



Reforma del sistema de salud argentino

¿Por qué?, ¿para qué? y ¿cómo? (parte 3)

Mg. Daniel Esteban Manoukian¹

Introducción

Resulta aventurado avanzar en el *cómo* reformar el sistema de salud argentino sin haber consensuado antes el *por qué* y el *para qué*. Desde nuestro punto de vista la propuesta de un proceso de transformación debe contar con un amplio respaldo, para lo cual la construcción de la misma, será una tarea ardua que tiene que involucrar al conjunto de la sociedad. Que este tema este en el foco de atención depende en parte de problematizar la cuestión, para lo cual tanto los trabajadores de salud, los representantes políticos y los comunicadores sociales, entre otros actores sociales, tenemos tareas por delante.

Una transformación sustantiva del sistema de salud impactará en el conjunto de la población, por lo tanto debe ser un tema de debate amplio en la sociedad. Sabemos también, considerando experiencias previas, que este tipo de procesos que tensionan el estado actual de las cosas, afecta intereses y generan resistencias que pueden convertirse en obstáculos que se suman a nuestras muchas limitaciones para abrirnos a considerar nuevas opciones. Por esa razón, instalar este tema en la agenda de discusión comunitaria, tanto para intercambiar opiniones sobre las debilidades actuales, como mucho más para considerar posibles propuestas de mejoras, resulta esencial en favor de concretar los primeros pasos de un trayecto complejo.

Lo que sigue, en consecuencia, son solo algunas ideas para empezar a generar los cimientos del camino a recorrer para tener un sistema de salud más fuerte, equitativo y justo, para todos quienes habiten suelo argentino.

No es objeto de este texto analizar las experiencias previas de intentos por construir un sistema integrado de salud, que sostenemos, debe ser la idea matriz y el eje en derredor del cual gire el proceso de reforma. Sin embargo, apuntamos que indagar y valorar los distintos factores que hicieron naufragar esos intentos, debe ser una de las estaciones de este recorrido.

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

Pensamos que es especialmente relevante el análisis del surgimiento y ocaso del Sistema Nacional de Salud (SNIS) durante la gestión del Ministro Domingo Liotta (1974) y también el intento de Seguro Nacional de Salud (SNS) durante la gestión del Ministro Aldo Neri (1988). Este último que no llegó a implementarse, pero de cuya discusión surgieron las leyes aún vigentes (Ley 23660 y Ley 23661) para el ámbito de la salud¹.

¿Cómo ir armando la hoja de ruta?

- **Un sistema de salud argentino, pensado en la Argentina por argentinos.** Hay distintos modelos de sistemas de salud (SdS) que han demostrado diferentes resultados sanitarios, a lo largo de la historia y en distintos lugares del globo. Si bien en ningún país hay alguno en estado puro y en casi todos hay alguna combinación de las distintas variantes, es cierto que en algunos países predomina alguno de ellos. Los sistemas universales financiados con rentas generales en Reino Unido, España, Italia, Cuba o países escandinavos por ejemplo, los basados en el trabajo y la seguridad social como Alemania y Francia o los básicamente sustentados en seguros privados como Estados Unidos.

No es objeto de este texto analizar cada uno de ellos. Todos tienen fortalezas y debilidades, pero vale apuntar aquí, que como han hecho otros países que reformaron sus sistemas de salud, ese proceso es esperable que se realice teniendo en cuenta nuestras debilidades, nuestras expectativas como sociedad y nuestras diferentes culturas. En suma, proponemos no pensar en importar una receta exitosa de otro país, sino darnos a la tarea de construir un sistema de salud argentino mejor que el actual, empleando para ello materia prima nacional.

- **De la periferia al centro.** Proponemos un proceso de reforma que avance desde las provincias hacia el nivel nacional. Las experiencias que intentaron definir un modelo alternativo vigente, ideado en un centro estratégico de decisión, para luego ser aplicado en cada jurisdicción, no pudieron consolidarse. Por el contrario, iniciar el camino de transformación desde las jurisdicciones en mejores condiciones previas para avanzar en acciones de integración efectiva de los actores de los distintos subsectores, es esperable que generen efectos de demostración potentes a favor del logro perseguido en forma progresivamente más generalizada.

- **De la base a la cúspide.** Esta idea tiene dos vertientes, la propia del sistema de salud y la de la sociedad en sentido más amplio.

En cuanto al interno del SdS se propone que el discurrir del proceso de integración esté abonado por gestos y acciones concretas que faciliten la articulación desde la base del sistema hacia los estratos superiores. Esto implica en primer lugar mejorar el vínculo entre el SdS y la comunidad, fortaleciendo el primer nivel de atención (PNA), consolidando equipos interdisciplinarios capacitados, incluyendo nuevos recursos como por los agentes sanitarios urbanos. Robustecido el PNA debe mejorarse la articulación con el segundo nivel, y luego entre éste y el tercer nivel.

Algunas experiencias recientes, surgidas en el contexto pandémico pueden servir en este sentido. Un ejemplo es la instalación de centros coordinadores de camas para asignar recursos críticos en forma ordenada con criterios de equidad, y otro son las redes de

abordaje comunitario que integraron a trabajadores de salud del subsector público y privado sumando a voluntarios de la comunidad.

Respecto de la direccionalidad del proceso considerando a la sociedad, sostenemos que una propuesta transformadora debe iniciarse desde la propia comunidad hacia la conducción. Es decir que si bien pueden o podrían existir proyectos propiciados por el gobierno nacional o provinciales, no tendríamos que esperarlos para iniciar el debate y la construcción de alternativas. Esta es una postura que entendemos superadora a la habitual actitud de esperar que desde la cúspide se proponga un proyecto para ser analizado y criticado. Es seguramente más trabajoso, y hasta podría impresionar desordenado, pero podría terminar consolidando un proyecto de mayor gobernabilidad potencial.

- **Conducción, coordinación y regulación estatal con centralidad en el subsector público.** La pandemia ha demostrado en forma contundente que es importante contar con unidad de criterio y de mando en situaciones de excepción. Sin embargo, la ventaja comparativa de esa unidad no se limita a periodos tormentosos, también resulta notoria en etapas de calma, si es que los puede haber en un territorio con tantas desigualdades.

No se postula la centralidad del subsector público para constituirlo en único responsable de la atención de la población porque no solo se reconocen, sino que además se valora el aporte de otros actores. Sin embargo el hecho de que sea ese subsector la respuesta de última instancia para el 100% de la población, el principal ejecutor de acciones relacionadas con la vigilancia epidemiología y sobre el cual recaen las actividades esenciales de salud colectiva no rentables, torna imprescindible que un proceso de reforma que aspire a dar más y mejores respuestas, vaya de la mano con el fortalecimiento del hospital público.

Algunas premisas, desde lo posible al ideal

Un tránsito que se propone como de avance progresivo hacia el SdS deseable, pareciera que debe plantearse desde lo posible en el corto plazo, hacia las acciones y decisiones más ambiciosas que se pretenden alcanzar en la medida que se pueda estar más cerca de la situación ideal. Con ese criterio se presentan, sin completar un listado acabado, algunas ideas que como ya se mencionó, se completarán con los aportes provenientes de distintos sectores comunitarios. Aparecen ordenadas de menor a mayor grado de complejidad, o dicho de otra manera, de acuerdo al plazo requerido para poder hacerlas efectivas.

- **Ejemplos con fuerte efecto de demostración.** Fortalecer experiencias exitosas como el **centro coordinador de camas** que se generó en Neuquén para ordenar la asignación de un recurso crítico como lo es el acceso a la internación en unidades de cuidados intensivos, no solo debieran sostenerse después de la pandemia, sino ampliarse, como dispositivo estable para ordenar el flujo de pacientes de un sistema que funcione en red integrando el subsector público y privado.

Algunas acciones que propendan a la integración efectiva de la obra social provincial (OSP) con el subsector público de salud (SPS) neuquino también pueden convertirse en

potentes señales a favor de cambios que articulen esfuerzos. Una de ellas puede ser el diseño y aplicación de **guías de práctica clínica** basadas en la evidencia disponible, comunes a ambas instancias organizativas y exigibles a los efectores.

Otro ejemplo de integración posible entre la OSP y el SPS, es acordar el uso de un único **formulario terapéutico**, para ser utilizado en todos los establecimientos de atención en la provincia financiados por ambas instituciones. El subsector público ya cuenta con un formulario terapéutico provincial (FTP) limitado a sus propios efectores. "Sigue los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud y se ha actualizado gracias al esfuerzo de todos los profesionales de salud que, a través de sus pedidos de incorporación, baja o modificación de medicamentos al FTP, han movilizad el análisis crítico de la evidencia científica disponible, así como las variables sociales, epidemiológicas, legales, y económicas locales, por parte del Comité Provincial de Medicamentos de Neuquén"². Este FTP describe para cada fármaco la forma farmacéutica y su presentación, que especialistas están habilitados para realizar la primera prescripción, el nivel de complejidad del establecimiento donde deben estar siempre disponibles en stock y las indicaciones de uso aprobadas. Puede ser no solamente un buen punto de partida hacia la integración, sino también una iniciativa en favor del uso racional de los recursos.

A partir del uso en común de este FTP pueden operarse otras acciones como la **compra conjunta de medicamentos e insumos médicos** escalando el poder de compra para establecer mejor correlación entre proveedores y compradores. Otras dos acciones, que si bien dependen de contar con fuerte decisión política, pero que podrían ser instrumentadas en el corto o mediano plazo, son la extensión de ese FTP a otros insumos médicos, incluyendo **prótesis y ortesis**, y el empleo de esa plataforma para emprender **compras conjuntas con provincias de la misma región**, apuntando además a promocionar el uso de medicamentos producidos en **laboratorios públicos de medicamentos**, como es el caso del PROFARSE de la vecina provincia de Río Negro.

Otra decisión viable de ser encarada con los recursos actuales, es exigir una correcta **evaluación económica de los proyectos vinculados con el sector salud**, sean éstos para incorporación de tecnología diagnóstica como terapéutica. Hacen al uso racional de fondos y apuntan a evitar duplicaciones y luego subsidios encubiertos para sostener esos emprendimientos.

Un proceso de mejora que gire entorno del concepto de integración debe tender a superar la división público-privado como compartimentos estancos. Antes bien debe propiciarse el intercambio de experiencias exitosas estimulando pasantías para **mejorar la gestión institucional**. Ejemplos de las mismas son la implementación de modelos actualizados de salud laboral, de seguridad de los pacientes o los sistemas informáticos de gestión clínica y de administración.

El primer nivel de atención (PNA) debe fortalecerse. A priori pareciera un campo donde el subsector público debe asumir el mayor compromiso, tanto en el desarrollo de infraestructura, como en la conformación de equipos interdisciplinarios y el estímulo de la integración con instancias comunitarias de distinto orden. Aquí aparecen líneas de acción que deben sostenerse como la escuela provincial de agentes sanitarios incorporando la formación de agentes para las áreas urbanas, seguramente con una especificidad propia y

las instancias de participación comunitarias, algunas que florecieron saludablemente durante la pandemia.

- **Planificación con enfoque epidemiológico, y por lo tanto poblacional.** Las prioridades en salud respecto de lo asistencial, pero también con relación a la docencia y la investigación deben estar enmarcadas por una mirada epidemiológica, es decir, relacionada con lo que le sucede a la población argentina en materia de salud en las distintas regiones y en los diferentes entornos sociales y grupos etarios.

Esa mirada de enfoque poblacional debe anteponerse a otros intereses, siendo la base del diseño de los planes de actuación. Requiere formación y entrenamiento profesional, desarrollo de sistemas informáticos de alcance a todo el sistema y de buena comunicación al conjunto de la sociedad para conocimiento por parte del ciudadano de cuáles son los principales problemas de salud, su impacto y las posibilidades de ser resueltos con los recursos disponibles.

- **Formación de los trabajadores de salud en el pregrado y en el posgrado.** Un cambio de enfoque en el SdS argentino requiere de trabajadores de salud con una mirada distinta de la actual. Se necesita volver a asumir el trabajo en salud como un servicio público de profundo sentido humano, más allá del subsector donde se actúa, lo cual implica erradicar el criterio mercantil de la medicina en todas sus formas.

Además de sólida formación en las áreas específicas de competencia de cada disciplina, es necesario que los nóveles trabajadores, formados estimulando su pensamiento crítico, tengan conocimientos sobre epidemiología y salud colectiva. Estas asignaturas deben ser parte de la currícula de las carreras, así como también las prácticas y contacto directo con los espacios laborales donde les tocará actuar. La extensión de las “residencias” como instancias de formación de posgrado a más disciplinas relacionadas con el campo de la salud como la administración, la arquitectura e ingeniería y la comunicación, son parte de los nuevos desafíos, al tiempo de consolidar las tradicionales y las de reciente formación. La capacitación continua debe alcanzar a todos los integrantes del equipo de salud, para lo cual deben instrumentarse planes integrales de formación involucrando al subsector público y privado de salud.

- **Cuidado del trabajador de salud.** La reforma del sistema de salud tendrá que incluir un capítulo sustantivo referido al trabajador de salud. Aspectos como los dispositivos diseñados e implementados para el cuidado de la salud física y emocional, de los regímenes de trabajo y del salario, entre otros, deben ser tratados en el marco de paritaria nacional y una ley de carrera sanitaria nacional que fije el piso de referencia para todas las jurisdicciones.

- **Mancomunación de fondos.** Esta es quizás la cuestión central a resolver en un proceso de reforma por varias razones, pero fundamentalmente por los intereses y tensiones en pugna, donde la presencia de nuevos actores, entre ellos el sector financiero, agregan complejidad al panorama.

Los costos crecientes relacionados con la atención de la salud obligan a racionalizar las inversiones y evitar gastos improductivos. Para ello es importante no sólo sumar más

recursos, sino además emplearlos con criterios comunes basados en evidencia de efectividad. Alinear intereses en favor de una propuesta de alcance universal y equitativo requiere que haya un único fondo de recursos alimentado desde distintas fuentes.

Conclusiones

El *cómo* construir el sistema de salud argentino que garantice el acceso al derecho a la salud para todos y todas con equidad y calidad, como fue dicho, es un gran desafío que requiere construir consensos de tal fortaleza que sean capaces de superar las pujas de intereses. El proceso de integración del sistema de salud se propone como de un avance progresivo, pero sostenido y fruto de una amplia participación que vaya consolidando cada paso dado.

Por esa razón, la propuesta de responder sucesivamente a las tres preguntas planteadas (*por qué, para qué y cómo*), persigue el propósito de sistematizar y sugerir un orden de abordaje de un tema que entendemos central para la salud y el bienestar de argentinos y argentinas y es una convocatoria a la discusión y el debate en función de esa construcción colectiva.

Es cierto que idealmente este tipo de discusiones debiesen estar desprovistas de cualquier contaminación político partidaria a fin de responder solo a los intereses superiores de la comunidad. Empero sostenemos que la dificultad para encontrar el mejor momento, no debiera ser la excusa para seguir postergando una tarea que entendemos prioritaria.

No se trata de fusionar o compactar, se trata de establecer conexiones, de articular actores y de conformar redes. La realidad actual nos interpela a encarar este proceso de reforma sin demoras. Tenemos con qué hacerlo, se requiere decisión y compromiso.

Daniel Esteban Manoukian

Chos Malal, Neuquén, junio de 2021

¹ **Manoukian, D. E., & Iusef Venturini, N.** (2021). *Sistemas de salud. El modelo argentino y el caso neuquino*. Ediciones CICCUS.

² **Ministerio de Salud de Neuquén** (2020). *Formulario terapéutico provincial*. Actualizado en enero de 2020. Disponible en: <https://www.saludneuquen.gob.ar/formulario-terapeutico-provincial/>