

BASES DEL PLAN FEDERAL DE SALUD 2004-2007

**PRESIDENCIA DE LA NACIÓN
MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN
CONSEJO FEDERAL DE SALUD
MAYO DE 2004**

Presidente

Dr. Néstor Carlos KIRCHNER

Jefe de Gabinete de Ministros

Dr. Alberto Ángel FERNÁNDEZ

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Ginés GONZÁLEZ GARCÍA

Secretaria de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias

Dra. Graciela ROSSO

Secretario de Programas Sanitarios

Dr. Héctor Daniel CONTI

Secretario de Ambiente y Desarrollo Sustentable

Dr. Atilio SAVINO

Subsecretario de Programas de Prevención y Promoción

Dr. Andrés LEIBOVICH

Subsecretario de Coordinación

Dr. Marcelo ONDARCUHU

Subsecretaria de Políticas, Regulación y Fiscalización

Dra. Claudia MADIES

Subsecretario de Relaciones Sanitarias e Investigación en Salud

Dr. Carlos VIZZOTTI

GOBERNADORES

Provincia de Buenos Aires

Ing. Felipe SOLÁ

Provincia de Catamarca

Ing. Eduardo BRIZUELA del MORAL

Provincia de Córdoba

Dr. José Manuel DE La SOTA

Provincia de Corrientes

Dr. Horacio Ricardo COLOMBI

Provincia de Chaco

Dr. Abelardo ROY NIKISCH

Provincia de Chubut

Sr. Mario DAS NEVES

Provincia de Entre Ríos

Dr. Jorge Pedro BUSTI

Provincia de Formosa

Dr. Gildo INSFRAN

Provincia de Jujuy

Dr. Eduardo Alfredo FELLNER

Provincia de La Pampa

Dr. Carlos Alberto VERNA

Provincia de La Rioja

Dr. Angel Eduardo MAZA

Provincia de Mendoza

Ing. Julio Cesar COBOS

Provincia de Misiones

Ing. Carlos Eduardo ROVIRA

Provincia de Neuquén

Don Jorge Omar SOBISCH

Provincia de Río Negro

Dr. Miguel Angel SAIZ

Provincia de Salta

Dr. Juan Carlos ROMERO

Provincia de San Juan

Ing. José Luis GIOJA

Provincia de San Luis

Dr. Alberto RODRIGUEZ SAA

Provincia de Santa Cruz

Dr. Sergio ACEVEDO

Provincia de Santa Fe

Ing. Jorge OBEID

Provincia de Santiago del Estero

Dr. Pablo Jorge LANUSSE (Interventor)

Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur

Sr. Mario Jorge COLLAZO

Provincia de Tucumán

Cdor. José Jorge ALPEROVICH

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Dr. Aníbal IBARRA

Autoridades de Salud

Provincia de Buenos Aires

Ministerio de Salud

Dr. Ismael PASSAGLIA

Provincia de Catamarca

Ministerio de Salud

Dr. Ramón Arturo AGUIRRE

Provincia de Córdoba

Ministerio de Salud

Dr. Roberto CHUIT

Provincia de Corrientes

Ministerio de Salud Pública

Dr. David R. DOS SANTOS

Provincia de Chaco

Ministerio de Salud Pública

Dr. Ricardo MAYOL

Provincia de Chubut

Secretaría de Salud

Dra. Graciela DI PERNA

Provincia de Entre Ríos

Ministerio de Salud y Acción Social

Dra. Graciela DEGANI

Provincia de Formosa

Ministerio de Desarrollo Humano

Dr. Aníbal GÓMEZ

Provincia de Jujuy

Ministerio de Bienestar Social

Cdor. Héctor Olindo TENTOR

Provincia de La Pampa

Ministerio de Bienestar Social

Dr. Rodolfo GAZIA

Provincia de La Rioja

Ministerio de Salud

Cdor. Alejandro Enrique BUSO

Provincia de Mendoza

Ministerio de Desarrollo Social y Salud

Lic. Ana María GOTUSSO

Provincia de Misiones

Ministerio de Salud Pública

Dr. José Daniel GUCCIONE

Provincia de Neuquén
Ministerio de Salud y Seguridad Social
Sr. Jorge Antonio LARA

Provincia de Río Negro
Ministerio de Salud
Dr. Francisco BUZZO ROZES

Provincia de Salta
Ministerio de Salud Pública
Dr. Carlos Alberto UBEIRA

Provincia de San Juan
Secretaría de Estado de Salud Pública
Dr. Roberto CORREA

Provincia de San Luis
Ministerio de la Cultura del Trabajo
Lic. Eduardo Jorge GOMINA

Provincia de Santa Cruz
Ministerio de Asuntos Sociales
Sra. Nélide ALVAREZ de CAMPOS

Provincia de Santa Fe
Ministerio de Salud
Dra. Claudia PEROUCH

Provincia de Santiago del Estero
Ministerio de Salud y Acción Social
Dr. Donato SPACCAVENTO

Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur
Ministerio de Salud
Dr. Daniel Humberto NOVOA

Provincia de Tucumán
Ministerio de Salud Pública
Dr. Juan Luis MANZUR

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
Secretaría de Salud
Dr. Alfredo STERN

PROLOGO

La mundialización de la ideología antiestado y el individualismo no solidario han afectado en todas las naciones a la política y a la economía, pero también a la salud y a otras áreas de la gestión de gobierno. La Argentina, que no fue ajena a estos procesos iniciados hace ya veinte años, hoy está recuperando y reconstruyendo el Estado, no en su antigua estructura burocrática, sino en sus funciones de producir bien común, equilibrar recursos entre débiles y poderosos, y promover el desarrollo humano armónico y sustentable de todas las personas.

De manera paradójica, las presentes Bases del Plan Federal de Salud son el producto de la más fenomenal crisis que el país y el sector atravesaron en las últimas décadas. Son también el corolario del esfuerzo que durante los últimos dos años, los responsables de la salud en las provincias y en la Nación, realizamos para evitar males mayores a las dificultades que tuvimos que superar.

Este tiempo transcurrido debe medirse más por lo que se evitó que sucediese en términos de lesiones al sistema, que por los problemas que se vivieron: basta recordar la situación en diciembre de 2001 y en las primeras semanas de 2002, con un país desmembrado y una Nación que se diluía, en cesación de pagos, con una ordenación institucional seriamente amenazada y un profundo cuestionamiento del principio de autoridad. Así, iniciamos esta gestión con una crisis fiscal que comprometía las finanzas del Estado Nacional y de las provincias, impactando seriamente en los servicios públicos y privados; y lo hicimos poniéndonos como objetivo de base el de impedir que el sistema sucumbiese.

Para ello, el Ministerio de Salud de la Nación inició un importante trabajo de consensos sectoriales y transversales en el marco del Diálogo Argentino, sector Salud. Organizaciones profesionales y de trabajadores, cámaras empresarias, universidades, organizaciones de la sociedad civil y un sinnúmero de otros actores acompañaron este proceso, asistiendo directamente al Ministro, a través de un Comité de Crisis. Lo hicieron mediante su presencia y participación en la toma de decisiones y en los actos de gobierno tendientes a superar los acontecimientos que la crisis provocaba.

Simultáneamente, todos los ministros y secretarios de salud recreamos de manera vigorosa el Consejo Federal de Salud (COFESA), lo que conformó una clara señal de fortalecimiento institucional, devolviendo visibilidad a la autoridad del sector y posibilitando la adopción de rápidas medidas por consenso pleno frente a la emergencia. Así se alcanzó el Acuerdo Sanitario Federal de San Nicolás de los Arroyos, en marzo de 2003, que constituyó uno de los antecedentes inmediatos de las presentes Bases. En el mismo sentido, trabajamos en el ámbito del Consejo Federal de Medio Ambiente (COFEMA) para la operativización del Sistema Federal Ambiental, de manera de contribuir a la promoción y protección de la salud mediante la implementación de políticas adecuadas de ambiente y desarrollo sustentable.

Sabemos que no podemos modificar el pasado, pero sí modelar nuestro futuro. Esto es lo que pretenden las siguientes páginas: proponer para los próximos años un sendero de reformas para la salud de los argentinos.

La salud es un bien jurídico colectivo. Su respeto se logra, por un lado, a través de un accionar preventivo que el Estado debe desarrollar, y por el otro, garantizando el derecho al acceso a las prestaciones y servicios necesarios. La relación entre Nación y provincias, materializada en el seno del COFESA y, simultáneamente, la vinculación de las provincias con los municipios, constituyen el eje articulador por donde hoy transitan las reformas en nuestro país: un fiel reflejo de la consagración constitucional de la autonomía provincial y municipal, que promueve el protagonismo conjunto de todos los niveles de gobierno. Esta articulación debe ser dinámica y flexible, y a la vez debe reconocer los grados de libertad necesarios de cada uno de los actores que la componen.

Hoy trabajamos en el marco de proyecciones fiscales preestablecidas y con un sistema de precios relativos para el sector, que seguramente no serán permanentes. La calidad de nuestros servicios está fuertemente influida por este tipo de variables. Esto significa reconocer que lo que hoy vemos como el futuro de la salud puede no ser exactamente igual dentro de unos años, ya que las condiciones pueden cambiar y por lo tanto debe también hacerlo la visión a la que pretendemos arribar. Por ello, las presentes Bases tienden a plantear un proceso de reforma permanente, en búsqueda de la equidad y el bienestar de nuestros compatriotas, adecuándonos a los indefectibles procesos de cambio.

Queremos modificar nuestro modelo de atención. Deseamos que esté más orientado a la prevención, que coincida con políticas saludables para todos, de cuidado real de nuestro cuerpo y de promoción de ambientes saludables. Y si tenemos que llegar al tratamiento de la enfermedad, que el sistema de atención sea lo más universal posible, dentro de las naturales restricciones en la materia. Así, nuestra misión es garantizar a todos y cada uno de nuestros compatriotas el acceso a niveles de prestación de salud básicos y a los medicamentos esenciales por ellos requeridos.

Nuestra experiencia de gestión ha sido trabajar cerca de la gente y con la gente. Sólo construiremos un sistema de salud sólido y justo si perseveramos y profundizamos la participación ciudadana y su real protagonismo en la construcción colectiva.

El recambio institucional que se vive en la Argentina no es producto de una coyuntura; es el resultado de una evolución social en la que la política y el Gobierno dejan de ser concebidos como fines en sí mismos, para convertirse en instrumentos destinados al logro de objetivos comunes. Mejorar nuestro sistema de salud es uno de esos objetivos: por un lado, es el reclamo de una sociedad cada vez más madura, en la cual la cohesión social y el concepto del bien colectivo se acrecientan día a día; por otra parte, es una responsabilidad cívica de los gobernantes que, como emergentes sociales, tienen el deber de interpretar y canalizar ese reclamo, conscientes de que defendiendo la salud se afianza y consolida la democracia y el desarrollo de las personas.

1. 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 participación 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.

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.

2. 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,

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

descentralización del subsector público de salud. Según estimaciones provisorias 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 aparatología; 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 previsible 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.

3. VISIÓN

3.1. 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

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 premian 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.

4. 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.

4.1. 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:

4.2. 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.

4.3. 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.

4.4. 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.

4.5. 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.

5. 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

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.

6. 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

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.

6.2. 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

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.

6.3. 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.

6.4. 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.

7. 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 enunciarnos 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.

7.1. Modelo de atención

7.1.1. 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.

- 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.

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:

- 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.

7.1.2. Compromiso Federal sobre cobertura y acceso

Las provincias y la Nación asumirán un compromiso para alcanzar la equidad en la cobertura y el acceso de su población a los programas de promoción, prevención y servicios de cuidados y tratamientos médicos. A través de este compromiso, toda la población argentina tendrá cobertura explícita de un conjunto de prestaciones médicas adecuadas. Quienes cuentan con cobertura de obras sociales nacionales o prepagas ya la tienen a través del PMO, pero quienes dependen exclusivamente de los servicios públicos o de las obras sociales provinciales, aún no.

Las acciones comprometidas permitirán que cada ciudadano del país disponga de una cartilla que defina sus obligaciones y derechos en salud, los tipos de cuidados que deberá recibir y asumir, las prestaciones y los prestadores responsables por su provisión en cada localidad del país.

El Compromiso Federal de Cobertura y Acceso constituiría la máxima instancia de acuerdo sanitario ya que:

a) Establecerá el nivel básico de prestaciones (NBP) que todas las jurisdicciones deberán proveer a sus beneficiarios. Para garantizar la equidad en salud resulta indispensable que todas las provincias, con decisión voluntaria, junto al gobierno nacional se comprometan en garantizar a su población el acceso a las prestaciones obligatorias. Este NBP debe ser revisado y redefinido de forma periódica y sobre fundamentos:

- Epidemiológicos (incluir la cobertura de las principales patologías prevalentes)
- Garantizando su sustentabilidad actuarial (evaluar los riesgos que involucra cada prestación para cada grupo etáreo)
- Estableciendo prioridades de inclusión a través de criterios de Medicina Basada en la Evidencia y costo - efectividad (medir el impacto de la inclusión de cada prestación en términos de carga de morbilidad y costos para luego establecer un ranking)

b) Involucrará las transferencias de recursos desde Nación hacia las provincias y todos o parte de los programas verticales.

c) Redefinirá prioridades en la asignación de los recursos provinciales. Las prestaciones no involucradas dentro del listado de garantías explícitas en salud no tendrán prioridad en la financiación. Por este motivo, no se crearán ni fortalecerán servicios que no involucren dichas prestaciones.

d) Su prestación será monitoreada y evaluada por el gobierno nacional. Por un lado involucrará la prioridad máxima en materia de sistemas de información y estadísticas en salud. Por otro lado, el gobierno nacional dispondrá de mecanismos de auditoría y sistemas de denuncias que permitan detectar desvíos e incumplimientos de estas garantías explícitas en salud.

Propuesta:

- Para 2004 definición inicial de acciones de promoción y prevención así como de prestaciones básicas a ser garantizadas en el Compromiso y firma del mismo. Inicio por provincias.
- Para 2005 implementación del modelo de seguimiento y monitoreo de las Acciones y prestaciones incluidas en el Compromiso Federal.
- Para el 2006 revisión del conjunto de acciones y prestaciones a ser garantizadas con base en evaluaciones técnicas.
- Para el 2007 revisión del conjunto de acciones y prestaciones a ser garantizadas con base en evaluaciones técnicas, performance de las provincias y disponibilidad de recursos.

7.1.3. Redes de servicios

El modelo que se persigue es el de un sistema en el cual las personas pueden acceder a una red y no a servicios aislados, bajo la estrategia de atención primaria, en la que los distintos componentes actúen en función de las necesidades de los destinatarios.

Los componentes de la red son, en primera instancia, instituciones de gestión pública y complementariamente de gestión privada, organizadas por niveles de atención y localizadas con criterios de necesidad regional. El sistema tiene reglas comunes de participación de los efectores en el sistema.

La modalidad clásica de organización de los servicios de salud ha tenido una configuración de tipo entrópica. Los hospitales que surgieron a fines del siglo XIX y principios del siglo XX fueron creados con estructuras pabellonadas donde cada una de ellas era capaz, sin recurrir a otras áreas, de satisfacer las demandas propias. Era entendible esta organización en épocas de grandes epidemias, donde el control de las infecciones residía más en el aislamiento que en terapéuticas inexistentes para la época y donde los procesos involucrados en la atención de los pacientes eran escasos. Estas unidades "aisladas y auto-válidas" persistieron durante mucho tiempo (aún hoy muchos hospitales cuentan con este modelo administrativo), no obstante el avance tecnológico farmacéutico y en equipamiento, y se instalaron como un patrón cultural dominante.

La incorporación de tecnología, especialmente de la informática, introdujo el concepto de sistema de redes entendiendo por ello la posibilidad de interconectar distintos recursos disponibles de manera ordenada en sistemas de complejidad creciente con una misma base lógica operativa consensuada y altos niveles de eficiencia y efectividad.

Bajo el enfoque básico de articular una continuidad en los procesos asistenciales, independientemente del lugar donde se presten y concentrando los recursos necesarios para su mejor disponibilidad a los pacientes, es necesario establecer un sistema que permita organizar la gestión de dichos recursos con las mayores cuotas de eficiencia posibles.

Esa necesidad ha llevado a la aparición de las redes sanitarias como acuerdo de colaboración entre los componentes de las organizaciones sanitarias - hospitales, centros de atención primaria, emergencias, centros de diagnóstico, laboratorios, farmacias, atención domiciliaria etc.-, todas bajo una misma estructura ejecutiva para la promoción y aseguramiento de los cuidados sanitarios en un adecuado marco de calidad.

Por las características del sistema de salud, los canales de comunicación deben contemplar la inclusión de datos administrativos, socio-económicos y sanitarios, los cuales pueden incorporarse de manera conjunta o secuencial, según las prioridades y objetivos fijados.

La organización en red de los servicios de atención médica ha demostrado hasta el momento, ser el recurso más adecuado para lograr la articulación de los

recursos sanitarios disponibles en su conjunto y mejorar la eficacia de la inversión.

También esta estrategia permite efficientizar recursos y restringir las inversiones a proyectos destinados a resolver problemas estratégicos sectoriales. Las situaciones de emergencia y desastre son las que ponen en evidencia la necesidad de contar con este tipo de organización y a su vez las que someten a prueba su eficiencia organizativa.

Desde el punto de vista de la *naturaleza de la provisión de servicios*, las redes serán públicas, privadas o mixtas. Por la desigual distribución de recursos, nuestro país ha optado ya por las redes mixtas, teniendo algunas de nuestras provincias larga experiencia en esta modalidad.

Otra taxonomía de las redes es según el *nivel de complejidad*, por ejemplo redes de trauma; por el *segmento al que están dirigidas*, por ejemplo redes de atención pediátrica y por su *organización administrativa*: provinciales, regionales, nacionales.

Las clasificaciones anteriores suelen ser simplificaciones de naturaleza académica, dado que todas las modalidades suelen hallarse presentes en las redes asistenciales.

Propuesta:

- Para 2004 establecer criterios comunes de relevamiento, categorización y soporte. Relevamiento y categorización de la oferta prestacional.
- Para 2005 conformación de redes provinciales de tercer nivel. Piloto de nodo regional.
- Para 2006 conformación de redes provinciales con inclusión de todos los niveles.
- Para 2007 conformación de redes regionales.

7.1.4. Población bajo responsabilidad nominada.

La red tiene a su cargo una población definida, cuyos integrantes individuales están 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 los beneficiarios, de modo de cubrir eficientemente las distintas necesidades.

Proponemos que la meta más ambiciosa sea que todos los ciudadanos de nuestro país tengan una Clave Única de Salud -como existe la CUSS de previsión social- él último dígito podría permitir diferenciar al financiador y el primero la categoría, es decir si tiene obra social, empresa de medicina prepaga o depende

del sector público. Para ello, sería necesario primero crear, consolidar y depurar los padrones de cada subsector.

Los beneficiarios del subsistema público serán identificados y referenciados. Para cada ciudadano se establecerá un CAPS -Centro de Atención Primaria de la Salud- que será el primer responsable por su salud y funcionará como puerta de entrada al sistema.

Para ello, primero se identificarán todos los beneficiarios que consulten y a quienes les sean prescritos medicamentos. Esto se llevará a cabo a través del formulario de receta del Programa Remediar. La información será graboverificada y luego, a través del Consejo Coordinador de Políticas Sociales, se integrarán a las bases de datos nacionales; lo mismo se hará a nivel provincial y posteriormente regional.

Esto permitirá registrar la información de alrededor de 15 millones de beneficiarios del Programa Remediar que reciben atención y medicamentos en los Centros de Atención Primaria de la Salud de todas las localidades del país. De forma simultánea, el personal de los CAPS, junto a organizaciones comunitarias, trabajará en el empadronamiento del resto de la población.

Luego, el padrón de beneficiarios será depurado a través del cruce de información con los padrones de beneficiarios de obras sociales, prepagas y programas sociales nacionales.

Una vez depurado se adjudicará una clave de identificación a cada beneficiario y se le emitirá una credencial con sus datos y dicha clave. La misma será entregada a cada beneficiario en su domicilio.

Propuesta:

- Para 2004 el total de beneficiarios del programa Remediar están empadronados.
- Para 2005 se consolidará el Padrón Único de Salud (PAS) incluyendo bases de seguridad social, prepagas y CAPS.
- Para 2006 todos los ciudadanos identificados en el PAS dispondrán de una tarjeta de identificación que constituirá un requisito básico para ser atendido en cualquier servicio de salud.

7.1.5. Calidad en los servicios de Salud

Para que un efector (público o privado) pueda integrar una Red de Servicios es indispensable validar su capacidad de resolución.

La "habilitación categorizante" debe abarcar a los establecimientos públicos y privados y debe ser periódica y publicitada, como así también debe ser armónica y homogénea, a fin de poder garantizar a los usuarios la aptitud en el funcionamiento y organización para la resolución de sus problemas de salud.

La habilitación categorizante permite:

- Desde el punto de vista del usuario asegurarse que el establecimiento cumple con determinados requisitos que le aseguren un nivel adecuado de calidad de atención, y la capacidad de resolución del mismo.
- Desde el punto de vista del establecimiento, poseer la habilitación categorizante significa contar con un sello de calidad que le permite compararse con establecimientos asistenciales del mismo nivel de categorización, integrar redes horizontales y verticales. Contar con información periódica de los recursos con que cuenta. Analizar procesos.
- Disminuir los costos de funcionamiento. Mejorar los resultados y planificar de acuerdo a la demanda y los medios con que cuenta.
- Desde el punto de vista de las autoridades sanitarias permite contar con información actualizada de los establecimientos, programar redes, planificar nuevos emprendimientos o modificar modalidades de asistencia.

Para ello, y con el fin de dar “habilitación categorizante” a todas las redes que se constituyan a niveles provincial y regional, es necesario:

- Concluir los instrumentos operativos para la habilitación categorizante de los servicios de salud.
- Homogeneizar y armonizar, en el marco del COFESA, los instrumentos de habilitación y categorización existentes en las distintas jurisdicciones y subsectores del campo de la salud.
- Diseñar y establecer la red de fiscalización que bajo la coordinación del Ministerio Nacional permita integrar en este proceso a todos los espacios de fiscalización provinciales (del sector público y los delegados) y de los subsectores de seguridad social y privados.
- Crear el registro Nacional de Instituciones y Servicios con Habilitación Categorizante.
- Capacitar y asesorar técnicamente a los actores involucrados en este proceso a fin de garantizar el cumplimiento de estos objetivos.
- Informar y publicar las acciones de manera continua.

7.1.6. Fortalecimiento del hospital público

En la organización del sistema, dentro de la estrategia de atención primaria, el hospital es el protagonista de la cobertura ordenada del segundo y tercer nivel de atención, pero debe ceder, en la lógica de las redes de servicios, el primer nivel a los centros periféricos. De todas maneras, son los hospitales los nodos centrales de las redes.

Para potenciar el funcionamiento de los hospitales públicos se plantean diferentes acciones:

Con respecto al modelo de atención lo más importante es que cada hospital tenga precisión respecto a cual debe ser su misión, esto es su perfil prestacional, sus niveles de resolutivez y parámetros de atención. En este sentido es fundamental la articulación del programa con los componentes de habilitación categorizante y gestión de redes del presente plan.

Con respecto al modelo de gestión, la evidencia empírica demuestra la conveniencia de avanzar en los niveles de descentralización hospitalaria. Esto significa que los establecimientos funcionen en red y con un perfil prestacional preciso, pero con la máxima autonomía posible en el uso de sus recursos. Para que la descentralización permita la incorporación de un nuevo modelo de gestión del hospital público será preciso desarrollar mecanismos racionales de toma de decisiones basados en la relación entre la oferta y la demanda, el cumplimiento del rol asignado en la red prestacional, la capacidad de gestión de sus directivos y el acuerdo sobre la evaluación del desempeño, identificando los productos finales de su actividad.

Con respecto al modelo de financiamiento, el objetivo es lograr que los recursos sean asignados en función del desempeño de cada institución. Una vez establecida la misión del efector y con la medición de su producto, es posible desarrollar un presupuesto en cada hospital teniendo en cuenta el resultado de su gestión. La confección de estos presupuestos, identificando el producto hospitalario y sus costos, permitirá la evaluación de los servicios que se brindan en términos de eficiencia y eficacia técnica, tarea para la cual se propone reformar los actuales sistemas de información y organizativos internos. La determinación del producto hospitalario será el elemento vinculante con el Presupuesto Público. Será también la herramienta para calcular los costos sobre los cuales se establecerán los acuerdos necesarios con las fuentes de financiamiento que aporten los recursos genuinos de cada hospital (terceros financiadores o compradores de servicios).

La autonomía en el uso de los recursos no se limita al gasto, sino que tiene también su corolario en la percepción de fondos: el hospital ve fortalecida su capacidad de cobro por servicios prestados a terceros financiadores, función que debe estar asociada de manera indefectible con un sistema de premios.

Las actividades que integran el programa consisten básicamente en tres tipos de acciones: a) capacitación, b) asistencia técnica y c) monitoreo y evaluación.

Propuesta:

Para 2004:

1. Desarrollo de la metodología e instrumentos para medición del producto hospitalario.

2. Desarrollo de la metodología e instrumentos para medición de costos hospitalarios.
3. Desarrollo de una metodología adecuada para gestión presupuestaria del hospital descentralizado.
4. Desarrollo de la metodología e instrumentos para fortalecer la capacidad de cobro de prestaciones a terceros financiadores.
5. Desarrollo de modelo de evaluación y diagnóstico de la red local y provincial que permita definir el perfil asistencial adecuado para cada hospital y establecer parámetros de resolutivez y calidad, así como de referencia y contrarreferencia.
6. Desarrollo, discusión y ajuste de un modelo base de Plan Maestro del hospital como herramienta eje para la gestión hospitalaria descentralizada.

Para 2005:

7. Implementación de talleres con todas las jurisdicciones para concertación, ajuste y transferencia de la tecnología para medición del producto hospitalario
8. Definición de forma conjunta con las jurisdicciones del perfil prestacional de cada hospital y servicio.
9. Diseño de modelos de gestión adecuados para favorecer la autonomía hospitalaria.
10. Capacitación de autoridades de cien hospitales sobre modelos de gestión adecuados para favorecer la autonomía hospitalaria.

Para 2006:

11. Capacitación de los cuadros técnico-administrativos de los cien hospitales cuyos directivos fueron capacitados en el año anterior.
12. Incorporación del proyecto piloto de descentralización con medición del producto hospitalario, costeo, gestión presupuestaria descentralizada y desarrollo del Plan Maestro en los cien hospitales capacitados en el año anterior.
13. Capacitación de autoridades de doscientos nuevos hospitales sobre modelos de gestión adecuados para favorecer la autonomía hospitalaria.

Para 2007:

14. Capacitación de al menos doscientos cuadros técnico-administrativos de los hospitales cuyos directivos fueron capacitados en el año anterior.

15. Implementación de fase II de descentralización con medición del producto hospitalario, costeo, gestión presupuestaria descentralizada y desarrollo del Plan Maestro en los doscientos hospitales capacitados en el año anterior
16. Capacitación de autoridades de trescientos nuevos hospitales sobre modelos de gestión adecuados para favorecer la autonomía hospitalaria.
17. Monitoreo del desempeño de los cien hospitales del proyecto piloto.

7.1.7. Seguros de Salud

Más allá de los acuerdos que se instalan en el Consejo Federal de Salud (COFESA), la responsabilidad final sobre la búsqueda de la eficiencia del modelo de atención corresponderá a las jurisdicciones provinciales: como consecuencia de los procesos de descentralización, la organización de los diferentes sistemas provinciales de salud es muy diversa y, en función de esta condición, el camino efectivo y particular para aumentar la eficiencia del área prestacional será una elección de las provincias en forma autónoma.

El desafío futuro, entonces, es la búsqueda de consensos, la definición de prioridades claras y la articulación de las distintas iniciativas en una estrategia de mediano plazo. Si esos requisitos no se cumplen, podría significar una desarticulación aún mayor de la política de salud en Argentina, con el consiguiente despilfarro de recursos. Se trata de construir una estrategia que paulatinamente constituya la nueva visión de un sistema federal, flexible, consensuado, que respetando la autonomía provincial logre un alto grado de eficiencia y equidad.

Entre las principales características de la estrategia de construcción de seguros provinciales de salud deben destacarse la reorientación de los recursos humanos y presupuestarios hacia esquemas que contemplen la identificación de población cubierta de acuerdo con criterios de riesgo y bajo responsabilidad nominal; la definición del conjunto de prestaciones garantizadas; la fijación de objetivos y metas sujetas a sustentabilidad económica, y la determinación de las responsabilidades jurisdiccionales.

Tal es el caso del *Programa Nacional para el Desarrollo de Seguros de Salud Materno Infantiles Provinciales*.

El Programa promueve la cobertura de los niños y niñas menores de 6 años, y de las mujeres embarazadas, que no tengan cobertura explícita de salud, hasta la finalización del embarazo por cualquier causa y hasta 45 días posteriores al mismo, inicialmente en las Regiones del NOA y NEA. Las nueve provincias han presentado su adhesión a esta iniciativa y se encuentran en la etapa inicial de implementación

Los responsables de la ejecución provincial del programa son las Provincias adheridas a través de sus Unidades de Gestión del Seguro Provincial (UGSP) quienes son las encargadas de desarrollar un proceso de contratación de

servicios, esencialmente con la misma red pública. Los servicios están incluidos en un conjunto prestacional básico (CPB) cuyo nomenclador será valorizado por cada provincia, los precios fijados para cada una de las prestaciones serán únicos y regirán para todo el territorio provincial. Será potestad de la provincia la conformación de la red prestacional. Además cada provincia inscribirá a la población elegible, de manera de ir conformando un padrón que luego de ser cruzado con el padrón de la seguridad social nacional y con el de la obra social provincial, será remitido a la nación quien transferirá a las provincias una cápita por cada uno de los beneficiarios inscriptos. Las transferencias serán uniformes para todas las provincias, debiendo la UGSP abrir una cuenta especial para este programa

La Nación además de la transferencia per cápita por cada uno de los beneficiarios, asignará recursos a las provincias para capacitación, asistencia técnica, educación para la salud, participación social y equipamiento en el ámbito público.

En términos económicos se trata de una gran inversión en capital humano, es decir con búsqueda de rentabilidad social a través de acciones costo efectivas de bajo impacto fiscal y sustentable en el tiempo.

Además de la disminución de las tasas de mortalidad infantil y materna, se espera que con el desarrollo del programa el sector público de cada provincia se fortalezca tanto en sus aspectos físicos como de gestión.

Por su parte el Ministerio de Salud de la Nación, crea la Unidad Ejecutora Central (UEC) dependiente de la Secretaría de Programas Sanitarios, encargada de las funciones de regulación, fiscalización, asistencia técnica y financiamiento.

La UEC monitoreará, a través de indicadores (trazadoras), el cumplimiento de los objetivos del programa, así como el cumplimiento de las metas propuestas.

Para dar comienzo a la implementación del Programa, la Nación deberá firmar con las provincias un Convenio Marco donde se explicitarán los deberes y obligaciones de las partes, así como Compromisos Anuales que serán renovables periódicamente.

Las provincias deberán a su vez categorizar la oferta prestacional, según estándares nacionales acordados oportunamente para asegurar la calidad de las prestaciones.

Se prevé además un sistema de auditoría externa para ambas unidades ejecutoras y una fuerte participación comunitaria y control social.

Se espera que la implementación de los Seguros Materno Infantiles Provinciales permita reducir las tasas nacionales de mortalidad infantil en un 25% y la de la mortalidad materna en un 15 % en relación a los valores correspondientes al año 2002 en el transcurso del próximo quinquenio.

7.1.8. Programa de accesibilidad a medicamentos

La Política Nacional de Medicamentos (PNM) incorporada en 2002 establece un nuevo marco regulatorio con reglas fijas y claras que benefician a todo el sistema sanitario en su conjunto. Dicha política se plantea en el Decreto de Necesidad y Urgencia N° 486/2002 que establece la Emergencia Sanitaria en el Territorio Nacional, ratificada a través de la Ley de Utilización de Medicamentos por su Nombre Genérico (N°25.649).

La prioridad absoluta asumida por la PNM consiste en promover el acceso de la población a los medicamentos. De acuerdo a la experiencia internacional al respecto se han identificado para ello dos ejes. El primero consiste en la regulación del mercado de fármacos y el segundo en la provisión directa de medicamentos para aquellos que no disponen de medios para adquirir los medicamentos en las farmacias.

El Plan Federal de Salud 2004-2007 apunta a profundizar y consolidar la regulación del mercado de medicamentos orientada al acceso. También implementará de forma progresiva algunas medidas complementarias. En primer lugar, regular la publicidad de los medicamentos. En segundo lugar, para regular de forma más adecuada, se pretende incorporar gradualmente criterios de costo efectividad en el registro. Esto significa exigir a los laboratorios oferentes que demuestren que el producto que quieren vender no sólo es más eficaz sino que no encarece innecesariamente el tratamiento. Hasta ahora ningún país lo ha hecho para habilitar la comercialización del producto pero varios están avanzando en su utilización para las compras públicas y la cobertura de la seguridad social.

Propuesta:

- Para el 2004, un Acuerdo Federal para Regulación de Medicamentos, por intermedio de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), que involucre acciones comunes de fiscalización y control, incluidos los de producción estatal, así como la sanción de leyes de utilización de medicamentos por su nombre genérico en las provincias que aún no lo han hecho. Fortalecimiento del ANMAT.
- Para el 2004 hasta el 2007 provisión, a través del Programa Remediar de medicamentos esenciales para tratamientos ambulatorios a 5300 Centros de Atención Primaria de la Salud en todas las localidades del país que permitan dar respuesta al 80% de los motivos de consulta en los centros.
- Para el 2005, desarrollo de un modelo integral de Regulación de Medicamentos en el ámbito nacional que de lugar a una Nueva Ley de Medicamentos.
- Para el 2007, que el 100% de los medicamentos recetados incluyan el nombre genérico.

7.2. Modelo de gestión

El modelo propuesto se basa en el fuerte ejercicio de las funciones de rectoría y regulación por parte del Ministerio de Salud de la Nación y de los ministerios provinciales.

7.2.1. Implementación de acuerdos de gestión Nación - Provincias.

Teniendo en cuenta el acentuado carácter federal de la organización política de Argentina y las alternativas de los procesos de descentralización y devolución del gasto social, en especial el relativo a la salud pública, la única manera de avanzar con las reformas aquí propuestas es la negociación e implementación de una secuencia de acuerdos entre la Nación y las provincias. En algunos casos, a su vez, es de esperar un avance similar en materia de acuerdos entre los gobiernos provinciales y municipales. Sólo de esta manera se podrá recuperar la definición de prioridades federales y la puesta en marcha de instancias coordinadoras sin afectar la autonomía provincial establecida por nuestra Constitución Nacional.

Esta modalidad requiere de un proceso paulatino de construcción de consensos sobre la dirección de las reformas y la adecuada ponderación de las condiciones específicas sobre las que se desenvuelve cada sistema provincial de salud. Es por ello que repetimos se sostiene la necesidad de construir de manera paulatina una modalidad flexible de organización federal de la salud.

En este sentido ya se mencionó la necesidad de reformular el papel del Gobierno Nacional, el que debe tomar parte activa en la organización general del sector. Su accionar debe responder a la necesidad de armonizar al sistema en su conjunto impulsando la participación de las diferentes jurisdicciones en la discusión y definición de las reformas necesarias en todo el territorio. Para ello, se impulsará una serie de acuerdos de gestión entre los gobiernos nacional y provinciales, a partir de diciembre de 2003, adquiriendo el COFESA un papel central en el futuro diseño del sistema federal de salud.

Los acuerdos de gestión incluirán aspectos financieros, de oferta de cobertura y servicios, población a cargo, metas explícitas de cumplimiento, sistema de monitoreo y evaluación, esquema de sanciones y otros.

Tendrán condicionalidades cruzadas, de incumplimiento penalizado, entre programas del área de Salud y otros programas nacionales sociales nacionales y provinciales. Regirán sistemas de incentivos y premios, así como metas anuales y plurianuales a cumplir.

7.2.2. Desarrollo de sistemas de información en áreas estratégicas para la gestión de la salud.

Conformación de un sistema integrado de información en salud, que permite medir el desempeño de todos los subsistemas, generando transparencia y el soporte necesario para la evaluación y la toma de decisiones.

En particular, esto implica la reformulación del Subsistema de Estadísticas de Prestaciones, Rendimientos y Morbilidad Hospitalaria y del Subsistema de Estadísticas de Recursos y Servicios de Salud.

La reformulación de los subsistemas de información supone la redefinición de contenidos temáticos y aspectos metodológicos de los mismos y contempla los requerimientos de información estadística vinculados a las transformaciones de las modalidades de atención de la salud, particularmente las emergentes a partir de la década de los '80.

El trabajo está orientado teniendo en cuenta las políticas del presente plan, demandas jurisdiccionales, las opiniones de los usuarios principales (sectoriales y extrasectoriales), y los antecedentes internacionales.

Esta propuesta de reformulación consta de dos partes:

- 2004 - 2005: Una propuesta de Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDDB) de interés nacional que incluye la Información Estadística de Pacientes Internados - con los eventos obstétricos -, el Movimiento de Pacientes y Utilización de Camas, las Consultas médicas Ambulatorias - con una propuesta de tratamiento por muestreo de la morbilidad ambulatoria - y los Recursos de salud.
- 2005 - 2006: Una recomendación de Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDDB) de interés jurisdiccional que incluye la Información Estadística de laboratorio de Análisis Clínicos, de Imágenes, de Prestaciones Odontológicas, de Hospital de Día, sobre la Atención de la Internación Organizada por Cuidados Progresivos o Indiferencias, sobre Internación Domiciliaria Programada y sobre salud mental.

7.2.3. La calidad desde la perspectiva del modelo de gestión

El modelo de gestión tiene al menos tres dimensiones: la gestión económico- financiera de los servicios de salud, la gestión organizacional o administrativa y la gestión asistencial.

Si bien las tres contribuyen a la calidad en los servicios de salud, nos referimos aquí a la vinculada a lo organizacional y a lo asistencial.

En relación a lo organizacional se propone y se promueve en los establecimientos asistenciales la adopción de sistemas de gestión de calidad, el desarrollo de procesos de mejora continua, y el establecimiento de los procesos de autoevaluación, a través de:

- El diseño de los instrumentos pertinentes o validación para el sector de aquellos ya desarrollados y estandarizados (normas ISO, herramientas de la calidad, autoevaluación, etc.)
- La cooperación, asesoramiento técnico y capacitación a jurisdicciones e instituciones.

- La evaluación de la calidad de gestión a través del uso de indicadores y la estandarización de sus resultados según topología de institución y diferencias regionales.

Respecto a la calidad en la gestión asistencial las líneas de acción son las siguientes:

- Elaboración, promoción y difusión de guías de práctica clínica, protocolos, esquemas terapéuticos, criterios asistenciales que orienten y estandaricen la práctica asistencial con fundamento en la medicina basada en evidencias y de evaluación de tecnologías sanitarias (vinculadas a estos procesos asistenciales), consensuando las adaptaciones regionales o institucionales.
- Priorización de los instrumentos vinculados a las patologías prevalentes en APS y de los programas prioritarios y aquellas de alto costo (esquemas terapéuticos oncológicos por ejemplo) y aquellas otras de no muy alta incidencia y alto costo.
- Desarrollo, implementación y estandarización de indicadores de calidad asistencial.
- Gestión de la calidad en infecciones nosocomiales.
- Gestión del riesgo intrahospitalario, aplicación y cumplimiento de normas de bioseguridad, indicadores centinela y de seguridad de pacientes y personal.
- Estandarización e implementación de las herramientas legales vinculadas a la documentación clínica (historia clínica, consentimiento informado, guarda de muestras anatomopatológicas, etc.)
- Deberes y obligaciones de los pacientes: establecimiento de las adecuadas reglamentaciones y su fiscalización.
- Satisfacción del usuario: activación de los mecanismos participativos de la comunidad. Promoción de la evaluación de la satisfacción de los usuarios. Diseño y difusión de aspectos conceptuales e instrumentos.

En relación a la evaluación externa de la calidad:

- Difusión de los procesos de evaluación externa (acreditación, certificación, premios de calidad) con estandarización de los procesos y reconocimiento por parte del Ministerio de Salud de las instituciones acreditadoras.

7.2.4. Regulación de Recursos Humanos

Los recursos humanos, su ordenamiento racional, su planificación y distribución son un componente central en las modificaciones y reformas que

aspiramos a instalar en el sistema de salud. No hay cambio posible si no transformamos casi en su totalidad el sistema de oferta y demanda de los presentes y futuros recursos humanos desde la perspectiva del modelo ágil y flexible que pretendemos llevar adelante.

Para esto, el Ministerio de Salud Nacional se propone intervenir en los siguientes campos de regulación, articulando con las provincias y el sector privado las acciones que correspondan:

a) Formación del RRHH:

- Delimitar las prioridades de formación en términos cuanti y cualitativos en forma concertada con las Instituciones Formadoras Públicas y Privada y los Entes de Rectoría, interviniendo en el establecimiento de estándares de calidad de la formación de grado y de especialidades del equipo de salud, así como también del conjunto de profesiones colaboradoras de la medicina.
- Promover la formación de profesionales con énfasis en medicina generalista, o su reconversión, a fin de contar con equipos de salud con capacidad de intervención en las prioridades definidas por las políticas sanitarias de este Plan.
- Implementar procesos de evaluación del conjunto de las instancias de formación, con especial énfasis en las residencias de los equipos de salud a través de la Comisión Asesora en Evaluación de Residencias u otros mecanismos.
- Impulsar procesos de armonización de programas y currículas de formación profesional en las distintas carreras de grado y postgrado de todo el país.
- Promover las oportunidades de formación y perfeccionamiento profesional en aquellas áreas de vacancia juzgadas como críticas para el desempeño eficaz de los servicios de salud.

b) Ejercicio profesional:

- Establecer un Nomenclador Nacional de Puestos Sanitarios, articulado con la correspondiente normatización de perfiles y currículas de formación.
- Acordar un sistema de residencias acreditado oficialmente para acceder al título de especialista;
- Garantizar el cumplimiento de los procesos de certificación y recertificación periódica que habiliten para el ejercicio profesional.
- Promover incentivos, mediante procesos de acreditación, a las instituciones que empleen recursos humanos de salud debidamente certificados.

c) Gestión del recurso humano:

- Establecer incentivos a fin de promover una distribución más equitativa de la oferta de recursos humanos en todo el país, en el marco de las políticas sanitarias consensuadas.
- Promover el intercambio y la cooperación técnica entre la Nación y las Jurisdicciones a fin de fortalecer institucionalmente las áreas responsables de la gestión de los recursos humanos provinciales.
- Impulsar en todas las jurisdicciones la aplicación de las distintas instancias para efectivizar las carreras hospitalarias o de salud, de manera tal que el mérito profesional, la formación permanente y el aporte a la investigación y a la docencia sean los elementos que determinen el acceso a los cargos del sistema de salud de cada una de las jurisdicciones desincentivando la precariedad laboral.

En relación a la gestión de los recursos humanos, se promoverán incentivos económicos y simbólicos que promuevan la calidad de atención, sin alentar la sobreprestación innecesaria de servicios o inducir a una subprestación de los mismos.

7.2.5. Regulación de Tecnologías.

Hemos diagnosticado las insuficiencias en la regulación de tecnologías sanitarias, tanto en lo referente a la oferta como al control de calidad, con consecuencias similares de gasto ineficiente.

Para resolver esto se creará, bajo la normativa del Ministerio nacional, una Agencia de Regulación de Tecnologías con capacidad para evaluar y controlar la incorporación y uso de tecnologías sanitarias. La agencia será un organismo técnico que evaluará a la luz de la Medicina Basada en la Evidencia y de la relación costo-efectividad de las prestaciones involucradas y luego recomendará al COFESA su inclusión o no dentro del elenco de coberturas y accesos comprometidos. El COFESA será encargado de aprobar o no dicha inclusión.

a) Objetivos:

- 1) Evaluar las prácticas y procedimientos, acorde a criterios técnicos específicos (basados en evidencia científica y criterios de costo-efectividad), y determinar la pertinencia o no de su financiamiento obligatorio por parte de los Agentes del Seguro de Salud. Este último punto es de carácter no vinculante para los tomadores de decisiones.
- 2) Diseñar y aplicar las guías de práctica clínica fundamentada en los criterios de la Medicina Basada en la Evidencia.
- 3) Realizar las consultas necesarias con otros grupos de interés a fin de elaborar productos consensuados -Programa Nacional de Garantía de Calidad, Organizaciones Científicas, Organismos no Gubernamentales que trabajen en el campo de la salud, etc.-.

b) Tareas a realizar por la Agencia:

1) Asesorar al Ministerio de Salud de Nación, los Ministerios de Salud Provinciales, la Superintendencia de Servicios de Salud, el INSSJP, las distintas obras sociales que no están bajo la regulación de la Superintendencia de Servicios de Salud, las Entidades de Cuidados de la Salud, Proveedores y Fabricantes de Tecnologías en todo aquello referente a la efectividad y costo/efectividad de las distintas tecnologías que formen parte del Programa Médico Obligatorio la Comisión de Evaluación y Actualización del PMO acerca de aquellas tecnologías que, cumpliendo determinados requisitos metodológicos, sean plausibles de ser incorporadas a la cobertura a ser brindada en forma obligatoria por los Agentes del Seguro de Salud.

2) Determinar las prácticas a ser cubiertas a partir de un exhaustivo proceso de análisis que contemple no sólo su eficacia y efectividad, sino su eficiencia en términos sanitarios (riesgo/beneficio), como económicos (costo-minimización, Análisis costo efectividad, Análisis de Costo-Utilidad y Análisis de Costo-Beneficio).

Propuesta:

- 2004 - Diseño de la Agencia, desarrollo de instrumentos, sanción de normativas y acuerdos Nación - Provincias.
- 2005 - Puesta en funcionamiento.
- 2006 - Funcionamiento y comienzo de evaluación y monitoreo.
- 2007 - Evaluación y monitoreo. Revisión.

7.3. Modelo de Financiación

7.3.1. Seguro Nacional de Enfermedades Especiales

Una variable clave para viabilizar el sistema federal y flexible de salud es organizar y socializar el financiamiento de los tratamientos de enfermedades catastróficas o especiales a través de un seguro nacional. Existe un grupo de enfermedades de baja incidencia y alto costo cuyo tratamiento implica una erogación de recursos tan elevada que desequilibra las ecuaciones presupuestarias de los organismos financiadores. Muchas de las mismas cuentan con leyes específicas y sus tratamientos deben ser impartidos de manera obligatoria (discapacidades, diabetes, insuficiencia renal crónica). Frente a la escasez de recursos y a la imposibilidad de responder a la demanda, muchas entidades financiadoras han implementado distintos mecanismos, tales como la transferencia del riesgo a los prestadores, convirtiéndolos en pre-financiadores del sistema o estableciendo diversas barreras de acceso al tratamiento.

Para revertir esta situación se implementará un seguro nacional que contemple a la totalidad de la población y permita la cobertura de estas

patologías. El financiamiento del mismo debería estar integrado por todos los financiadores actuales, con una alícuota a determinar. Los recursos se constituirán en lo que se denomina reserva técnica, siendo el Estado el garante de dichos fondos y no pudiendo ser los mismos asignados a otros fines. Las prestaciones a cubrir, los medicamentos e insumos deberán estar establecidos taxativamente, así como las poblaciones determinadas de manera de permitir la aplicación de cálculos actuariales.

Para su concreción, la meta es que en el 2004 el Ejecutivo envíe al Parlamento el respectivo proyecto de ley.

7.3.2. Asignación de cápita ajustada según riesgo a los agentes de los Seguros de Salud.

La competencia entre aseguradores no sería por precios, ni por servicios cubiertos. Sería por resultados sanitarios obtenidos, es decir por niveles de salud de la población cubierta. Para ello recibirían una asignación capitada ajustada según riesgo (el sexo y la edad de los beneficiarios) de manera que se evite la selección adversa. Pero además recibirán incentivos por sus conquistas epidemiológicas, como por ejemplo el aumento de la edad promedio en que se producen los infartos, disminución de complicaciones de la HTA y la diabetes, reducción de las hospitalizaciones por causas evitables, de los accidentes, etc.. Esto reorientaría las preocupaciones de los aseguradores hacia la salud ya que para que su negocio sea rentable deberán mejorar los niveles de salud y mantener satisfechos a sus beneficiarios.

7.3.3. Fondo Federal Compensatorio

La viabilidad de las políticas del Plan Federal de Salud dependerá, en gran medida, de la formulación de mecanismos financieros claros que las sustenten. 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.

No es cierto que el futuro régimen de coparticipación vaya a incorporar necesariamente el financiamiento de políticas compensatorias. Tampoco lo es que no se pueda hacer nada al respecto sin una nueva ley de coparticipación. Más aún, si se lograra avanzar en la discusión de estos instrumentos y su introducción, se estaría en una posición mucho más favorable cuando sobrevenga el debate del nuevo régimen de reparto de recursos.

Existe en el presupuesto del Ministerio de Salud de la Nación una variedad de programas e iniciativas destinadas a compensar falencias de los sistemas provinciales (el Plan Remediar, el PROFE y el Seguro Materno Infantil, la provisión de leche e insumos maternos infantiles, son sólo algunas de esas iniciativas). En general, la asignación regional de estos programas surge como resultado de la historia en las relaciones cotidianas entre los funcionarios de las diferentes jurisdicciones.

Últimamente el COFESA ha sido, por consenso, un ordenador desde la distribución, pero no de la utilización de insumos y recursos. Aquí se propone que

algunos de esos programas sean consolidados dentro de este Fondo, bajo la condición de que las provincias receptoras asuman determinados compromisos de política de salud dentro de su territorio. Un prerrequisito esencial en esta estrategia es el compromiso, por parte de las provincias, del mantenimiento del porcentaje de sus gastos destinados a la salud pública. De otra manera, se correría el riesgo de que alguna jurisdicción utilice los fondos de compensación en reemplazo de una porción de su propio presupuesto provincial.

Los montos que podrían ser incluidos en virtud de lo expresado en el párrafo anterior, serán insuficientes para lograr un financiamiento adecuado de las políticas compensatorias del sector. No obstante, resulta poco probable que pueda lograrse algún financiamiento adicional para el sector reduciendo el correspondiente a otras áreas de los presupuestos nacional o provinciales. Es por ello que se propone avanzar, en una segunda etapa, con la asignación a este fondo compensador, de parte de los recursos resultantes de incrementos futuros en la recaudación.

Lo importante es proponer y generar el instrumento, que luego puede abrirse a diversas alternativas y modalidades, articulando estrategias financieras en la Nación y cada provincia, que de manera voluntaria así lo requiera, pero bajo fuertes compromisos de gestión y resultados.

7.3.4. 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-).

- 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

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.

Final abierto

Intentemos no tener un título contradictorio, sino que refleje nuestra propia realidad. Cada construcción teórica, conceptual, aunque lleve la experiencia de muchos profesionales, en este caso de la salud y de todos los responsables de su actual conducción político-técnica, tiene un punto final. Somos conscientes que estamos dejando sin enunciar algunos temas, así es todo cierre, un recorte de una enorme realidad.

Como hemos referido de manera reiterada, estas Bases del Plan Federal de Salud inician, de hecho ya iniciaron, un proceso largo, y sin dudas complejo que podrá tener aciertos y errores.

Esta visión que, sin decirlo, hemos situado en el 2015, junto a los compromisos de las Metas de Milenio, esta utopía que hoy nos planteamos, indudablemente se irá corriendo en el horizonte. Cuando periódicamente quizás nosotros o quienes nos sucedan la revisen, alguien, como en el poema, podrá preguntar..."y entonces, para que sirve la Utopía"... y esperemos que alguien, también, conteste..."sirve para eso, para avanzar".

INDICE DE CONTENIDOS

PROLOGO	1
1. LA SITUACIÓN ACTUAL DE SALUD.....	3
2. UN SISTEMA SANITARIO QUE SE DEBE MODIFICAR.....	5
La provisión descentralizada en un país desigual.....	8
3. VISIÓN.....	13
3.1. Visión de largo plazo para el sector salud de Argentina	13
4. LA PROPUESTA. 2004-2007	15
4.1. Marco Lógico	15
4.2. Establecimiento de prioridades y metas de salud.....	15
4.3. Una estrategia adecuada.....	15
4.4. Mejorando la salud desde adentro y desde afuera del sistema.....	15
4.5. Construyendo el consenso social y la viabilidad política de las acciones.....	16
5. EL OBJETIVO PARA EL PERIODO 2004-2007.	17
6. METODOLOGÍA	19
6.1. Un sendero de reformas.....	19
6.2. La estrategia de atención primaria de la salud como organizador del sistema	20
6.3. Priorizando todo aquello que fortalezca la equidad en el acceso	21
6.4. Favoreciendo la participación comunitaria en todos los niveles.....	22
7. INSTRUMENTOS.....	23
7.1. Modelo de atención	23
7.1.1. Jerarquización y acreditación de las acciones de promoción y prevención	23
Propuesta:	24
7.1.2. Compromiso Federal sobre cobertura y acceso	27
Propuesta:	28
7.1.3. Redes de servicios.....	29
Propuesta:	30
7.1.4. Población bajo responsabilidad nominada.....	30
Propuesta:	31
7.1.5. Calidad en los servicios de Salud.....	31
7.1.6. Fortalecimiento del hospital público.....	32
Propuesta:	33
7.1.7. Seguros de Salud	35
7.1.8. Programa de accesibilidad a medicamentos	37
Propuesta:	37
7.2. Modelo de gestión	38
7.2.1. Implementación de acuerdos de gestión Nación - Provincias.....	38
7.2.2. Desarrollo de sistemas de información en áreas estratégicas.	38
7.2.3. La calidad desde la perspectiva del modelo de gestión	39
7.2.4. Regulación de Recursos Humanos	40
7.2.5. Regulación de Tecnologías.....	42
Propuesta:	43
7.3. Modelo de Financiación	43
7.3.1. Seguro Nacional de Enfermedades Especiales	43
7.3.2. Asignación de cápita ajustada según riesgo a los agentes del Seguro de Salud.	44
7.3.3. Fondo Federal Compensatorio.....	44
7.3.4. Las Obras Sociales Nacionales	45
Final abierto.....	48