desde una perspectiva nacional, estas razones implicaron distintos grados de avances y resultados en términos de equidad y eficiencia. A nivel microeconómico, se puede afirmar que coexisten, con distintas intensidades, diversas modalidades de organización. La complejidad de cada proceso de descentralización deriva en la existencia de significativas diferencias, donde se combinan diferentes grados de autonomía hospitalaria, niveles dispares de integración de sus redes de atención, políticas de recursos humanos

heterogéneas, diversos programas médicos obligatorios y otras variables relevantes.

Esta diversidad de situaciones a nivel jurisdiccional y microeconómico deriva en la inexistencia de un nivel único básico de cobertura asegurada por la atención pública de la salud a todos los habitantes. Adicionalmente, la localización geográfica de cada individuo dentro de cada jurisdicción lo coloca en una posición diferencial frente al acceso a cada unidad pública proveedora de servicios de salud.

Por otro lado, el estado de salud de la población no depende exclusivamente del patrón de acceso a los servicios de salud, ni del modelo de atención de las enfermedades, ni de su forma de financiamiento. Existen numerosos factores extrasectoriales que tienen gran incidencia sobre la salud y que deben ser considerados al diseñar políticas orientadas al sector. Entre ellos se cuentan los aspectos relacionados con la vivienda, educación, nutrición, empleo y estilo de vida y calidad ambiental. La experiencia internacional ha demostrado que aún en países con sistemas de provisión universal uniforme se presentan importantes diferencias en los resultados, que se vinculan con este tipo de factores.

De esta forma, las limitaciones económico-productivas de ciertas jurisdicciones y la ausencia de políticas federales que enfrenten y limiten los efectos negativos de la dinámica económica general, fueron conformando un mapa territorial caracterizado por la sustancial falta de equidad, que se pone de manifiesto tanto en las condiciones de vida como en los niveles de desarrollo

humano.

La brecha entre algunos de los indicadores de las diferentes regiones es excesivamente amplia. Tal es así que la tasa de mortalidad infantil de la Argentina es inferior a la de América Latina en su conjunto, pero surge de un promedio de provincias que cubren un extenso rango desde, algunas con una tasa similar a Portugal o República Checa (Ciudad de Buenos Aires, Tierra del Fuego, La Pampa) hasta otras comparables con Túnez, Ecuador, Argelia, Paraguay o Tailandia (Formosa, Chaco).

En síntesis, es posible enunciar una serie de problemas característicos de nuestro sistema; su grado de asociación es variable según las distintas zonas, de acuerdo a las características económicas, sociales, culturales y políticas de cada una.

En este sentido, se destacan de manera manifiesta los siguientes:

Cobertura desigual

Tanto el subsector público como el privado presentan importantes desigualdades de cobertura. Es más, no existe un mínimo homogéneo de coberturas obligatorias, por fuera de las obras sociales nacionales y las empresas de medicina prepaga.

No sólo los seguros privados, sino aún numerosas obras sociales presentan planes diferenciados para distintas categorías de beneficiarios.

Existen también importantes diferencias entre las obras sociales provinciales en cuanto a coberturas y participación de los usuarios en el pago de los servicios, con las consiguientes inequidades.

Indefinición del modelo prestacional

Pasados 25 años de la Declaración de Alma-Ata, y a pesar de su presencia permanente en el enunciado de las políticas, aún no se ha consolidado la estrategia de Atención Primaria de la Salud como base de organización del sistema sanitario, más aún, el modelo informal prevalente privilegió la especialización, derivando la mayoría de los recursos disponibles hacia la alta complejidad.

Fragmentación e ineficiencia en el uso de los recursos

La fragmentación del sistema en subsectores, jurisdicciones y niveles, genera ineficiencias en el uso de los recursos existentes, duplicando innecesariamente ofertas y servicios, y en consecuencia el gasto. Asimismo se observa que tales ineficiencias, en el ámbito de la articulación de la red de servicios, pueden redundar en un deterioro de la calidad de atención generando resultados sanitarios insatisfactorios.

Escasos recursos asignados a prevención

Aún cuando se conoce la ventajosa relación de costo-efectividad de las intervenciones en prevención y promoción, sigue siendo muy bajo el porcentaje de recursos asignados a esta función. En particular, son escasas las acciones y recursos asignados a la implementación de políticas saludables. Por otra parte, también constituye prevención la existencia de programas que apunten a los factores extrasectoriales que impactan en el nivel de salud de

la población. Programas de cuidado del ambiente, mejora de la calidad de la vivienda, de educación, agua potable, seguridad alimentaria y otros, coordinados de manera adecuada con planes sanitarios, contribuyen a fomentar comportamientos y costumbres de prevención y promoción de la salud.

Desigualdad en el acceso

La población argentina tiene importantes desigualdades de acceso y utilización de los servicios: existe diversidad en las variables que inciden en este problema, pero sin dudas el nivel de ingresos es el principal factor de asimetrías. También la ubicación geográfica del paciente incide de manera considerable, así como su nivel socio-cultural.

Mortalidad y morbilidad evitable

A pesar de la tendencia decreciente, existen todavía, como ya hemos visto, amplias diferencias en las tasas de mortalidad materna e infantil, según jurisdicciones. En todas ellas, más de la mitad de las muertes son prevenibles con acciones oportunas, tales, como el control periódico del embarazo y una atención ambulatoria eficiente. Lo expresado es válido para gran parte de las patologías que generan altos grados de demanda de servicios (ginecología, gastroenterología, oftalmología, odontología, etc.)

Variabilidad en la calidad

Tecnologías y equipamientos desiguales, sin planificación ni concepto de redes sanitarias; ausencia o deficiencia de mantenimiento edilicio y de

aparatoología; mala organización de servicios provocan calidades diferentes ante quienes lo necesitan.

No debemos tampoco dejar de computar los incrementos de gastos por las demandas de mala praxis. Los amparos judiciales para la provisión de servicios (a veces servicios innecesarios, ineficaces o de dudosa eficacia), así como la medicina defensiva, generan importantes ineficiencias y producen diferencias al momento de brindar las prestaciones.

Falta de planificación de recursos humanos

La falta de metas y la indefinición de necesidades en la formación de grado y especialización de postgrado en el área de la salud, determinan saturación de oferta y oferta innecesaria desde la perspectiva sanitaria. La concentración de los recursos en torno a los centros de alto desarrollo tecnológico, el exceso de especialidades y subespecialidades, no consensuadas a nivel nacional, genera falta de recursos humanos en atención primaria con las consecuentes ineficiencias e incrementos del gasto por la demanda inducida.

Falta de regulación de tecnologías

Está prácticamente ausente la regulación de tecnologías sanitarias, tanto en lo referente a la oferta como al control de calidad, con consecuencias similares de gasto ineficiente.

Inequidades entre jurisdicciones e intraprovinciales

A las desigualdades sociales y sanitarias existentes a nivel territorial

(provincial y local), se suman las inequidades en la asignación de recursos.

La fragmentación del sistema en jurisdicciones y las dificultades de sustentar políticas a mediano y largo plazo de carácter nacional, generan pequeños sistemas cuasi autónomos, débiles, desiguales en la oferta y fuertemente inequitativos, con respuestas diferentes en calidad y acceso entre jurisdicciones y hacia el interior de ellas.

Baja capacidad de rectoría

Durante muchos años, la ausencia de una visión compartida del sistema de salud y de orientaciones estratégicas globales, las debilidades institucionales para liderar el sector y la falta de información estratégica para la gestión integrada del sistema, constituyeron manifestaciones de una débil capacidad de rectoría que debe ser desarrollada en cada una de las jurisdicciones, al tiempo que fortalecer esta función en el Ministerio Nacional. De este modo puede lograrse el grado de sinergia necesario en la programación y ejecución de políticas multisectoriales.

Crisis del sector privado

El sector privado, compuesto por múltiples instituciones y servicios, numerosos puestos de trabajo e importantes inversiones, se maneja al compás de los aciertos y deficiencias de todo el sector salud, especialmente por su fuerte dependencia del financiamiento de las obras sociales, incluido el instituto de jubilados y pensionados. El mercado no actuó como ordenador y el Estado no asumió este rol con las previsibles consecuencias.

Hoy, el sector financiador provincial, el de obras sociales nacionales y el PAMI tienen importantes deudas con los prestadores privados. Este sector ha sufrido una caída del 25% de su oferta en los últimos años y el sistema público de atención no resistiría una mayor demanda provocada por más cierres de efectores del sector privado.

VISIÓN

Visión de largo plazo para el sector salud de Argentina
En los procesos de reforma del sector salud existe una constante verificable en la mayoría de los países del mundo: al tratarse de un mercado imperfecto, que responde a lógicas particulares, la presencia del Estado resulta necesaria y deseable. Una administración eficiente y pro activa en la programación, regulación, monitoreo y fiscalización del sector puede contribuir en gran medida a un proceso sano y sostenible de reconversión del sector, corrigiendo las asimetrías potenciales de un sistema desregulado de manera total.
Partiendo de la base de que en Argentina hay niveles razonables, aunque insuficientes, de recursos como para garantizar mejores y mayores posibilidades de salud para todos, lo que se plantea a largo plazo es un sistema de salud equitativo e integrado, con un rol activo de un “Estado garante” del bienestar de la población. El sistema posibilitará el acceso a una canasta de bienes y servicios esenciales en salud a través del aseguramiento que brinde cobertura universal básica a toda la población, con un fuerte componente preventivo y que responda

a la resolución de patologías de una manera eficiente y eficaz.

La visión incluye un sostenido impulso, aplicación y evaluación de políticas saludables con amplia participación de la sociedad. La Nación, las Provincias, los Municipios, las sociedades científicas, los colegios profesionales, las asociaciones gremiales, las casas de estudio e investigación y las instituciones de la sociedad civil, acuerdan periódicamente compromisos de políticas saludables, estableciendo prioridades, definiendo metas y evaluando su cumplimiento.

El sistema en su conjunto participa regularmente en acciones de promoción de la salud a través de esquemas fuertemente participativos. Las instituciones del sector salud articulan sus recursos con otros sectores y con las organizaciones de la comunidad.

En esta mirada, el país se ha organizado en regiones compuestas por grupos de provincias, que comparten prioridades, metas y estrategias comunes y articulan una coordinación y desarrollo conjunto de políticas sociales nacionales, regionales y provinciales.

Las regiones están organizadas de modo de favorecer el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles, coincidiendo o no con los límites jurisdiccionales. Cada una ha establecido metas saludables dentro de la estrategia nacional, acordadas entre los distintos actores más arriba mencionados, que dan sustento a las acciones a seguir para el logro de tales metas.

Existe un adecuado sistema de vigilancia a escala nacional que permite la

evaluación periódica de los objetivos de políticas saludables consensuados.

El sistema de salud está organizado en redes regionales de servicios, de gestión pública y privada, que responden a las necesidades de la población a su cargo. Las personas acceden a una red, y no a servicios aislados, donde sus

14

distintos componentes son instituciones organizadas por niveles de atención y localizadas con criterios de necesidad regional, actuando en función de las demandas de los destinatarios.

La red atiende una población definida, con beneficiarios identificados y

asignados a su responsabilidad, manteniendo la libre elección del prestador

dentro de la oferta disponible en la propia red. La asignación de

responsabilidades de la red sigue criterios de riesgo de beneficiarios, de modo de

cubrir con eficiencia las distintas necesidades.

La oferta de servicios se halla regulada por organismos mixtos y federales

que categorizan y acreditan servicios según estándares de calidad nacionales e

internacionales. La acreditación es parte de un proceso de mejora de calidad, con

criterios comunes para todos los subsectores y jurisdicciones. La acreditación

incluye criterios de resultados.

El sistema nacional de salud contempla esquemas de incentivos que

premiar resultados y que se encuentran vinculados a parámetros de calidad y de

eficiencia. Estos esquemas resultan fundamentales para una correcta gestión de

los recursos humanos como eje imprescindible de la organización de los

servicios.

En esta visión imaginamos nuevos roles y responsabilidades de los distintos actores, entre ellos:

Afianzamiento del Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios

provinciales en su rol de rectoría.

Garantía por parte de las regiones del aseguramiento de la cobertura básica universal.

Desarrollo por parte de provincias y municipios de programas de promoción y prevención, poniendo el acento en la atención primaria y respetando los mecanismos crecientes de derivación dentro de la red de atención.

Protección del financiamiento de los programas establecidos.

Organización de la sociedad civil para fomentar su participación en el diseño e implementación del modelo.

LA PROPUESTA. 2004-2007

Habiendo descripto la visión del sistema a largo plazo, corresponde entonces proponer un programa de actividades para los próximos cuatro años.

Marco Lógico

El marco lógico de diseño pretende trazar las líneas directrices que encuadran el programa de trabajo. No se trata de opciones rígidas: dentro de él

pueden existir alternativas diferenciadas, caminos parecidos no excluyentes, acciones concurrentes no similares; todo ello a condición de que este abanico de posibilidades contribuya a la sustentabilidad y la integridad del plan. A tal fin hemos definido las siguientes dimensiones:

Establecimiento de prioridades y metas de salud.

No hay políticas de salud allí donde no hay objetivos claros, concretos y donde el estado de salud de la población no mejora. Por ello la formulación de políticas de salud debe orientarse a la obtención concreta de resultados objetivos y mensurables, estableciendo prioridades y definiendo metas cuantificables.

Una estrategia adecuada.

Asumiendo una estrategia de reforma progresiva y sustentable que garantice un aumento de la vida saludable, universalidad y equidad en la cobertura, satisfacción de los usuarios, calidad de los servicios, solidaridad en el financiamiento y eficiencia en el uso de los recursos. Para ello la estrategia consiste en partir del diagnóstico de las necesidades de salud para definir prioridades y establecer metas. A partir de ellas desplegar las alternativas posibles y seleccionar las más adecuadas en términos de los propósitos y principios mencionados. La estrategia se completa con una evaluación permanente que permita revisar y actualizar el diagnóstico.

Mejorando la salud desde adentro y desde afuera del sistema.

Esto requiere fortalecer las funciones básicas del Estado en salud y en el resto de las políticas sociales y de infraestructura básica de servicios. Para ello es

preciso restablecer su rol tanto en la definición como en la puesta en marcha de políticas en estas áreas, así como en las cuestiones ambientales y de desarrollo sustentable.

Por un lado, a partir de acciones intersectoriales, el Estado actuará como facilitador: dentro y fuera del sistema y articulará todos los esfuerzos posibles para brindar a la población acceso a la salud, educación, vivienda digna y servicios esenciales. El Estado argentino, tanto a nivel nacional como provincial y municipal deberá asumir un rol central en la conducción del sistema y las políticas de salud profundizando y fortaleciendo su función de rectoría en salud.

Construyendo el consenso social y la viabilidad política de las acciones.

Para mejorar la salud de los argentinos la reforma debe dejar de ser un tema técnico o de negocios exclusivo de los expertos y empresarios. La salud debe ser un tema del Estado y la sociedad, ni siquiera de eventuales gobiernos.

Una construcción permanente, una tarea siempre inconclusa. Un modelo para armar y desarrollar entre todos y para todos. Los partidos políticos y todos los actores sociales deben comprometerse por fuera de cualquier polarización electoral en el tema de fondo y en el debate responsable acerca de cómo producir más y mejor salud, debate que en la Argentina hoy es débil. La salud de un pueblo es un indicador de su organización social y comunitaria. Instrumentos de política y gestión modernos que no contemplen la participación, que no generen consenso, pueden ser técnicamente factibles pero terminan siendo

políticamente inviables.

EL OBJETIVO PARA EL PERIODO 2004-2007.

Las reformas en la salud pública de nuestro país deben simultáneamente encarar los problemas en las dimensiones de la equidad y la eficiencia, en un enfoque centrado en la búsqueda de la salud de toda la población. Debemos perseguir y modificar los más importantes factores determinantes de ella, mediante el compromiso de todos los actores de la comunidad, con acciones que mejoren la calidad de vida y promuevan condiciones y hábitos saludables de todos los argentinos.

Queremos y necesitamos un sistema más justo, que iguale las oportunidades de acceso a toda la población, tendiente a equilibrar las hoy, grandes diferencias sociales que tenemos y que se reflejan en las condiciones sanitarias.

Un nuevo rol de Gobierno supone un proceso de consenso entre los diferentes actores del sector acerca de la dirección de las reformas que contemple las características y problemáticas de cada provincia. De este modo sería factible tender paulatinamente a una modalidad flexible de organización federal de la salud.

El nuestro, es un país con una organización federal muy acentuada en materia de autonomía provincial pero muy débil en la definición de prioridades federales de las políticas sectoriales y en instancias coordinadoras. Se hace evidente, de esta manera, la necesidad de una urgente revisión de las

responsabilidades de los diferentes niveles de gobierno en materia de atención

pública y la adopción de profundas reformas.

Dentro de esta lógica, una política de reforma primordial se traduce en el

diseño de un nuevo modelo sanitario basado en la construcción de redes de

atención y reconociendo su base primordial en la estrategia de atención primaria:

éste es el tipo de enfoque considerado como el más efectivo en el mejoramiento

de la salud de la población y en el logro de una cobertura más uniforme. De esta

forma, la estrategia a seguir es apuntar a asegurar la cobertura efectiva de

atención primaria para la población de cada territorio, propiciando su

participación responsable y comprometida en el nuevo modelo, privilegiando las

acciones en salud.

El gobierno nacional y los gobiernos provinciales deben definir y consensuar

un eje articulador de reformas, que apunte a mejorar la situación de los

ciudadanos sin cobertura explícita, hacer más eficiente la prestación de salud y

mejorar la equidad del sistema. Sin embargo, no debe buscarse un paquete único

y predeterminado de políticas a ser impulsadas con igual énfasis en todas las

regiones, sino que, por el contrario, debe reconocerse la necesidad de articular

sistemas diferentes y de brindar soluciones reconociendo una estructura federal

difícil de modificar a través del aprovechamiento de las fortalezas de cada

jurisdicción.

Se trata de comprender las dificultades de cada provincia, sus capacidades y

sus preferencias con la idea de construir un grupo de instancias en las cuales se

pueda estructurar paulatinamente una modalidad flexible de organización federal

18

de la salud. Es a partir del reconocimiento explícito de las diferencias que se

podrá desarrollar un debate más franco tendiente a la adopción de las mejores

soluciones para atender los problemas de cada región.

En toda organización federal, la Nación, a través de las diferentes

instituciones federales, tiene a su cargo las responsabilidades de coordinación y

armonización de los sistemas y la compensación de las diferencias regionales. El

Gobierno Nacional y las provincias -por intermedio del Consejo Federal de Salud deben

encontrar los instrumentos para continuar trabajando en pos de una

mejora en la cobertura y equidad del sistema en su conjunto. En este difícil

período, el papel de los diferentes niveles de gobierno debe ser consensuado.

Pero, como en toda federación, estos consensos son producto de una

construcción lenta y persistente que incluye de manera central la gestión

cotidiana de los sistemas.

METODOLOGÍA

En estas Bases del Plan Federal de Salud, se propone, en términos de

manejo de los tiempos, un método de logro a logro, de ritmo constante y

sostenido, en el marco de la permanente articulación Nación y provincias.

Ponderamos, una vez más, la estrategia de atención primaria como

organizador del sistema, desarrollando instrumentos que incrementen la equidad

en el acceso y el financiamiento de la salud, que definan la evaluación de desempeño e implementen mecanismos que permitan una fuerte participación comunitaria en todos sus niveles.

6.1. Un sendero de reformas

En el pasado, muchas políticas de reforma en el sector han fracasado al

pretender dar solución instantánea a los múltiples problemas que lo afectan.

Considerando la evolución histórica del sistema de salud, las características

del federalismo argentino y los antecedentes en materia de aseguramiento

provincial, se entiende aquí que la solución a las debilidades actuales del sistema

de atención pública de la salud, no surgirá de una creación mágica destinada a

resolver los serios problemas que la afectan.

Se propone, en cambio, seguir un sendero de reformas que tiendan a la

paulatina integración de los subsectores. Este sendero se podrá consolidar

trabajando, por un lado, sobre la afirmación de un sistema federal de salud que

mejore la equidad regional, y por el otro, en la integración y articulación del

sector alrededor de la reforma de la atención pública y promoción de la atención

primaria.

Es fundamental avanzar en la definición paulatina de un esquema que

comprenda a la totalidad del sistema, incluido el ordenamiento y desarrollo del

subsector privado, y contenga una clara determinación de las responsabilidades a

cargo de los distintos niveles de gobierno y del resto de los actores. Asimismo,

deberá poner el acento sobre la definición de mecanismos de redistribución que

compensen las fuertes disparidades regionales respecto de la capacidad de

financiamiento.

Para avanzar efectivamente en las reformas será imprescindible contar con instituciones federales con adecuado soporte técnico e instrumentos financieros que apoyen las políticas acordadas. Asimismo, deberán constituirse incentivos efectivos a la participación de los gobiernos subnacionales en las iniciativas. Ello permitirá trabajar cuidadosamente en el logro de consensos sobre las soluciones a los problemas de gestión sectorial con los diferentes gobiernos provinciales y municipales.

El Ministerio Nacional tomará parte activa en la organización general del sector armonizando el sistema en su conjunto e impulsando la participación de las diferentes jurisdicciones en la discusión y definición de las reformas. Debe ser acompañado por un esquema de transferencias financieras que premie a aquellos

20
que adhieran a las políticas allí consensuadas poniéndolas en práctica de manera efectiva.

La viabilidad de estas políticas dependerá, asimismo, de la formulación de un mecanismo financiero claro que las sustente. Lamentablemente, esto es parte de una problemática más amplia que se relaciona con el funcionamiento del federalismo fiscal en nuestro país y que se relaciona con la sanción de una nueva ley de coparticipación federal de impuestos. El régimen vigente, entre otras debilidades, distribuye fondos sin criterios explícitos y, por lo tanto, no tiene en cuenta indicadores relativos a las actividades que tienen a su cargo los gobiernos provinciales.

El tratamiento de la salud, al igual que el de la educación, debe ocupar un lugar central de este debate.

La estrategia de atención primaria de la salud como organizador del sistema

La Atención Primaria de la Salud es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud - enfermedad - atención de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación.

Tiene como misión extender el sistema sanitario a la intimidad de los hogares permitiendo conocer la realidad social y sanitaria de la población, mejorando la comunicación del individuo (y su familia, sus saberes y cultura) con la medicina científica.

La atención primaria será la prioridad absoluta y las acciones de promoción y prevención obtendrán una asignación creciente de recursos. La estrategia avanzará progresivamente hacia la descentralización de estas acciones de forma sistemática y organizada.

De esta manera, se conseguirá que sean los gobiernos locales (primero las provincias y luego también los municipios) quienes concentren sus esfuerzos en desplegar una estrategia de Atención Primaria de la Salud, así como en acciones de promoción y prevención, desarrollando políticas saludables, informando y modelando conductas.

Se buscará que la imagen objetivo de los gobiernos municipales no se limite a garantizar acceso sino a alcanzar progresivamente las metas de un municipio

saludable, integrando las áreas de salud con las de ambiente y desarrollo sustentable.

Esta integración surge de la necesidad de asociar el diagnóstico del paciente a las condiciones sanitarias de la comunidad en que vive, sus hábitos personales, sus actividades ocupacionales y las características del ecosistema. De esta manera, es posible trabajar sobre los factores de vulnerabilidad y riesgo socioambiental, tales como las condiciones sanitarias inadecuadas, la falta de acceso a agua potable, la deforestación, la pérdida de diversidad biológica, el

21

deterioro de la calidad de aire en ciudades y en el interior de las viviendas, la exposición a sustancias químicas.

Es evidente que la estrategia de atención primaria es altamente positiva en su costo-efectividad y también que su implementación adecuada debe ser

planteada a nivel local. Sin embargo, hay dos obstáculos históricos para ello. Por

un lado, el carácter hospitalocéntrico del sistema que se refleja en que aún los

centros de mayor complejidad, destinan gran parte de sus recursos y servicios al

primer nivel de atención. Por otro lado, los altos costos en que se debe incurrir

para diseñar, implementar y evaluar un sistema de APS, costos que muchas

veces los gobiernos locales no consiguen sustentar. Para superar estos

obstáculos el Ministerio nacional desarrollará una estrategia que permita asistir a

los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) que se comprometan con

implementar un adecuado modelo de APS.

La asistencia desde Nación consistirá, en primer lugar, en el diseño de un

modelo de atención adecuado para la APS en centros locales. En segundo lugar, el Ministerio nacional se ocupará de la provisión de medicamentos para garantizar el acceso a los mismos de la población de bajos recursos. Para esto ha implementado el Programa Remediar. También se continuará con la provisión de leche, vacunas, anticonceptivos, etc. Esto implica incorporar un incentivo directo sobre la población para conducir la demanda por servicios de salud hacia los CAPS en lugar de hacia los hospitales. Además Nación y provincias acreditarán y clasificarán los CAPS, realizará capacitación e introducirá incentivos a los profesionales responsables.

Priorizando todo aquello que fortalezca la equidad en el acceso y el financiamiento de la salud

Elegir en cada decisión, en cada acción, el sendero que más contribuya a equilibrar las grandes diferencias sociales que tenemos los argentinos y que se reflejan en las condiciones sanitarias y en el acceso a la atención de la salud.

Nos proponemos un sistema más justo, que iguale las oportunidades de toda la población, actuando con responsabilidad y sensibilidad frente a las necesidades de todos y en especial de los que tienen mayor riesgo.

El principio solidario que caracteriza nuestro sistema de salud y seguridad social, y que permite que todos contribuyamos para la salud de todos, se vuelve injusto cuando los pobres aportan un mayor esfuerzo económico que los no

pobres, o cuando los enfermos deben acudir a sus exiguos bolsillos para costear su atención.

Un sistema más equitativo en el financiamiento y más igualitario en el acceso es un desafío que entre todos debemos construir, logrando la resolución de estos problemas de atención de la salud lo más próximo a la residencia de los ciudadanos.

Favoreciendo la participación comunitaria en todos los niveles

El cuidado de la salud desde una perspectiva intersectorial requiere de instituciones y personas que tengan como objetivo lograr el más alto nivel de salud posible para la población, especialmente para los grupos vulnerables, definiendo acciones y destinando recursos.

En este contexto se debe permitir al pueblo ser protagonista de su proceso de salud. La salud, como derecho, requiere ciudadanos que puedan y quieran ejercer su ciudadanía, que las personas dejen de ser receptores pasivos de actividades puntuales prestadas por servicios institucionalizados de atención médica reparativa, orientada a enfermedades específicas. Una estrategia ineludible, en este sentido, es la implementación de acciones de comunicación social -tanto en medios masivos como en actividades a nivel local- destinadas a informar y emponderar a la población, incrementando la conciencia respecto de sus derechos y promoviendo conductas saludables.

Una externalidad a esta participación, que se debe favorecer y facilitar, es generar ámbitos y mecanismos de monitoreo y control social, necesarios para un adecuado funcionamiento del sistema.

Si el mercado ordena mal, el Estado es lento y poco transparente y la sociedad civil desordenada y altamente demandante, sólo una participación plena de todos potenciará los aciertos de cada uno y neutralizará las falencias.

INSTRUMENTOS

Toda sociedad elige el modelo de salud que considera más conveniente según sus características. En el punto anterior hemos expresado nuestros criterios respecto al “sendero de reformas” que los cambios que proponemos deben recorrer. También se hizo especial hincapié en la libertad con que cada provincia (y en el futuro cada región) debe transitar dichos senderos, puesto que se trata de un "sistema federal y flexible de salud"; esto supone que cada jurisdicción tiene sus necesarios grados de libertad, y por otra parte que, al ser un sistema, contiene a todos los actores. En este tiempo se deberá avanzar hacia la integración plena del sistema público (provincias y municipios) y el cuasipúblico, como obras sociales provinciales, mutuales, servicios para jubilados y pensionados (PAMI), acotando la dispersión y la fragmentación.

Los instrumentos de política que enunciamos a continuación pretenden dar respuesta a los desafíos planteados y a colaborar en la solución de los problemas definidos al comienzo de estas páginas. No pretenden ser de carácter permanente y aunque si lo fuesen, necesitan de una constante revisión y evaluación. Los hemos dividido a los fines prácticos desde la perspectiva de

atención, gestión y financiamiento, y con una breve enunciación de cada uno, dejando abierto al intercambio de ideas y aportes.

Modelo de atención

Jerarquización y acreditación de las acciones de promoción y prevención

La promoción de la salud y la prevención de las dolencias constituyen estrategias de acción que suelen tener alto impacto sanitario y beneficios económicos en el mediano y largo plazo. Por lo tanto, representan aspectos impostergables de la acción de gobierno para el beneficio presente y futuro de nuestro pueblo.

Esperamos para el año 2007 haber consolidado una estrategia de acción multisectorial para la salud de la población, impulsada y sostenida por el conjunto de la sociedad, y que produzca cambios significativos en los principales indicadores de la misma.

La actual situación social y sanitaria hace necesario articular como objetivos de la promoción de la salud dos desafíos que representan la heterogénea realidad de nuestro país, y que no pueden desprenderse uno del otro sin afectar el resultado global:

1. Por una parte, producir cambios que promuevan mejores oportunidades de vida sana, para la población en su conjunto.

2. Por la otra, reducir las desigualdades más marcadas en el acceso a recursos de salud y en los resultados sanitarios, en cuanto a los principales problemas evitables.

Lograr el fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud se ha impuesto como una de las políticas de Estado de este Ministerio, para lo cual se comenzó a trabajar en varias líneas de acción gracias al consenso logrado entre las jurisdicciones del país.

La movilización producida por los Encuentros Regionales de APS, no sólo contribuyeron a lograr la sensibilización y la definición de compromisos de gestión y acción para alcanzar los objetivos propuestos, sino que generaron diagnósticos que nos permitieron establecer prioridades y programar acciones más cercanas a las realidades locales.

Desde este punto de vista el Ministerio nacional está desarrollando, por un lado, acciones de articulación y redireccionamiento de los programas vigentes, y por otro lado, ultimando los detalles para la implementación del fortalecimiento institucional interviniendo activamente en adecuar los sistemas de salud provincial, municipal y local a la estrategia planteada.

Concretar la regionalización y descentralización, brindar asistencia técnica a los niveles de decisión, constituir y capacitar a los equipos de salud, favorecer la intersectorialidad, garantizar el acceso a medicamentos y estimular la

participación social, son las acciones elegidas para lograr el cambio de modelo

que consolide a la APS como estrategia y en este sentido se han logrado

consensuar metas y cursos de acción en algunas temáticas.

Asimismo, completará el proceso, ya en marcha, de consultas para

consensuar la Agenda Ambiental Nacional para el periodo 2004-2007. A través de

la misma, se establecen los lineamientos estratégicos que permitirán optimizar la respuesta institucional posible a los conflictos ambientales de índole crónica, mejorando al mismo tiempo el nivel de coordinación y respuesta interjurisdiccional; lo propio para aquellos impactos de corta data originados por actividades potenciadas por el nuevo contexto macroeconómico que comienzan a afectar la calidad de vida de las poblaciones y el uso sostenible de los recursos naturales.

◆ Propuesta:

a) Salud del niño y del adolescente

Lograr en 4 años que las tasas de mortalidad neonatal e infantil del

país disminuyan en un 25% respecto del año 2002 y que, ambas tasas, no superen en ninguna jurisdicción los respectivos valores de

los promedios nacionales del año 2002.

Lograr en 4 años que la tasa de mortalidad neonatal e infantil de la

jurisdicción con el valor más alto no sea mayor al doble de la tasa de

la jurisdicción con el valor más bajo (equidad).

Lograr en 4 años que la tasa de mortalidad de niños menores de 5

años del país disminuya en un 25% respecto del año 2002.

25

Eliminar en 4 años el tétanos neonatal y la sífilis congénita en todas

las jurisdicciones.

Disminuir en 4 años en el país las muertes ocurridas en el período

postneonatal por causas reducibles, en un 50% respecto del 2002.

Disminuir en 4 años la tasa de fecundidad en adolescentes del país

en al menos un 10% respecto del año 2002.

Lograr en 4 años el mantenimiento de la lactancia materna hasta el

6to. mes en un 35% de los niños y en forma exclusiva hasta el 4to

mes en un 45%.

Reducir en 4 años un 40% la prevalencia de anemia por déficit de

hierro en los menores de 2 años.

Lograr en 4 años coberturas de inmunizaciones mayores al 95% en

niños menores de 2 años.

Lograr en 4 años la reducción al 35% de los egresos hospitalarios de

menores de 5 años por enfermedades prevalentes (Infección Respiratoria Aguda, Diarrea y Desnutrición).

Lograr en 4 años que al menos el 75% de los niños menores de 5 años tengan por lo menos un control de salud anual (cobertura).

Lograr en 4 años que al menos el 50% de los niños menores de 1 año bajo programa cumplan con el calendario de controles según norma.

b) Salud materna

Lograr en 4 años que al menos el 60% de las mujeres embarazadas

haya tenido un primer control precoz (durante el primer trimestre).

Lograr en 4 años que la tasa de mortalidad materna del país disminuya en un 20% en relación con el valor del año 2002.

Lograr en 4 años que la tasa de mortalidad materna de las jurisdicciones por encima del doble de la tasa nacional del año 2002

disminuya en un 50%.

Lograr en 4 años que las jurisdicciones con una tasa de mortalidad

materna no mayor al doble de la tasa nacional del año 2002 se acerquen a dicho valor.

Lograr en 4 años que las jurisdicciones con una tasa de mortalidad

materna por debajo de la media nacional del año 2002 reduzcan en un 50% su diferencia respecto a la jurisdicción con la tasa más baja.

Reducir en 4 años un 30% la prevalencia de anemia por déficit de

hierro en la mujer embarazada.

26

c) Acciones sobre salud sexual y procreación responsable

Implementar programas de salud sexual y procreación responsable

en todas las jurisdicciones del país para el 2007; en este período lograr que al menos el 60% de los efectores de cada provincia se haya incorporado al programa y que al menos el 80% de los anteriores cuente con disponibilidad regular de insumos.

Lograr en 4 años reducir en al menos un 20% el número de hospitalizaciones por aborto respecto a los valores del año 2000/2001.

Lograr al 2007 que al menos el 60% de las mujeres en situación de

post parto y post aborto sean referidas a los programas de salud

sexual y procreación responsable de cada jurisdicción provincial.

Lograr en 4 años que en todas las jurisdicciones se apliquen las normas, en estudio, para el tratamiento post aborto y violencia.

Asegurar al 2007 que todas las mujeres, bajo programa provincial,

hayan realizado al menos un PAP en los últimos 3 años.

d) Acciones orientadas a las personas con discapacidad

Implementar la rehabilitación médica como un componente de atención primaria de la salud.

Implementar y difundir la estrategia de la rehabilitación con base comunitaria.

Desarrollar una red de servicios, que incluya por lo menos una unidad de rehabilitación cada cien mil habitantes, de tercer nivel de atención.

Transferir a las familias los conocimientos asistenciales que promuevan la atención y el apoyo familiar.

Propiciar la coordinación entre los niveles asistenciales y la articulación de éstos con los servicios sociales y el sector educativo.

e) Control del tabaco

Disminuir la prevalencia del consumo de tabaco un 10% a fin del 2007.

f) Otras acciones

Esperamos continuar e intensificar las acciones que se vienen realizando,

con el objetivo de establecer estrategias nacionales de intervención en áreas

claves tales como:

27

Prevención y control del consumo de alcohol

Salud mental

Prevención de enfermedades cardiovasculares

Prevención de cáncer (detección precoz)

Prevención de trastornos de alimentación y nutrición

Prevención de lesiones intencionales y no intencionales

Salud sexual y reproductiva

Control de vectores y enfermedades infecciosas

Prevención de la contaminación

Mejoramiento de la calidad del agua para consumo humano

Gestión y disposición de Residuos

Protección ante Sustancias Químicas

Promoción de patrones sustentables de producción y consumo

Protección y uso sustentable de los recursos naturales

Información, difusión y educación ambientales

Dada la ausencia de información para establecer líneas de base en algunos

de los principales problemas de salud y factores de riesgo en la Argentina, dichas líneas de bases y el establecimiento de metas serán construidas durante los años 2004 y 2005.

Las Obras Sociales Nacionales

A pesar de sus deficiencias estructurales, el sistema nacional conserva algunas fortalezas propias que podrían servir de base para la disminución y/o desaparición de la hiperfragmentación del subsistema de seguridad social, que además de los 276 agentes, cuenta con otros actores (obras sociales provinciales), además de las obras sociales de las FFAA, de seguridad, universitarias y otras, no normalizadas en su accionar.

Esas fortalezas incluyen:

□□ Una canasta de servicios unificada (el PMOe), que homogeneiza su nivel de cobertura.

□□ Un órgano de control y regulación (SSS) con poder de policía.

□□ Un sistema de débito automático en la fuente contributiva para los efectores públicos, que elimina los subsidios cruzados entre subsectores (el sistema de HPDG).

□□ Un sistema de opciones que elimina la cautividad, estimula la competencia entre agentes y genera una competencia regulada (régimen de traspasos). De todas maneras debemos revisar estos mecanismos para mejorar los aspectos positivos y eliminar los desfavorables.

□□ Un seguro de “segundo piso” para la cobertura de las enfermedades de alto costo y baja incidencia (la Administración de Programas Especiales –

APE-).

46

□□ Un fondo de redistribución que permite mejorar la equidad intrasistema (el FSR y el subsidio automático)

En base a estas experiencias el subsistema debiera avanzar hacia:

□□ El logro de un conjunto de garantías explícitas de cobertura para la totalidad de las entidades de la seguridad social, independientemente de su jurisdicción. Dadas las diferencias de cobertura y financiamiento de las obras sociales provinciales este marco de garantías debiera tener un diseño incremental que alcance como destino final el PMO.

□□ Con respecto a las Obras Sociales Provinciales, un cambio en la modalidad de su financiamiento, evitando el paso de los recursos por el Ministerio de Economía Provincial que aseguraría una verdadera intangibilidad de dichos fondos. Históricamente el financiamiento de las OSP es intrínsecamente aleatorio, pues los fondos en cuestión devienen una variable de ajuste del tesoro provincial.

□□ La incorporación de las Obras Sociales Provinciales al universo de fiscalización de la Superintendencia de Servicios de Salud, respondiendo a estándares de gestión y calidad homogéneos para todo el subsector. Se trata de una medida que ciertamente contribuiría a uniformizar los criterios de administración de los distintos órganos financiadores y a promover la transparencia en la oferta prestacional.

□□ La creación de un sistema de débito automático en fuente

contributiva similar al de los Hospitales Públicos de Gestión

Descentralizada, que elimine la fuerte ineficiencia generada por los subsidios cruzados entre las obras sociales provinciales y los propios hospitales jurisdiccionales y estimule una visión y gestión más aproximada al subsidio a la demanda que al actual de oferta.

□□ Un régimen de traspasos libre entre los distintos sistemas. En una primera etapa debiera alcanzar al PAMI (que ya dispone de varias de las condiciones necesarias: padrón unificado, débito automático, aportes al SUSS) y la prolongación paulatina al resto de los agentes. Este esquema deberá estar condicionado a que las obras sociales provinciales entren en la órbita de fiscalización de la SSS, aunque no necesariamente de manera plena (justamente por el tema de la libre competencia), sino con un status especial en el cual deberán comenzar con la construcción de algunos indicadores económicos financieros, organizacionales y prestacionales, destinados a la alimentación de una base específica.

□□ Un seguro nacional de enfermedades especiales de suscripción obligatoria para los sistemas provinciales y otros. La necesidad de la compulsión se origina en la posibilidad de conformación de un pool de riesgo aceptable.

□□ Un programa de reconversión de obras sociales en crisis, destinado a asistir financiera y técnicamente a estas instituciones. No se trata de un

programa de ayuda, sino de una línea de crédito preferencial gestionada

47

a través del Ministerio nacional, dada la naturaleza de las instituciones en

cuestión. El financiamiento se realizaría a través de un fideicomiso con

fondos disponibles en el Banco de la Nación Argentina, tomando como

garantía los activos y la recaudación de las Obras Sociales que soliciten el

crédito. Este no superaría el equivalente a dos recaudaciones, bajo el

formato de un préstamo de ajuste. Se contaría asimismo con una

cláusula de repago acelerado, para casos de pérdida excesiva de

beneficiarios o bien falta de pago de las cuotas correspondientes.

El programa financiaría planes de reconversión estructurados sobre tres

ejes:

- Saneamiento financiero: es decir la cancelación de pasivos

prestacionales con efectores, sin incluir intereses.

- Reconversión de planta de personal: reingeniería de la estructura de

recursos humanos de la institución, apuntando a optimizar el potencial

existente.

- Fortalecimiento institucional: un menú de líneas de acción destinado a

optimizar el modelo de gestión de la obra social.

Estas medidas apuntan a la paulatina homogeneización del sistema bajo

pautas únicas de regulación y competencia y tenderán seguramente a la mejora

del poder de negociación de compra de servicios con la consecuente disminución

de costos, aumento de la calidad y ordenamiento de la oferta prestacional, amén

de la mejora en la equidad intrasector.

Conclusión:

Esta investigación sirvió de mucho para poder informarme todo las temas interesantes y muchas de las preocupaciones que tiene nuestro ministerio de salud para mejorar el sistema de salud de nuestro país.