

¿LA CUS RESUELVE LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA ARGENTINA?

XXXI CONGRESO MEDICINA GENERAL BARILOCHE, NOVIEMBRE 2016

De RAFAEL PASSARINI¹. Noviembre de 2016.

Haremos un recorrido histórico de *algunos procesos* que han marcado el rumbo del “Sistema” de Salud de la Argentina y de aquellos documentos que sirven de marco de referencia para un análisis crítico del mismo.

En principio definiremos lo que se espera de un primer nivel de atención de la salud-enfermedad de las personas.

Declaración de Alma Ata (1978)

“... La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, *llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.*

“...comprende, cuando menos, las siguientes actividades: *la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales;...*”

Elsa Moreno, en Calidad de la Atención Primaria, dice:

"El sistema de salud debe organizarse para brindar servicios que resuelvan las necesidades de la población en cantidad, calidad, estructura, accesibilidad y oportunidad adecuadas, con especial énfasis en los grupos que fueron definidos como prioritarios.

"Los problemas comunes y más frecuentes deben obtener respuesta eficaz y oportuna en puntos de atención lo más cercanos posibles a la residencia o lugar de trabajo de la población demandante. Una adecuada organización por niveles deberá asegurar la

¹ Medico especialista en Medicina General y Familiar y en Salud Pública. Profesor Libre UNLP. Presidente Honorario FAMG.

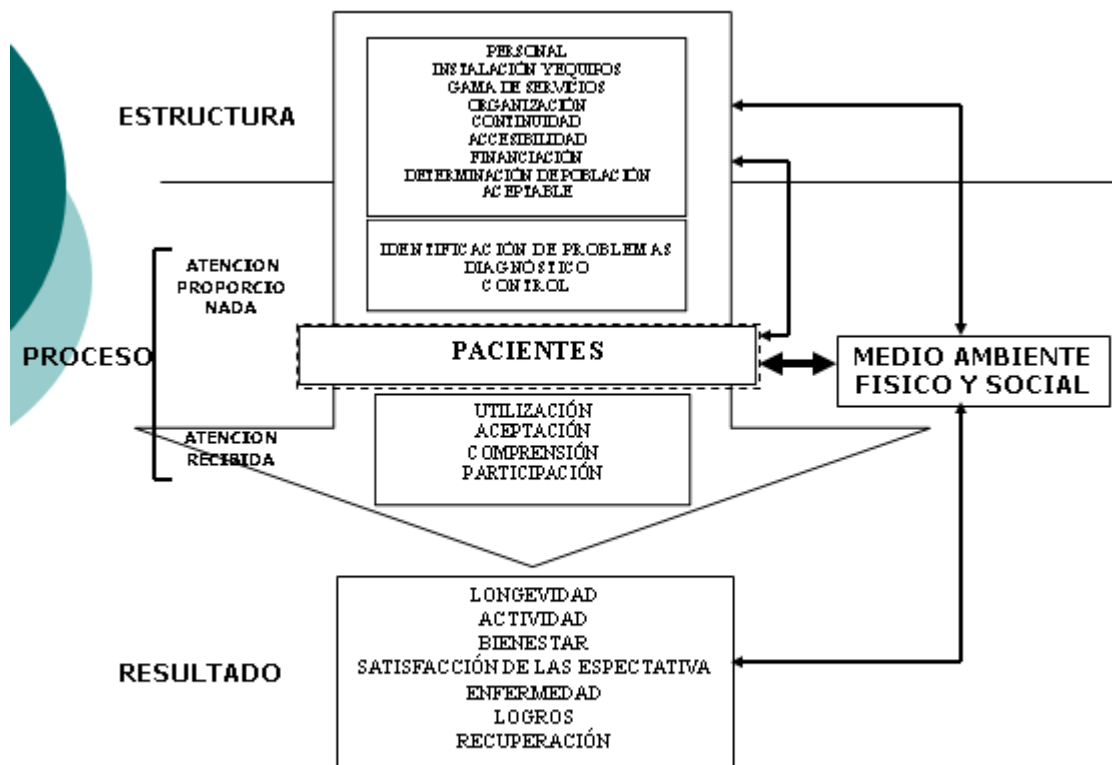
continuidad de los cuidados en efectores con capacidad adecuada para tratar las afecciones menos frecuentes y más complicadas.”

Algunos problemas de salud no dependen solamente de un consultorio o aparato. La prevención puede hacerse en forma directa en la comunidad con ella misma como protagonista (el agua, los alimentos, los hábitos buenos o malos, la violencia, el alcoholismo, etc.); y en algunos casos también los tratamientos, como los grupos de autoayuda (alcohólicos anónimos, bulimia-anorexia, etc.)”.

Definición de Centro de Atención Primaria:

Los centros de atención primaria están situados tanto en áreas urbanas como áreas rurales, brindan actividades de promoción y prevención, con enfoque de riesgo, resuelven la mayor parte de las necesidades de salud de la población a su cargo y refieren a los niveles más complejos del sistema los casos que superan su capacidad resolutoria en las áreas de diagnóstico y tratamiento.

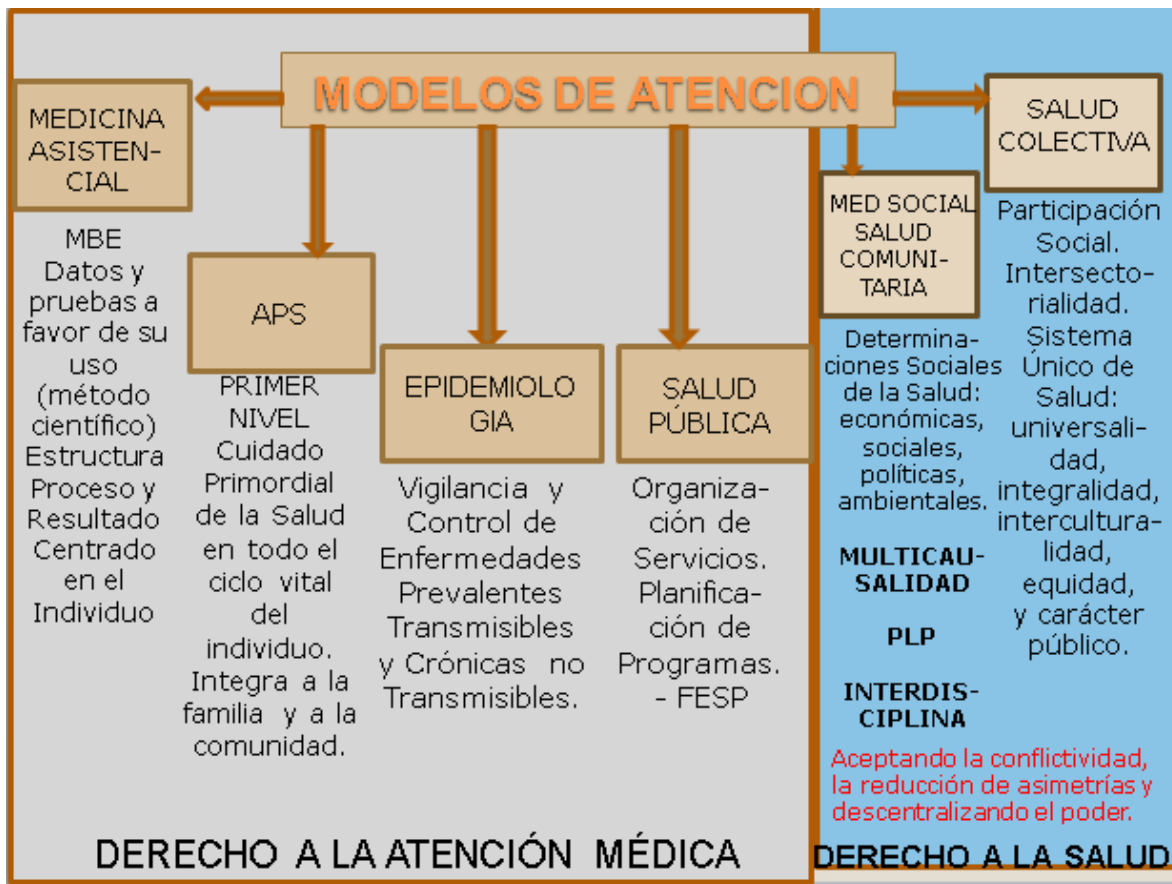
En el siguiente esquema Bárbara Starfield nos señala las particularidades de la atención en un Centro de Salud, en cuanto a *estructura, proceso y resultado*.



Población a cargo significa que la población tiene un centro de referencia y ese centro de referencia es el responsable por su salud básica pero también por la derivación en el caso de que haga falta.

Cuando analizamos la ACCESIBILIDAD como ATENCION A LAS PERSONAS, para **aliviar el dolor, afrontar la enfermedad y promover el bienestar**, nos estamos refiriendo a las organizaciones que se especializan en estas acciones y que llamamos Servicios de Salud. Consultorios, Centros de Salud, Hospitales, que son las organizaciones que representan el final del camino para aquellos que buscan que sus problemas de salud sean resueltos.

En el cuadro siguiente observamos, a la izquierda, los diferentes modelos asistenciales que aplicamos en la práctica diaria y que aseguran el derecho a la atención médica. A la derecha las formas más integrales que afirman el derecho a la salud. (Síntesis Rafael Passarini)



Los cuadros que siguen resumen las necesidades de los efectores del Primer Nivel para brindar las condiciones básicas de una adecuada atención.

QUE NECESITAN LOS EFECTORES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL		QUE NECESITAN LOS EFECTORES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL	
FORMACION ADECUADA PRE Y POSGRADO	A	EQUIPO DE SALUD INTERDISCIPLINARIO	A
SISTEMA PUBLICO DE SALUD		CON PROMOTORES/AGENTES SANITARIOS	
FINANCIAMIENTO NECESARIO Y GENUINO	P	PLANIFICACION LOCAL PARTICIPATIVA	P
CARRERA SANITARIA QUE JERARQUEE EL PRIMER NIVEL		INTERSECTORIALIDAD	
EFECTORES ADECUADOS CON TECNOLOGIA	S	GENERAR CIRCUITOS DE REFERENCIA	S
APROPIADA E INSUMOS NECESARIOS		DE LA COMPLEJIDAD SOCIAL	
RED DE REFERENCIA/CONTRARREFERENCIA			

¿Qué es la CUS?

La cobertura universal de salud es un seguro público para aquellos que no tienen cobertura social.

Cada cobertura social (prepagos-obras sociales-mutuales) tiene una prestación relacionada con el plan que se pueda pagar, el mínimo debe asegurar el llamado PMO (Programa Médico Obligatorio). El sistema público tendría un "PMO", en más o en menos, condicionado a los recursos existentes (oferta), que está definido por la capacidad de dar servicios básicos o esenciales y de una red de servicios con muchas barreras geográficas, administrativas, económicas y culturales, dadas por las asimetrías regionales, provinciales, municipales y barriales (fragmentación-segmentación).

Es decir que la oferta y la red de servicios está condicionada por dónde nos toca vivir. Lo que Jaime Breilh llama las determinaciones sociales por clase social, que a su vez son atravesadas por edad, sexo y etnia, y que impactan en el proceso salud-enfermedad-atención. Lo que podría representarse en una funesta frase "se muere como se vive".

Desde esta óptica la actual cobertura no es tan universal y no "asegura" prestaciones en tiempo, lugar, personas y con las estructuras, procesos y resultados esperados.

Los Antecedentes:

Ramón Carrillo instala una política sanitaria basada en principios de la medicina social, influenciado por experiencias europeas de la posguerra, en la primera etapa del gobierno peronista de 1945. En la segunda etapa debe irse (julio de 1954) por diferencias insalvables con la Fundación Eva Perón (su fundadora había muerto en julio de 1952). Sin embargo es quien logra una presencia del estado nacional en todo el país con una visión integral de la salud.

Es también en la segunda etapa del gobierno peronista que se desarrollan las obras sociales sindicales, que se han comportado como un seguro ya que solamente dan cobertura durante la vida activa del trabajador (es decir mientras aporta) y en general subcontratan

prestaciones del sector privado. Su financiamiento está condicionado al nivel de empleo formal.

¿Por que las OOSS se comportan como un seguro? Porque se financian con aportes y contribuciones (que son el llamado “salario diferido”), se desligaron de los mayores obligando a la creación de PAMI y luego, agregaron los planes diferenciales, donde los cotizantes se llaman “adherentes”, y no afiliados, como en las prepagas privadas.

Después del golpe del 1955

Comienza a desmembrarse la estructura creada por Ramón Carillo. Hay grandes aliados que sugieren ya el “achicamiento del Estado”: “... transferir a las provincias y municipios las actividades de salud pública que son de carácter exclusivamente federal y de estimular la iniciativa privada de asumir cada vez más un papel importante en esos problemas.” *Informe sobre la descentralización de servicios. Comisión de OPS, junio 1957.*

En 1971, también con un gobierno militar se crea para un gran grupo poblacional de jubilados, a quienes las OOSS dejaban de dar cobertura, el PAMI (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados) y donde se instala la “nominalización” a través del medico de cabecera y su “cápita”. Aquí también la determinación social del afiliado condiciona la calidad de la atención recibida.

Entre dictaduras hubo algunos intentos de recuperar el concepto de un estado nacional presente y rector del sistema de salud (Oñativia², Aldo Neri³) o en las provincias (Nèstor Perrone y Elsa Moreno -Plan de Salud de Neuquèn- Enrique Tanoni –Salta-, Floreal Ferrara⁴) pero la década menemista logró cumplir en forma total con las recomendaciones de la OPS de 1957, apoyados por el banco mundial.

Régimen de las Obras Sociales, del Sistema Nacional del Seguro de Salud y su Financiamiento. Leyes 23.660 y 23.661 de Diciembre de 1988. La 23.661 dice:

. ARTICULO 1º -- Créase el Sistema Nacional del Seguro de Salud, con los alcances de un seguro social, a efectos de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica. El seguro se organizará dentro del marco de una concepción integradora del sector salud donde la autoridad pública afirme su papel de conducción general del sistema y las sociedades

² Ley 16.462 y 16.463. Estableció una política de precios y de control de medicamentos y receta según medicamento genérico, fijaba límites para los gastos de publicidad, y a los pagos al exterior en concepto de regalías y de compra de insumos. Esta ley, calificada de comunista por los sectores militares y las grandes empresas extranjeras, tuvo un peso decisivo en el proceso que culminaría con el derrocamiento del gobierno democrático de Illia el 28 de junio de 1966.

³ El Seguro Nacional de Salud propuesto por Neri sería construido sobre la base de las obras sociales sindicales, con las que se complementarían y cuyos recursos debía utilizar. En el nuevo sistema, las obras sociales se independizarían de los sindicatos y actuarían como entidades autónomas. El sistema propugnado por Neri terminó por fracasar y no logró apoyo en la legislatura.

⁴ Como Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires llevó adelante el Programa Atamdos (Atención Médica Ambulatoria Domiciliaria), que el propio Ferrara definió como "la revolución de la atención médica ambulatoria" y que consistía en equipos interdisciplinarios de "intervención territorial".

intermedias consoliden su participación en la gestión directa de las acciones, en consonancia con los dictados de una democracia social moderna.

ARTICULO 2º -- El seguro tendrá como objetivo fundamental proveer el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones eliminando toda forma de discriminación en base a un criterio de justicia distributiva.

ARTICULO 3º -- El seguro adecuará sus acciones a las políticas que se dicten e instrumenten a través del Ministerio de Salud y Acción Social.

Dichas políticas estarán encaminadas a articular y coordinar los servicios de salud de las obras sociales, de los establecimientos públicos y de los prestadores privados en un sistema de cobertura universal, estructura pluralista y participativa y administración descentralizada que responda a la organización federal de nuestro país. Se orientarán también a asegurar adecuado control y fiscalización por parte de la comunidad y afianzar los lazos y mecanismos de solidaridad nacional que dan fundamento al desarrollo de un seguro de salud.

ARTICULO 5º -- Quedan incluidos en el seguro:

- a) Todos los beneficiarios comprendidos en la ley de obras sociales.
- b) Todos los trabajadores autónomos comprendidos en el régimen nacional de jubilaciones y pensiones, con las condiciones, modalidades y aportes que fije la reglamentación y el respectivo régimen legal complementario en lo referente a la inclusión de productores agropecuarios.
- c) Las personas que, con residencia permanente en el país, se encuentren sin cobertura médico-asistencial por carecer de tareas remuneradas o beneficios previsionales, en las condiciones y modalidades que fije la reglamentación.

Los años noventa:

“...como generalmente las reducciones del gasto público son esenciales para un programa de ajuste, es probable que los gastos en salud se recorten.” (...) “... Para que la clase media y los grupos urbanos apoyen la reforma de las políticas sanitarias (...) El financiamiento público universal (o el financiamiento ordenado por el gobierno) de un conjunto mínimo de servicios esenciales definido para el país, frecuentemente dará mejor resultado que las medidas orientadas hacia grupos muy específicos, con los cuales se podría menoscabar la base política de la reforma.” *Informe del Banco Mundial sobre el Desarrollo Mundial – 1993. “Invertir en Salud.*

Pasada la década menemista se instaló a nivel nacional la precarización laboral con los médicos de cabecera, durante la alianza, y los médicos comunitarios con el Plan Federal de Salud del 2003. Comienza la avanzada Nacer/Sumar que le da valor monetario a las prácticas de los centros de salud/hospitales públicos y del Incluir Salud (ex-Profe). Se pueden pagar Incentivos, Monotributistas, Prácticas al Sector Privado, etc.

El 6 de agosto de 2012 se realiza el lanzamiento del Sumar. “...el Programa SUMAR, (es) la ampliación del Plan Nacer, que en el año 2004 inició un camino innovador en la gestión sanitaria en Argentina, consolidando políticas públicas más inclusivas y equitativas. En base a los resultados y logros del Plan Nacer, el Gobierno Nacional y las Provincias avanzan en la búsqueda de mejorar la calidad de atención y en profundizar el acceso y el ejercicio de los derechos de la salud de la población a partir de la cobertura universal de salud. (...) Con el Programa SUMAR, se reafirma y profundiza la gran alianza federal constituida con el Plan NACER para fortalecer los sistemas provinciales de salud a través de un novedoso modelo de política pública. De esta manera, se aumenta la inversión para el sector público, se desarrollan los Seguros Provinciales de Salud y se trazan nuevas prioridades y objetivos que serán monitoreados y evaluados de manera sostenida.”

Como apertura de la discusión podemos decir que estamos ya rodeados de seguros (de la seguridad social y privados) con financiamiento público (directo e indirecto). Y hasta de seguros promovidos por el estado (ART's, 1995) y aún creados por el Estado, como las OOSS que nacen por ley nacional (OS de la carne y otras). El mismo PAMI (1971) se comporta como un seguro porque se financia con aportes de sus afiliados.

A partir de aquí se reitera la pregunta: ¿La CUS resuelve las necesidades de salud de la argentina?

¿Qué dice el Decreto 908/2016?

“...el Sistema tiene como objetivo fundamental proveer el otorgamiento de *prestaciones de salud igualitarias*, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud humana, que respondan al *mejor nivel de calidad disponible* y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo nivel de prestaciones eliminando toda forma de discriminación en base a criterios de justicia distributiva.”

“...actualmente las Obras Sociales Nacionales cuentan con aproximadamente VEINTE MILLONES (20.000.000) de afiliados, unos SIETE MILLONES (7.000.000) se encuentran cubiertos por las Obras Sociales Provinciales y otro MILLÓN (1.000.000) de habitantes mantienen su cobertura a través de otros subsistemas de seguridad social tales como las obras sociales Universitarias o de las Fuerzas Armadas y de Seguridad, y otras locales como la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación o la Obra Social del Poder Judicial de la Nación, a los que deben sumarse los sistemas de medicina privada.”

“...resulta necesario evitar desigualdades en la satisfacción de los requerimientos asistenciales de la población beneficiaria del sistema, tanto en lo que hace a su *accesibilidad* como a su *calidad*.” (Las negritas resaltan las grandes distancias entre los dichos y los hechos).

Nada hace suponer que sea la CUS quien genere un **sistema integral e integrado** de salud porque constituye un seguro a la demanda y no a la oferta (tal cual se implementa el Programa Sumar; desde 2004 como Nacer y 2012 como Sumar) y no explicita el “cómo” mejorar el primer nivel de atención, más allá del Anexo I del Decreto:

ANEXO I

Identificación, nominalización y documentación de beneficiarios de la Cobertura Universal de Salud.

Mejoramiento de las determinantes sociales de salud.

Desarrollo, equipamiento y puesta en valor de efectores públicos de salud.

Fortalecimiento y modernización del sector público de salud.

Acciones de Atención Primaria de la Salud

Desarrollo y optimización de las Redes Integradas de Servicios de Salud.

Mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

Fortalecimiento de los recursos humanos en salud.

Actividades de Promoción y Protección de la salud y medicina preventiva.

Mirando el futuro con los antecedentes del pasado:

Más allá de las advertencias de que una “canasta básica” diluirá la responsabilidad del Estado a prestaciones mínimas, generando aún mayor inequidad en el sistema, el peligro mayor es que, logrando la nominalización de sectores de población, se generen “capitas” para un primer nivel muy básico (que no necesariamente sería un Centro de Salud) y que a su vez puede ser tercerizado, con un segundo y tercer nivel deficitario, al mejor estilo PAMI. Imaginemos que se incorporen médicos de cabecera para la asistencia de un grupo poblacional desde un consultorio barrial, poniendo fin a los Centros y Equipos de Salud por los que tanto peleamos por entender que es la única forma posible de cuidar la salud y atender la enfermedad con la calidad y la eficiencia necesarias.

No solamente se deben pedir más precisiones, deberán abrirse debates sobre qué tipo de políticas públicas necesitamos, desde una autonomía nacional y provincial, sin mandatos del Banco Mundial acompañados por la OMS y la OPS. La lucha por una salud mejor no debe limitarse solamente a oponerse a la CUS, la lucha debe ser para un Sistema Nacional Integral e Integrado de Salud dentro de una Ley Nacional de Salud.