

COMENTARIO EDITORIAL: Las promesas incumplidas de la Salud en Argentina (tercera parte)

Failed to fulfill health promises in Argentina (third part)

Javier Vilosio*

Resumen

En esta tercera y última entrega se señala la influencia del problema de la calidad institucional en el futuro del sector, así como su directa relación con el juego del poder político nacional. Se reseñan intentos de reforma sectorial en los últimos cincuenta años, y se proponen alternativas posibles en materia de reforma del sistema de salud argentino.

Abstract

In this third and final issue the author highlights problems related to institutional quality and political power networks and its influence on the Argentinean Health System. Historical efforts during the last fifty years to produce health reforms are summarized and new possible alternatives are then proposed.

Palabras clave: sistema de salud, Argentina, política de salud. **Key words:** health system, Argentine, health policy.

Vilosio J. Las promesas incumplidas de la Salud en Argentina (tercera parte). Evid. actual. pract. ambul; 13(3):82-84, Jul-Sept.2010.

Introducción

Hemos reseñado anteriormente algunas características del sistema de salud argentino, su complejidad, y algunos problemas centrales que afectan las condiciones de eficiencia y calidad de los resultados obtenidos, en términos globales^{1,2}.

A esta altura podemos afirmar que no existe en nuestro país un sistema integrado. Nos inclinamos más bien a considerar que lo que hemos llamado hasta aquí sistema no es más que la expresión, quizás ampliada a algunos aspectos más que solamente el financiamiento –por ejemplo, el poder político–, de lo que Katz definió en 1988 como la “puja distributiva” en el sector salud³.

Fragmentación e inequidad son términos clave para resumir la situación de la salud y comenzar a explicarnos porqué Argentina ha fracasado en lograr resultados sanitarios acordes con lo que la política ha comprometido y lo que la realidad indica que pudo haberse logrado. El impacto de las políticas y los servicios de salud sobre la salud y la calidad de vida de las personas es notable –e injustamente– dispar. Es necesario recordar que las generalizaciones y promedios son artilugios que nos permiten conceptualizar y, sobre todo, comparar los resultados, contra nosotros mismos y contra otros países. Pero los grandes números solo muestran un aspecto más o menos relevante del problema, un panorama general en el que es necesario profundizar para tomar conciencia de lo que significa para millones de argentinos aquello que se describe desde un rol tecnocrático, o se propagandiza desde una gestión de gobierno.

Por otra parte, la Salud Pública es una disciplina en cuyo marco han de conjugarse capacidad técnica y gestión política.

La suerte de las políticas sanitarias en nuestro país no puede estar ajena entonces al devenir de las instituciones, usos y costumbres de las dirigencias y grupos de poder.

Ello no solo es obvio, también puede considerarse necesario y enriquecedor en tanto el marco de la democracia republicana tenga capacidad de limitar algunas formas de gestión política que hasta pueden poner en riesgo la propia continuidad del sistema.

Vamos por partes: las instituciones son –en términos políticos– básicamente normas, aceptadas y aplicadas en su contexto y con unos alcances definidos.

El apego –o no– a esas normas –es decir, la calidad de esa institución: su capacidad de sostener las “reglas de juego”– representa un mayor grado de previsibilidad o incertidumbre para el comportamiento de los actores sociales (individuos, grupos y otras instituciones). En términos de las ciencias políticas, hablamos del problema de la relación y el equilibrio entre “normas” y “discrecionalidad” en el gobierno –y el Estado–.

Por eso la cuestión de la calidad institucional es trascendente para el presente y el futuro de la democracia. Y, en ese contexto, específicamente para nuestro tema: el de las políticas de salud.

Desafortunadamente un idioma exquisito como el castellano no permite diferenciar diversas acepciones del término “política” (como sí ocurre en inglés⁴). De manera que tenemos que conformarnos con expresar que la excesiva– politización de las políticas sanitarias, es decir, su sumisión a las necesidades de la negociación entre factores de poder en forma independiente de toda otra argumentación mejor fundamentada disponible, es una característica central de nuestro ordenamiento sanitario. Para decirlo más llanamente: las decisiones centrales (políticas sanitarias) no se toman en función de las necesidades específicas, sino en función de la negociación (política) entre quienes ejercen o aspiran a ejercer el control de grandes flujos del financiamiento sectorial.

En nuestra historia, por circunstancias que hemos señalado anteriormente, la salud ha quedado estrechamente vinculada a la política partidaria en la cual son actores de primera magnitud los sindicatos, mientras que además el Estado ha resignado su capacidad de regulación y control no solo sobre los demás sectores sino también sobre sí mismo.

El futuro de cualquier reforma que pretenda desarrollarse dependerá, entonces, de quienes estén sentados en la mesa donde se debatan y decidan los pasos a dar.

De dónde venimos

La reforma del sistema sanitario argentino es una materia pendiente desde hace muchos años. Nada de lo que hemos expresado en esta breve serie de artículos es un hallazgo original. Los problemas son bien conocidos, aunque, claro, como en cualquier cuestión política existen numerosas interpretaciones posibles. Pero aun así, las principales características del sistema son ampliamente compartidas: fragmentación, inequidad, superposición. Existieron a lo largo de la historia diversos intentos de transformación sustancial de nuestro sistema de salud: probablemente desde los años '50 el más exitoso –aunque finalmente frustró en buena parte de sus objetivos, inclusive antes del golpe de estado de 1955– fue el que encabezó Ramón Carrillo. El desarrollo de la infraestructura sanitaria nacional en pos de un modelo que sería tomado como ejemplo para la fundación del Sistema Nacional de Salud inglés, fue sustancial. Arturo Oñativia⁵, dejó su nombre vinculado a una innovadora Ley de Medicamentos, pero también a la de Reforma del Sistema Hospitalario Nacional y de Hospitales de la

π. Juan José Linz es un politólogo que ha centrado buena parte de su obra en los procesos de caída de los regímenes democráticos, y aporta elementos muy significativos para su interpretación (p.e.: su obra *La quiebra de las democracias*).

¹ Que diferencia entre policy: políticas, p.ej., de gobierno, y politics: política partidaria.

² Ministro de Salud del Presidente Arturo Illia (1963-1966).

* Médico. Máster en Economía y Ciencias Políticas. Departamento de Salud Pública del Instituto Universitario Hospital Italiano. javier.vilosio@hospitalitaliano.org.ar



Comunidad. Durante el gobierno de Héctor Cámpora, Domingo Liotta impulsó, en el marco del Plan Nacional para la Reconstrucción y la Liberación Nacional, el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), nuevo intento frustrado¹, pero que de alguna manera resurgiría durante el gobierno de Raúl Alfonsín, de la mano de su Ministro Aldo Neri, en el Sistema Nacional del Seguro de Salud. Las leyes promovidas fueron promulgadas cuando hacía ya dos años que Neri había renunciado a su cargo y luego de una reñida negociación política. La mayoría de los autores coinciden en que fue el resultado de un acuerdo entre el gobierno y la CGT⁴. En los noventa –durante la gestión de Alberto Mazza–, la figura del Hospital Público de Autogestión representó un nuevo intento de modificación del modelo prestacional y de financiamiento, así como el proyecto de Reforma de las Obras Sociales –al que hemos hecho referencia en el primero de esta serie de artículos– que terminó en un escándalo judicial.

Hacia dónde vamos

Así como existe cierto consenso sobre el diagnóstico, e historia de intentos de integración y articulación del sistema, existe también cierto acuerdo sobre grandes líneas de la reforma pendiente: la descentralización en un marco de coordinación entre municipios y provincias, y fortaleciendo el papel regulador de la autoridad nacional (capacidad de rectoría), la recuperación de esas capacidades de articulación entre los subsistemas público, de la seguridad social y privado en cada jurisdicción provincial, la coordinación entre provisión y financiamiento de los servicios, adecuados mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención⁵.

A un año de la próxima elección nacional, el contexto político adquiere algunas características particulares. Aunque el debate ideológico no será el eje real o más importante de la discusión de candidaturas, oficialismos y oposiciones exagerarán o disimularán aciertos y fallos en la gestión, incluyendo las de salud.

Los partidos con aspiraciones presidenciales deberán, además, formular una propuesta de gobierno que, si bien en la práctica luego resulta escasamente relevante, al menos los compromete al momento de su formulación, primero al interior de su propia estructura buscando consensos, y luego en el debate pre electoral.

Se ha dicho que la (política de) Salud no gana elecciones, pero puede ayudar a perderlas. Lo cierto es que se harán nuevas promesas sobre la salud de los argentinos. Y probablemente (¿seguramente?) muchas se incumplan. El énfasis, es previsible, se pondrá en la infraestructura, y probablemente en servicios de complejidad, aunque sin dejar de nombrar, ¡obviamente!, la atención primaria de la salud.

¿Se hablará de reforma de la organización sanitaria? Seguramente no. Un problema que tienen los procesos de reforma sectorial es que requieren mucho tiempo para producir resultados políticamente rentables –si es que logran éxito–. Tiempos más allá de una gestión de gobierno.

Por otra parte, al menos entre los partidos mayoritarios, difícilmente se promueva la idea de reforma, asociada con una transformación sustantiva de la organización y el funcionamiento sectoriales, en pos de evitar conflictos frontales con el poderío político de los sindicatos.

Por parte del oficialismo, y –paradójicamente– de buena parte de la oposición, habrá, por el contrario, negociaciones para ganar el favor de los principales grupos de dirigentes gremiales.

De manera que aún quienes admiten que las actuales reglas de juego debe cambiarse y el sector debe adquirir otra modalidad organizativa, analizan alternativas de negociación que permitan avances parciales sobre aspectos regulatorios, de financiamiento, o de modelo prestacional⁶. Avances parciales que permitan reducir la inequidad, la fragmentación, la ineficiencia. La viabilidad o no de tales alternativas, que podrían ser muy adecuadas, será resultado entonces de diversos factores ajenos a la problemática sectorial que puedan afectar el poder y/o la capacidad de influencia de los interlocutores, de acuerdo a su posicionamiento en la política nacional y, por lo tanto, su futuro es todavía incierto.

¿Habrá una Ley Nacional de Salud?

Existen algunos proyectos de normas nacionales que contemplan más o menos la integralidad del marco regulatorio sectorial. El Poder Legislativo en los últimos años ha avanzado generando normativas particulares orientadas, fundamentalmente, a la atención de determinadas patologías, impulsadas por la presión pública de diversos grupos de interés. Este no es un camino que permita corregir lo que hoy es la desarticulación entre recursos disponibles y necesidades, ni un aporte a la mayor eficiencia o calidad del sistema.

En ese contexto, una Ley Nacional de Salud, que reordene integralmente el sector podría ser un aporte más que significativo. Sin embargo, no parecen estar dadas, y probablemente menos aún durante la inminente campaña electoral, las condiciones políticas necesarias para que un debate de esa magnitud sea habilitado en el ámbito parlamentario. En primer lugar, por lo anteriormente señalado respecto de la inviabilidad de una propuesta de reforma integral, y por otra parte por la relativa debilidad política de los actores del oficialismo y la oposición durante el proceso preelectoral.

Debe recordarse que una Ley nunca ha cambiado una realidad, sino que las transformaciones sociales son producto de múltiples, complejos y sostenidos procesos socio culturales. Este panorama nos introduce en el problema del rol que pudiera caberle a las jurisdicciones en el proceso de reforma sectorial.

El papel de las jurisdicciones

Si bien hemos insistido en la necesidad de fortalecer el rol de las instancias nacionales en materia de regulación, financiamiento y gestión de servicios, así como en la formulación de políticas de carácter preventivo, no es menos cierto que parece poco probable que una normativa nacional tenga el impacto deseado si no se desarrolla desde las jurisdicciones, particularmente provinciales, hacia el marco nacional un proceso de modificación sustancial del sistema.

Existen condicionamientos constitucionales para que así sea, y también de orden táctico: mejores condiciones de viabilidad para las reformas por la estructura misma del sector, y mayor proximidad entre usuarios, actores institucionales y decisores. Obviamente esta alternativa dependerá, desde lo macro, de las posibilidades de reformular el financiamiento jurisdiccional, es decir: del cambio de las reglas de juego en materia de copar-

¹La peculiar visión de un intelectual peronista, Julio Bárbaro, respecto de la siempre conflictiva relación peronismo-sindicatos, y su vinculación con el tema del SNIS. Hemos resaltado en negrita expresiones reveladoras de cierta concepción de la política: “Si bien es cierto que no podemos imaginar al peronismo sin el sindicalismo, no es menos cierto que éste tiene los días contados sin un Partido que le de coherencia y sentido último a sus luchas ya que su rol es defender los intereses de los trabajadores, y desde la defensa de los intereses de un sector, por más importante que éste sea, no se pueden resolver las necesidades del conjunto. El tema de las Obras Sociales demuestra cómo los sindicalistas confunden trabajadores con dirigentes. No voy a caer en defender las Obras Sociales para los radicales, pero sí, en reivindicar la Ley del SNIS (Servicio Nacional Integrado de Salud) que fuera firmada por Perón en 1974 y bloqueada por nuestros dirigentes ultraverticalistas” (Bárbaro J “Peronismo y sindicalismo” Revista Unidos N° 06, Peronismo ¿el fin?, Agosto de 1985).

⁴ Existe debate sobre las prioridades, o el foco de las reformas: ¿empezar por el financiamiento o por el modelo prestador? Si bien ambas condiciones se hallan íntimamente relacionadas, creemos que las reformas necesarias deben impactar centralmente en el financiamiento, como palanca para la necesaria transformación del modelo prestacional, y no a la inversa.

tipificación federal de impuestos^{‡‡}, y un mayor control sobre la discrecionalidad de transferencias a provincias y municipios por parte del Ejecutivo Nacional.

En tal supuesto, las provincias podrían avanzar en la implementación progresiva de sistemas de seguro público de salud^{‡‡‡} que coordinen e integren a los subsectores de cada jurisdicción, contando con esquemas de contratación más flexibles en el INSSJP y las Obras Sociales Nacionales. Para Maceira, ello permitirá: *“la concreción de convergencias respecto del diseño de las pautas de atención y los mecanismos de pago, lo que generará incentivos para una mayor eficiencia en la asignación de los recursos y una mayor equidad en el sistema de salud en su conjunto”*.⁶

Conclusión

El futuro de la atención de la salud en la Argentina en el corto plazo (ya en vistas a un nuevo proceso electoral) está indisolublemente ligado a la dinámica político partidaria. No tanto por diferencias ideológicas sustanciales, o por discusiones metodológicas de inter-

vención respecto de un diagnóstico que a grandes rasgos encuentra un consenso bastante significativo, sino al menos por tres hechos que consideramos centrales: la necesidad de alianzas, la voluntad y capacidad de negociación con el poder sindical; el posicionamiento de los dirigentes políticos respecto de la problemática de la coparticipación federal de impuestos y el manejo discrecional de fondos nacionales; y, emparentado con el primer punto, la voluntad, decisión y fortaleza política de quienes obtengan el gobierno para llevar adelante un proceso de reforma del propio Estado.

Ya ha señalado Neri que: *“las decisiones de reforma llegan, en general, bastante retrasadas respecto a la reforma económica y del Estado, e inspiradas principalmente en necesidades de estas últimas”* por lo que conviene recordar que, aún en el mejor escenario posible, una reforma exitosa exigirá posicionamientos proactivos en el plano nacional y también jurisdiccional –en el ejercicio de un auténtico federalismo, materia pendiente entre otras, en el desarrollo y afianzamiento de la vida democrática– evitando que la reforma sanitaria sea “consecuencia” de otros objetivos que no sean el cumplimiento de las promesas en las que el Estado Argentino hasta ahora ha fallado.

Recibido el 10/09/2010 y aceptado el 15/09/2010

Referencias

1. Vilosio J. Las promesas incumplidas de la Salud en Argentina (segunda parte). Evid. actual. pract. ambul; 13(2):42-44, Abr-Jun.2010.
2. Vilosio J. Las promesas incumplidas de la Salud en Argentina (primera parte). Evid. actual. práct. ambul; 11(4):98-100, Jul-Ago.2008.
3. Katz J, Muñoz A (1988), Organización del sector salud: puja distributiva y equidad. CEPAL.
4. Visillac E, Martínez N, Boloniati N; (2007): 1983-2007 La salud en democracia. Boletín de Temas de Salud, Año 14, N°129. Asociación de Médicos Municipales, Buenos Aires.
5. Maceira D, Cejas C, Oliviaga S; (2010): Coordinación e integración: el desafío del sistema de salud argentino. CIPPEC, Documento de Trabajo N°49 /Agosto.
6. Maceira D, Cejas C, Oliviaga S (2010): Porqué apostar a los seguros provinciales de salud. CIPPEC, Documento de Políticas Públicas | Recomendación N°76/ Abril.
7. Neri A (1997): El provenir de una ilusión: la Salud en América Latina. Medicina y Sociedad 1997; 20: 54-58.

‡‡ Pendiente desde la Reforma Constitucional de 1994 que dispone, en su clausula transitoria 6°, que el nuevo régimen de coparticipación sería establecido antes del final de 1996.
‡‡‡ Existen al respecto experiencias diversas en su contenido y grado de desarrollo en varias jurisdicciones, algunas con más de diez años de antigüedad: Río Negro, Salta, Bahía Blanca, Buenos Aires, Entre Ríos, etc.