

F.G.B.

LA SALUD PARA LA ARGENTINA

UN DOCUMENTO DE INTERES

REFLEXIONES CRÍTICAS

I.G.N.E.S.S.

ABRIL 2008

LA SALUD PARA LA ARGENTINA

UN DOCUMENTO DE INTERES

REFLEXIONES CRÍTICAS

Se trata del análisis, en nuestro caso específico, del capítulo X Políticas Sociales en Argentina: viejos problemas, nuevos desafíos, del documento de la Oficina de la CEPAL en Buenos Aires (Naciones Unidas) titulado Crisis, recuperación y nuevos dilemas. La economía Argentina 2002/2007 y que contiene una reflexión acerca de los diferentes focos de tensión en las políticas sociales de Argentina.

En este caso y para este sector de las políticas del sector público, se señala que el mismo ha presentado recurrentes problemas de solvencia financiamiento, todo a lo largo del periodo estudiado, con un abordaje que no siempre ha considerado "...la consistencia con la dinámica propia de las políticas incorporadas en los presupuestos públicos..." (CEPAL Cap.X Políticas Sociales en Argentina, pag.395).

En éste caso nuestra observación y preocupación crítica, estará específicamente referida al sistema de salud, en Argentina, en el que recién a mediados de la década de los 40, el sector público comenzó a ocupar un papel central, tanto como prestador de Atención de la Salud, como en el diseño de políticas sanitarias, con la creación del Ministerio de Salud, la expansión de la oferta pública, como así también, "...el desarrollo de programas de lucha contra enfermedades endémicas y el fortalecimiento de la intervención del Estado en la organización del sector..." (CEPAL Idem pag. 399).

El documento de la CEPAL, no hace aquí referencia al movimiento político que produjo este cambio decidido en la política nacional sanitaria y silencia así el papel de excelencia de la labor del Dr. Ramón Carrillo, primer Ministro de Salud de la historia Argentina y eje propulsor de las acciones, que distinguen a su tarea como la de mayor relieve indiscutiblemente en todo el proceso sanitario que nace en tal década del 40 del siglo XX.

Desde 1970 el sistema sanitario despliega una estrategia integradora, al consolidarse institucionalmente con la extensión de la cobertura de salud a toda la población en relación de dependencia laboral. Es el momento de la sanción de la Ley 18610 que hizo obligatoria la afiliación de cada trabajador y su núcleo familiar a la obra social correspondiente de su rama de actividad.

Poco después la Ley 19032 extiende en forma también obligatoria, la afiliación de jubilados y pensionados a una obra social institucionalmente singular, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSPJP).

Las obras sociales, parte substancial de la seguridad social, se convierten así en la estrategia esencial del desarrollo global del sector sanitario, orientando su demanda pretacional hacia efectores privados, a los que se unirá posteriormente, hospitales públicos distinguidamente seleccionados.

UNA CRITICA DE LA CEPAL

La comisión Económica para América Latina (oficina en Bs.As.) remarca que se observara una ausencia de coordinación entre los subsectores indicados y de regulación de los componentes no públicos, que se indica “como el problema central de la política sanitaria...” (CEPAL Idem, pag. 400).

Ante estas circunstancias se argumenta que en los años ochenta, el sector salud en la Argentina, consolida una organización caracterizada por “su excesiva fragmentación”, cargo, dice la CEPAL, que ha prevalecido hasta la actualidad y que continua impidiendo la conformación de un “sistema de salud”, atentando así lo remarca, contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura.

La CEPAL (of. Bs. As.) es portadora de un criterio centralizador y con tendencia advertible hacia un sistema prestador privado, eludiendo toda consideración elogiosa hacia la significación que las obras sociales en particular y el Hospital Publico en especial, han producido y pierde así de vista (la CEPAL de Bs. As.) una posibilidad critica significativa, de ponderar esfuerzos estratégicos, para la interconexión funcional Hospital Publico-Seguridad Social. De igual manera, la oficina de las Naciones Unidas no ha producido ningún comentario decididamente obligado, para con los efectos no siempre favorables de toda política de libertad de mercados, que el sector privado ha desenvuelto y la sigue desarrollando. Su visión sectorizada, le permite advertir una estratificación de la población en tres grupos: pudientes, asalariados, e indigentes, señalándonos que “...cada uno de los cuales recibe una asistencia medica de calidad muy diferenciada...” (CEPAL Idem pag. 400).

Sobra para pensar con certeza en una lateralización, en un sesgo parcial de la CEPAL en la falta de critica o al menos de análisis, sobre la significación formidable, que en la deformación del sistema, produce la prestación de medicamentos, que pertenece decididamente al sector empresarial privado y que representando ya casi el 40% del gasto total en salud, ha extremado una orientación “medicalizable” que no debió ser olvidada por la oficina de las Naciones Unidas en Bs.As.

DESREGULARIZACION DE LA SALUD

La CEPAL indica que “existe cierto consenso en caracterizara al sector salud como muy segmentado, heterogéneo y poco equitativo” (CEPAL Idem pag. 411).

El acento en respuesta a tales condiciones, estará preferentemente dirigida a las obras sociales, tanto sindicales, como provinciales y al Instituto de jubilados y pensionados. Esta multiplicidad de cobertura, en particular, es “un problema que afecta la eficiencia en la organización y muestra la desarticulación del mismo...” (CEPAL Idem pag. 411).

La CEPAL ofrece una tabla del gasto en salud en Argentina para el 2004, en porcentaje del Producto Bruto Interno. El mismo según sectores señala un gasto total inferior al 9% del PBI y la CEPAL considera ese porcentaje como valor mas que aceptable en comparación con otros países de un nivel de cobertura de salud casi universal.

Estas cifras son las que avalan la critica sobre la fragmentación del sistema y que puede evidenciarse con estos valores que pertenecen al 2007.

COBERTURA DE SALUD

Salud Publica	37%
Salud Privada	8%
Obras Sociales	55%

La CEPAL se detiene en una advertencia especial sobre los gastos en obras sociales y desde allí indica que se observa una clara fragmentación de derechos, diciendo, “que cada sector de la población tiene derecho a un nivel diferente de atención en función de sus capacidades y ubicación en el mercado de trabajo” (CEPAL Idem pag.416).

Desde estas diferenciaciones el organismo en Bs.As. de las Naciones Unidas, infiere que estas fragmentaciones son fuente de iniquidades e ineficiencias que reclaman reformas importantes, tendientes a lograr una mayor integración entre los subsistemas.

La tendencia presumible parece conducir a un sistema único de salud posiblemente hacia un seguro nacional de salud, y donde persistirá el sistema de los hospitales públicos y los seguros para la actividad privada de la salud; se trata en suma de un esquema que en países desarrollados, entre los cuales se encuentran los EEUU de América, están mostrando tantas ineficiencias e irregularidades que ya no parecen recomendables, al menos para países que como el nuestro tiene experiencias como para pensar en oposiciones superados, que deberán diseñarse, con la participación activa de la comunidad, entendida como reaseguro de las mayorías en el diseño de sus destinos políticos y sociales.