



## Reforma del sistema de salud argentino

### ¿Por qué?, ¿para qué? y ¿cómo? (parte 2)

Mg. Daniel Esteban Manoukian<sup>1</sup>

#### ¿Para qué reformar el sistema de salud?

La OMS define los sistemas de salud (SdS) como "la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero" (O.M.S., 2005).

Pueden definirse a los sistemas de salud como la **respuesta social organizada para los problemas de salud**. Dicho de otra manera, el diseño y funcionamiento de los sistemas de salud son el resultado de lo que cada comunidad, en un contexto histórico determinado, ha definido como la forma de proveerse de servicios que ayuden a sostener el mejor nivel de salud posible.

La caracterización del sistema actual de salud demuestra que hay suficientes motivos para propiciar transformaciones a fin de dar cabal cuenta del cometido perseguido por nuestro sistema de salud, esto es, contribuir en la construcción de Salud Colectiva. Esto último implica ser conscientes que la salud es fruto de la determinación social y en ese contexto, los sistemas de salud solo hacen un pequeño, aunque significativo aporte.

A sabiendas que el camino es largo y complejo, para iniciar ese trayecto entendemos que es menester acordar algunas premisas básicas que marquen el horizonte al que se aspira. Ese conjunto se conforma con algunos valores y principios que se esperan caractericen al sistema a partir de asumir la salud como un derecho, y se integran también con aspectos instrumentales, funcionales al objetivo de garantizar el acceso equitativo a servicios humanizados y de alta calidad.

#### Valores compartidos

Entendemos que un sistema de salud de bases sólidas debe sustentarse en valores compartidos. El conjunto de valores, aun a riesgo de simplificar, puede resumirse en los siguientes:

---

<sup>1</sup> Médico sanitarista, CUESEB (Centro Universitario de Estudios sobre Salud, Economía y Bienestar UNCo).

- **Empatía, solidaridad y autonomía.** Consiste en ponerse en el lugar del otro, como forma efectiva de comprometerse con todos y cada uno de los usuarios, especialmente con los que integran sectores socialmente más vulnerables. Rescatar la importancia del respeto a la autonomía de las personas es considerar al otro con capacidad para decidir sobre su propia vida. Con el ejercicio de estos valores se intenta reducir las asimetrías sociales, culturales y económicas, para promover justicia social.
- **Compromiso y pertenencia.** De los trabajadores y del conjunto de la organización respecto de los usuarios y otros recursos comunitarios, partiendo de estimular un sentido de pertenencia por el cual cada trabajador se sienta parte del sistema y que la comunidad lo perciba con orgullo como propio.
- **Excelencia y mejora continua.** Implica sostener una imagen horizonte desafiante, buscando siempre el mejor resultado posible a través de desplegar acciones del conjunto y de cada sector en pos de mejorar la calidad del servicio ofrecido.
- **Cooperación y asociación para el trabajo en red.** Los dos niveles superiores del trabajo en red –cooperar para compartir actividades y recursos, y asociarse en torno de objetivos y proyectos– se fundan en valores de solidaridad y confianza, imprescindibles para el buen funcionamiento de una organización pública (Rovere, 2000).

### ¿Qué debe garantizar un sistema de salud?

- **Acceso universal** para promover la inclusión. Toda persona que habite el suelo argentino debe poder acceder a los servicios de salud que requiera según su necesidad. Esto obliga a dotar de recursos apropiados al sistema de salud, distribuidos con criterio poblacional en todo el país.
- **Énfasis en el aumento de la vida saludable**, concentrándose en la salud y la vida antes que en la enfermedad y la muerte. Promoviendo hábitos saludables, fomentando el deporte y la actividad física en todas las edades, así como también desalentando el consumo de alimentos ultraprocesados y evitando que los factores ambientales tengan consecuencias negativas en la salud de las poblaciones.
- **Equidad.** En la asignación de recursos financieros, en el acceso a los servicios y en los resultados. La forma más profunda de equidad supone que todos los sectores de la población alcancen equivalentes resultados en salud, independientemente de sus condiciones sociales y económicas.
- **Satisfacción del ciudadano.** Aquella que surge al recibir un servicio de calidad que para el caso de salud implica mejorar los niveles de salud mediante atención oportuna, continua, cortés y respetuosa (Passos-Nogueira, 1997).
- **Eficiencia técnica y asignativa** (hacer lo más útil, al menor costo posible). Esto implica aplicar los conocimientos y los recursos con criterio de costo-efectividad, es decir, hacer lo que tenga evidencia de ser realmente efectivo con un costo de oportunidad razonable. El economista británico Alan Williams, para graficar lo que en economía se denomina costo de oportunidad planteaba: “[...] estamos en una situación afortunada, aunque dolorosa de tener a nuestra disposición más actividades beneficiosas de las que podemos financiar [...] la decisión explícita de asignar recursos

a un paciente es inevitablemente una decisión implícita de negárselos a otro paciente” (Williams, 1988: 176).

## Fundamentos de un buen sistema de salud

Un sistema de salud que intente resolver el dilema de resultar socialmente eficaz y económicamente eficiente, conjugando criterios de equidad en todos los niveles de atención, debe estar fundado en el principio rector de la solidaridad, según el cual debe exigirse a cada uno según su posibilidad, para ofrecer a cada cual según su necesidad.

La solidaridad es aquel principio que al decir de Jesús González Amuchastegui, reflejará “el compromiso de la comunidad por garantizar a todos el estatus de miembros plenos por la vida autónoma y digna, donde el Estado y sus integrantes no dejarán abandonados a los individuos para el desarrollo de sus libertades, sino que contribuirían a su realización como parte de su responsabilidad y corresponsabilidad” (García Gómez & Galvis Treviño, 2019).

Para hacer eso posible, algunos de los rasgos que se pretende del sistema de salud son:

- **Enfoque de género y de interculturalidad**, para aportar distintas percepciones y prácticas del proceso salud-enfermedad-cuidado. “El sustento de la interculturalidad en salud es asumir y reconocer distintas percepciones y prácticas del proceso salud-enfermedad-atención, que operan, se ponen en juego, se articulan y sintetizan, no sin contradicciones, en las estrategias de cuidado, las acciones de prevención y curación en contextos pluriculturales” (Piñón, 2014). Sostenemos que en la práctica se trata de la relación –en igualdad, en simetría, en mutuo reconocimiento– con los demás culturalmente diferente a mí. Se da por sentado necesariamente que ambas partes representamos culturas en cuya relación no hay hegemonía, sometimiento o asimetría de una respecto de la otra (Marcus, 2016).
- **Interdisciplina**. Alicia Stolkiner sostiene que “la interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente” (Stolkiner, 1987). Efectivamente, la incapacidad de manejar la complejidad del campo sanitario nos obliga a la interdisciplina, es decir a articular saberes, experiencias y miradas, con el objetivo de ampliar la mirada para mejorar el diagnóstico e intentar resultar más asertivo con las intervenciones.
- **Intersectorialidad**. Si la salud es fruto de la determinación social, son muchos los actores que deben interactuar para hacer posible la construcción de un pueblo más sano. Por esa razón el sector salud debe integrarse con otros ocupados en políticas sociales, para intervenir en forma coordinada a fin de resolver problemas vinculados a la salud, el bienestar y la calidad de vida.
- **Trabajo en red**. Este enfoque implica asumir la heterogeneidad, articulando diversidades al servicio de un objetivo claro que marca el horizonte. Supera la división en subsectores funcionando en forma aislada y en competencia, también la de una hipotética fusión. Por el contrario, propone una idea centrada en la articulación y las conexiones útiles en favor del logro de un objetivo común.

- **Determinación de prioridades con enfoque epidemiológico, evaluación y comparabilidad.** Supone emplear las herramientas disponibles para establecer agendas de actuación prioritarias en función de la carga de morbi-mortalidad de la población argentina. Por otra parte, el SdS debiera generar informes públicos como resultado de evaluación dinámica de su actuación. Por esa razón la rigurosidad y transparencia en el manejo de la información sanitaria resulta vital para los procesos de evaluación y monitoreo del propio sistema de salud.
- **Prestaciones comprensivas y uniformes.** Acceso universal no significa prestaciones ilimitadas que podrían estimular un uso irracional con alto de riesgo de inequidad. Un SdS justo debiera poner en juego mecanismos participativos de decisión colectiva respecto de los alcances posibles y viables de los servicios que presta. Esto conlleva la difícil tarea de determinar prioridades y verificar medidas de costo-efectividad de las acciones en un marco explícito.
- **Efectividad clínica.** Un sistema será más justo si tiende a reducir riesgos para minimizar la incidencia de la enfermedad y los accidentes y en caso de ocurrencia emplear los tratamientos más costo-efectivos. Aquí entra en escena la medicina basada en la evidencia, como la aplicación de una serie de métodos para estimar cuán efectiva es una tecnología sanitaria. Este es un enfoque que se ha desarrollado con intensidad en los últimos años, aunque debe consignarse que no siempre resulta elocuente al servicio de qué intereses se hacen esas evaluaciones, y se requiere de entrenamiento para leer críticamente esos informes (Conde Olasagasti, 1999).
- **Financiación equitativa con contribuciones generales separadas de riesgos.** El riesgo individual no puede ser la base de la financiación. Para ello el SdS debe eliminar la selección de riesgos de tal manera de evitar que la carga recaiga sobre los más enfermos. Para responder al principio de solidaridad el sistema debiera financiarse según la capacidad de pago de los ciudadanos. Este aspecto está directamente ligado al sistema tributario y la revisión profunda de las fuentes de financiación con las que cuentan hoy los tres subsectores del SdS.
- **Eficiencia financiera.** Este criterio propone minimizar los costos de transacción y hace referencia a establecer mecanismos contractuales más eficientes entre compradores y proveedores sanitarios, los cuales en una lógica de redes pasan a ser parte del sistema en un grado de asociación. Ejercer la eficiencia financiera en términos de salud pública implica un juicio crítico respecto de los usos de los dineros destinados a la salud, las interrelaciones financieras dentro del sistema de salud, y de cuáles son los principales receptores de dichos fondos. Las tensiones entre los diversos actores del SdS son, en gran parte, la causa de las mayores desigualdades.
- **Los trabajadores de salud.** El principal capital del SdS de salud son sus trabajadores, por lo que un sistema que pretende mejorar debe tener una política integral destinada a apoyar la formación en el pregrado de las distintas disciplinas articulada con las universidades, dotando a los futuros trabajadores de elementos para poder actuar en los nuevos escenarios incluyendo formación en epidemiología y salud colectiva. Deben propiciarse instancias que mejoren el reclutamiento y la retención de trabajadores, para lo cual es menester asegurar salarios dignos acordes a la tarea encomendada, buenos ambientes laborales con estimulantes regímenes de trabajo que fortalezcan la pertenencia, garanticen estabilidad y desarrollo de las personas, y protejan la salud física y emocional de los integrantes del equipo de salud. En este sentido vale apuntar que el pluriempleo debilita los sistemas de salud y atenta contra

la salud de los trabajadores. La dedicación exclusiva con alcance a todas las disciplinas del equipo de salud aparece como una alternativa para alcanzar los objetivos mencionados.

## Conclusiones

El *para qué*, que también debe ser una construcción colectiva, se espera configure el horizonte esperable para un renovado y justo sistema de salud. Por esa razón este texto debe ser interpretado solo como un disparador para un debate imprescindible. No se trata de un conjunto acabado de conceptos, sino de un intento de ir delineando los rasgos esenciales.

Cada uno de los puntos expuestos requerirán ser discutidos, y quizás se agreguen otros que también sean considerados relevantes. Entendemos que solo será posible avanzar en el *cómo* construir una alternativa superadora una vez que se construya un consenso fuerte en torno del modelo de sistema de salud con el que pretendemos contar.

**Daniel Esteban Manoukian**

Chos Malal, Neuquén, junio de 2021

## Referencias

**Conde Olasagasti, J. L.** (1999). *Guía para la elaboración de informes de evaluación de tecnologías sanitarias. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS)*. Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo.

**García Gómez, J. E., & Galvis Treviño, A.** (2019). *El concepto de solidaridad desde el pensamiento filosófico del derecho de Jesús González Amuchástegui*. Vox Juris, Facultad de Derecho de la Universidad de San Martín de Porres. Lima, Perú, N° 37(N° 2), 211-223. <https://doi.org/1024265>

**Marcus, A.** (2016). *Interculturalidad en salud*. Revista patagónica de bioética, Año 3(N° 5), 58 a 71.

**O.M.S.** (2005). *¿Qué es un sistema de salud?* WHO. <https://www.who.int/features/qa/28/es/>

**Passos-Nogueira, R.** (1997). *Perspectivas de la gestión de calidad total en los servicios de salud*. OPS.

**Piñón, S. L.** (2014). *Antropología y salud intercultural: Desafíos de una propuesta*. Desacatos. Revista de Ciencias Sociales, 0(16), 111-125. <https://doi.org/10.29340/16.1074>

**Rovere, M.** (2000). *Redes. Hacia la construcción de redes en salud: Los grupos humanos, las instituciones, la comunidad*. Instituto de la Salud «Juan Lazarte».

**Stolkner, A.** (1987). *De interdisciplinas e indisciplinas* en «El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio» Elichiry, Nora (Compiladora). Nueva visión.

**Williams, A.** (1988). *Priority setting in public and private health care: A guide through the ideological jungle*. Journal of Health Economics, Volume 7, Issue 2, June 1988, 173-183.