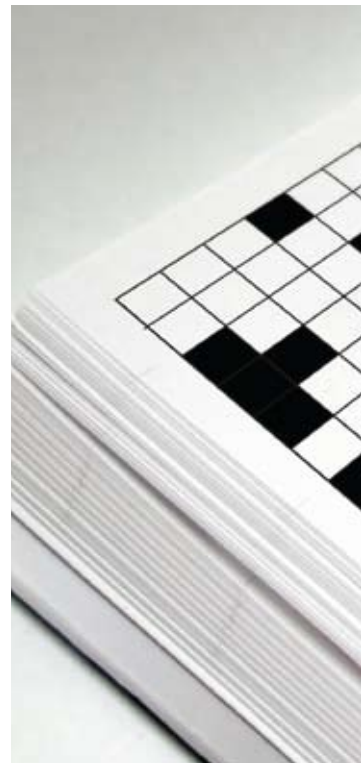


ACERCA DE TAXONOMÍAS FALACES, UNIVERSALISMOS SEGMENTADOS Y FINANCIAMIENTOS SUPERPUESTOS



Los lugares más ardientes del infierno están reservados para aquellos que en tiempos de gran crisis moral, mantienen su neutralidad.

Dante Alighieri (1265 – 1321)



Por Mario Glanc*

Existe un lugar común, una especie de consenso establecido en torno a la morfología, el alcance y la cualidad del sistema de salud argentino. Solemos sostener que se trata de un sistema esencialmente universalista, cuyo alcance en términos de cobertura es superior a la media de lo observado en la región, compuesto por tres subsistemas organizados a partir de diferentes fuentes de financiamiento y cuyos resultados alcanzan un estándar aceptable, habida cuenta de mediciones relativas vinculadas con indicadores sanitarios clásicos.

Es probable sin embargo que sea tiempo de ajustar estos conceptos a partir de categorías analíticas más precisas. Por cierto, es tarea de la universidad desterrar los supuestos establecidos e introducir el disruptivo efecto del matiz, el cuestionamiento y el debate.

Dentro del estrecho límite de un artículo de opinión, estos párrafos apuntan a disparar la discusión en ese sentido. A eso vamos.

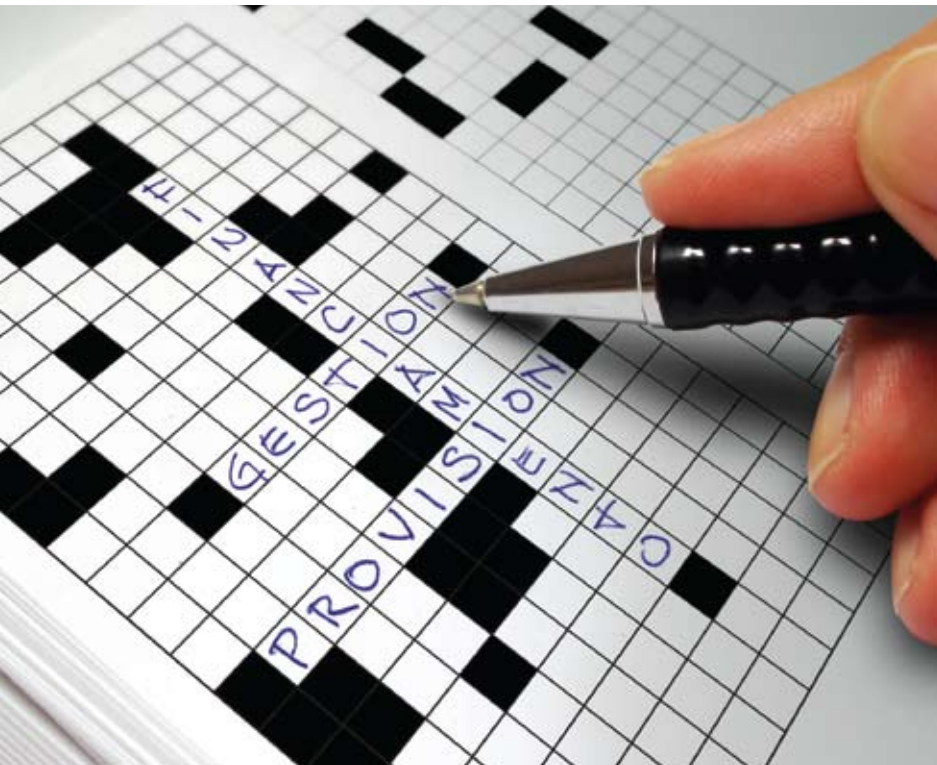
Acerca de la taxonomía y su significado

Se mencionó la existencia en nuestro país de tres subsectores destinados a dar protección y/o cobertura a poblaciones diferenciadas. Efectivamente, el nuestro es un sistema en el que confluyen diferentes modelos de provisión, gestión y financiamiento de los servicios recibidos por la población, los que incluso cuentan con diferentes marcos normativos no necesariamente vinculados entre sí.

Sin embargo, estos *submodelos*, más que subsectores se agrupan según el segmento poblacional al que están dirigidos, diferenciándose en términos de canasta prestacional, calidad ofrecida, alcance de la cobertura y capacidad de respuesta, básicamente de acuerdo a la inserción laboral, capacidad de pago (voluntario o compulsiva) o posición social del beneficiario. Esa segmentación implica la inexistencia de un marco regulatorio común que permita asegurar y/u ofrecer un paquete homogéneo de servicios a toda la población, por lo que el alcance de los servicios en cuestión termina siendo función de posición relativa del demandante en nuestro inequitativo tejido social, y más directamente de su capacidad de pago, sea voluntaria o compulsiva, replicando sectorialmente una constante verificable en toda nuestra Argentina.

Es decir: al tiempo que reconocemos la existencia de tres subsectores, desde una mirada longitudinal, es preciso reconocer una taxonomía horizontal, a través de la cual el suprasistema de salud se expresa, y se organiza se-

* El autor es médico, cardiólogo y sanitarista. Máster en Salud Pública y Máster en Economía y Gestión en Salud. Director a cargo de la Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social de la Universidad ISALUD. mglanc@isalud.edu.ar



ciudadanos que en materia de salud se traducen en un piso mínimo de servicios de salud accesibles a toda la población más allá de cualquier taxonomía.

Pero es imprescindible reconocer que tal provisión de servicios debe dar respuesta racional y sustentable al conjunto de necesidades posibles para el colectivo y la persona. Y que en un contexto de costo eficiencia, evidencia científica y racionalidad prescriptiva, esta aseveración, en el siglo XXI recorre necesariamente un camino que desde el punto de vista estrictamente asistencial, se inicia en la prevención y la APS, pero que culmina, cuando así está indicado, en la alta complejidad diagnóstica y terapéutica.

Lo cual nos conduce necesariamente al tema de los acuerdos sociales. Lo que es particularmente grave como injusticia es que algunos pueden no tener la oportunidad de alcanzar una buena salud debido a acuerdos sociales y no, digamos, a una decisión personal de no preocuparse particularmente por su salud. En este sentido, una enfermedad que no es prevenida ni tratada por motivos sociales (digamos por la pobreza o por la fuerza aplastante de una epidemia), y no por una elección personal (como el tabaquismo y otros comportamientos de riesgo de los adultos), tiene una repercusión particularmente negativa en la justicia social. Esto requiere una distinción adicional entre el logro de la salud y la posibilidad de alcanzar una buena salud, que se puede ejercer o no. Esta distinción es importante en algunos casos, pero en la mayoría de las situaciones el logro de la salud tiende a ser una buena guía de las posibilidades subyacentes, dado que tendemos a darle prioridad a la buena Salud cuando realmente tenemos la oportunidad de elegir³.

gún la posición relativa del demandante de servicios y no según la respuesta efectiva a sus necesidades y sus derechos. Así planteados, los tres subsectores encubren en realidad un difuso número de submodelos transversales, muchas veces incluso interrelacionados, pero ordenados según la cualidad descrita.

Las diferentes versiones así generadas aplican –esquemáticamente– a las diferentes argentinas cotidianamente verificables, y así, más que por reconocimiento de derechos, nuestro sistema de salud responde más al nivel de ingreso, posición laboral, lugar de residencia o capacidad de pago del individuo, que a una política universal y consistente para la población en su conjunto, siendo que tal desarticulación, en la que impera la selección adversa y la asimetría en términos de derechos inhibe la consolidación de un verdadero “sistema” de Salud y hace inviable tanto la eficiencia en la administración de los recursos, como la equidad de la cobertura.¹

Al sólo efecto de ilustrar el concepto

precedente: es sabido que el mínimo común exigible (canasta prestacional básica) de los argentinos es el PMO o más específicamente el PMOE². Sin embargo, ese piso básico compete exclusivamente a un segmento de la seguridad social y a las empresas de medicina prepaga que proveen servicios integrales. Lo antedicho revela hasta qué punto, el legislador ha priorizado la intervención en el contenido de un contrato entre privados, antes que el otorgamiento universal de un derecho esencial que asegure un mínimo de equidad a toda la población.

Acerca de la universalidad y sus diferencias

La discusión acerca del significado del concepto de universalidad excede el propósito y la pretendida extensión de este trabajo. Sin embargo, y al sólo efecto enunciativo, vale aclarar que no estamos haciendo referencia a una alternativa cualitativa de provisión irrestricta, sino al efectivo reconocimiento de un conjunto universal de derechos

Si el principal objetivo de los sistemas de salud, es el de achicar las brechas de equidad sanitaria, y es un hecho cierto que los países que consolidaron mejoras relevantes en sus indicadores sanitarios lo hicieron mejorando la asignación de recursos en términos de equidad, recortando las brechas preexistentes y contrarrestando la posición dominante en términos de distribución por parte de los sectores más favorecidos en términos de ingreso salud⁴, entonces, de lo que se trata es de compensar este *Univervalismo entre diferentes*, por lo que la cualidad del sistema de salud radica en corregir esas diferencias y no solamente en términos de prestaciones, sino en términos de cobertura⁶. Ello necesariamente lleva al concepto de aseguramiento y en particular, a la categoría de los seguros públicos.

Acerca de las fuentes de financiamiento

Argentina gasta poco más del 10% de su PBI en salud. Mas allá de la eficiencia del gasto, y del hecho cierto que en el peso relativo del pago de bolsillo se evidencia la inequidad del conjunto, conviene repensar el modelo, ya no sólo en términos de fuentes, sino en términos de flujo de recursos.

Desde principios de los años 80 la clasificación ideada por Robert Evans nos ha ayudado en mucho a comprender el modelo ideal a través del cual se organizan y financian los sistemas de salud⁶. Sin embargo, como generalmente sucede, la realidad viva suele mostrar niveles de complejidad que trascienden la clasificación original.

Con independencia de la composición del gasto y su distribución teórica, es preciso tomar en cuenta que actores individuales e institucionales que conforman la oferta habitan los tres subsectores, lo cual en un contexto de fragmentación y puja distri-

butiva se traduce en ineficiencias de conjunto, en las que el modelo, más que la voluntad individual de los actores genera relaciones donde los conflictos de intereses, las prácticas oportunistas o los subsidios cruzados son corrientes.

Más aún: el sistema, en la medida que los incentivos de cada uno de los subsectores no operan sinérgicamente a través de un alineamiento definido, sino que proporcionan incentivos intersubsectoriales competitivos, perpetúa y consolida mecanismos transaccionales que derivan en culturas y comportamientos definidos, cuyo

Argentina gasta poco más del 10% de su PBI en salud. Mas allá de la eficiencia del gasto se evidencia una gran inequidad.

alcance trasciende y condiciona la organización sectorial formal.

Esta relación gasto público/gasto privado y este comportamiento subyacente como constante del sistema de salud argentino, es comparable a la de otros países de la región y no se verifica, por lo menos del modo descrito en los países en los que el estado asume una función de tutela y protección de los bienes públicos y/o meritorios a través de un sistema de aseguramiento universal.

Entonces... Argentina se posiciona en un lugar de privilegio en la región, en términos comparativos con algunos de sus vecinos.

Sin embargo, y a pesar de la sostenida mejora en la mayoría de sus indicadores sanitarios esa ubicación relativa va deteriorándose en una situación de retroceso incluso en el dinamismo de sus resultados⁷.

De hecho, a pesar de que el sistema de salud argentino fue capaz de amortiguar y contener el cataclismo social de hace una década, el nuestro es el único país de peso regional que no ha emprendido en ese lapso procesos de reforma sustantiva en su sistema de salud⁸, y que paradójicamente, ostenta el mayor gasto per cápita de toda la región.

Es intención de estos párrafos culminar en una serie de iniciativas dirigidas a conformar una agenda que incorpore los aspectos estructurales mencionados más arriba, como elemento central de debate.

La lista es necesariamente incompleta. La fundamentación abarcable en un artículo de opinión, limitada. Pero sería necesario articular el debate en torno a algunas de las cuestiones conceptuales que se puntúan a continuación:

- La progresiva universalización de la cobertura en el marco de un Sistema Nacional de Aseguramiento Social en Salud, definiendo y priorizando tal protección en términos de garantías entendidas como derechos ciudadanos y desde un Modelo de Atención bajo responsabilidad nominada.
- La progresiva integración intra e intersubsectorial en redes locales provinciales, y regionales, de complejidad creciente, enfatizando la atención primaria de la salud y la consecuente reorganización del sector sanitario hacia la complementación e integración los subsectores públicos nacionales, provinciales y municipales, con el sector de la seguridad social y el privado, reservando para el sector público nacional su competencia rectora.
- La necesidad de propiciar y acceder progresivamente a un modelo de financiamiento sustentable, eficiente, equitativo y basado predominantemente en tributos

provenientes de rentas generales, con explicitación de un porcentaje mínimo del PBI para el gasto público en salud.

■ La prioridad de reformular y universalizar el modelo de cobertura de enfermedades de alto costo y baja incidencia y/o catastróficas incluyendo la provisión gratuita de medicación protocolizado y reservando para el Estado su carácter de comprador monopólico.


■ La necesidad de discusión y sanción de la Ley Federal de Salud, donde se definan como mínimo derechos generales de la población a la protección de la salud, principios generales del sistema, estructura organizacional, modelo de gestión, atención y de financiamiento, rol del subsector privado, referenciación geográfica y regional, productos farmacéuticos, recursos humanos, etc.

■ La necesidad de vincular la carrera profesional y el régimen laboral para los trabajadores del sistema con el mérito, desempeño y resultados y la jerarquización conceptual y presupuestal del trabajo profesional (médicos, enfermeras y otros) a través de modalidades vinculadas a contratos de gestión.

Finalmente... América latina transita un período de posibilidades inéditas. El sentido que se le asigne al crecimiento económico de la región y su traducción en políticas públicas destinadas a corregir las brechas de inequidad existentes determinará el destino

de millones de personas hoy todavía excluidas del ejercicio pleno de sus derechos ciudadanos.

Argentina no escapa a esa encrucijada. Allí estamos y esa es nuestra tarea. Nuestra Universidad ha sido y es testigo y protagonista de la historia de la salud pública argentina por lo menos en los últimos 20 años. Nuestro activo principal es el pensamiento crítico y el direccionamiento de la idea hacia la praxis transformadora.

De allí la necesidad de continuar y enriquecer ese legado: seguir pensando, para seguir transformando. 

Referencias

¹ PNUD. Informe Desarrollo Humano 2011.

² Resolución 201/2002 - 310/2004.

³ Sen, A. Equidad en Salud. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 11 (5/6).

⁴ González García G., Tobar F. (2004). Salud para los Argentinos. Granica. Ediciones ISALUD.

⁵ Organización Mundial de la Salud. (2003). Informe sobre la Salud en el Mundo 2003: Forjemos un futuro. Nueva York: OMS.

⁶ Evans RG. (1983). *Incomplete vertical integration in the health care industry: Pseudomarkets and Pseudopolicies*. The Annals of American Academy of Political and Social Science.

⁷ PNUD. Op. Cit.

⁸ Véase al respecto los procesos de reforma de Chile, Uruguay, Brasil. Ref: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=2395&Itemid=2523



ASE
NACIONAL



ACCION SOCIAL DE EMPRESARIOS

34 años trabajando en el sector de la salud

- TRAYECTORIA
- EXPERIENCIA
- ORGANIZACIÓN
- RESPONSABILIDAD
- IDONEIDAD
- ESFUERZO

Al servicio del país y su gente