

# Apuntes para un pacto sobre salud

**Dr Jorge A. Mera**

*Director del Centro de Investigación en Servicios de Salud (ITDT) y vicepresidente del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos en la Academia Nacional de Medicina.*

El sistema de salud argentino presenta profundas inequidades. En un extremo encontramos a la población de mayores ingresos, que tiene la posibilidad de “comprar salud” según sus preferencias, accediendo a una amplia cobertura –como es el caso de las prepagas–, incluso superior a la ofrecida por los hospitales públicos. En el otro extremo, los sectores más pobres, con muchas personas que no cuentan con empleo formal, solo tienen acceso a los servicios públicos de salud. En el medio de estos dos extremos se encuentra el sector asalariado que, dependiendo de las fluctuaciones del nivel de empleo y de las variables escalas de salario, logra acceder a la cobertura de las obras sociales.

A su vez, la Argentina muestra una gran diversidad de realidades provinciales, y es difícil trazar generalidades que puedan ser aplicadas a todas las regiones por igual. Una de las tensiones centrales que aquejan al federalismo argentino está vinculada a la desigualdad territorial y al desbalance de recursos existente entre las provincias y el gobierno central.

Esa diferente disponibilidad financiera entre Nación y las provincias está en la raíz de la dependencia de los recursos del Tesoro Nacional que las provincias han tenido para acrecentar o mantener su capacidad instalada de servicios de salud y para financiar sus programas de atención médica. Luego, las determinaciones que se adopten en cuanto a la coparticipación federal serán siempre nucleares en la materia y darán un marco obligado de referencia a las medidas sanitarias específicas que se apliquen en el sector.

Sin considerar la existencia de externalidades o si una estructura federal asegura la internalización de costos y beneficios dentro de cada región, las provincias argentinas son un agregado

óptimo para la constitución en sus territorios de sistemas provinciales de salud.

Por lo pronto, siguiendo la opinión de los constitucionalistas, las provincias no delegaron en el gobierno central atribuciones sobre la salud cuando reconstituyeron la Nación a mediados del siglo XIX y, por tanto, las han retenido. Más aún, les pertenecen la jurisdicción política, que implica la capacidad legislativa y presupuestaria, y el poder de policía sanitaria, como la habilitación de establecimientos y la matriculación de médicos y demás profesionales y técnicos de salud.

Además, luego de las políticas de descentralización que llevaron a cabo todos los gobiernos desde 1955, corresponde hoy a las provincias la directa administración de la totalidad (o casi) de la capacidad instalada de servicios públicos de salud, como los hospitales. También son los distritos obligatorios de recolección y elaboración de estadísticas vitales y sanitarias, y el ámbito de incumbencia de las organizaciones de prestadores de salud (colegios y federaciones médicas, de clínicas y sanatorios, etc.). Por último, bajo su jurisdicción funcionan las obras sociales provinciales.

A su vez, la Nación posee atribuciones y responsabilidades propias que no son prorrateables entre las provincias. Las más obvias tienen que ver con la sanidad de fronteras y la vinculación con organismos internacionales como la OPS/OMS, UNICEF, etc. También, por múltiples factores en juego, como las economías de escala, recaen esencialmente en la Nación las funciones relativas al control de medicamentos y tecnología, así como –de modo principal– la formación de recursos humanos y la investigación sanitaria.

Finalmente, es en el ámbito de la Nación don-

de tienen su lugar las políticas de equidad y de provisión de recursos compensatorios para atender la disímil situación de disponibilidad de medios que tienen las provincias.

Sin perjuicio de lo anterior, siempre corresponderá a la autoridad sanitaria nacional la conducción general (rectoría, *stewardship*) del sistema de salud del país, como lo postulan las organizaciones sanitarias internacionales.

Para una adecuada instrumentación del tan reclamado pero incumplido federalismo, el país necesita un acuerdo o pacto que establezca claramente las funciones, atribuciones y responsabilidades de la Nación y de las provincias en la materia. Nuestro país reconoció, en el Preámbulo de su Constitución, el valor de los **pactos preexistentes**; hoy el tema sería establecer un **pacto prospectivo** referido a las cuestiones sanitarias no determinadas explícitamente hasta el presente.

En función de lo precedente y solo a título de ejemplo de las cuestiones a decidir por ese pacto, podemos mencionar:

- Funciones, atribuciones y responsabilidades propias de la Nación, las de las provincias y las concurrentes de ambas. **(Corresponde hoy salvar las carencias u omisiones constitucionales, revisar la materia y establecer claramente quién debe hacer qué).**

- Vinculación sistémica entre los servicios públicos de salud y las obras sociales. **(No hay un sistema que regule acabadamente esa relación).**

- Régimen de autarquía de los servicios públicos de salud. **(El tema estaba contemplado en el proyecto original del Seguro Nacional de Salud, pero fue omitido en la discusión legislativa. Se palió parcialmente esa carencia con el sistema de hospitales de autogestión).**

- Efectiva federalización del sistema de obras sociales. **(Una simple reglamentación del P.E.N. resolvería la cuestión, según lo prevé el Capítulo VIII de la Ley 23661, pero afirmarlo mediante un pacto con fuerza de ley pondría el tema nuevamente en la agenda política).**

- Creación de un fondo compensador que garantice niveles de equidad entre provincias pobres y ricas, sea por apoyos financieros globales o por el método de subsidio contra norma. **(Dentro o fuera del sistema de coparticipación).**

- Constitución de una red articulada de servicios de salud (independientemente de su condición de públicos o privados). **(Por ejemplo, para**

**catástrofes naturales como terremotos, inundaciones, etc., o causadas por el hombre, como accidentes viales, atentados, explosiones, etc., pero también para la realización conjunta de acciones de salud pública, como cuestiones relativas a epidemias, vacunaciones, educación sanitaria, etc.).**

Por cierto, corresponderá luego procurar una adecuada articulación con el conjunto de las obras sociales, tanto nacionales como provinciales, y con la red de prestadores y aseguradores privados. Hace varias décadas se avanzó en ese sentido integrador con los acuerdos de la llamada Comisión Paritaria Nacional Ley 19710, pero la situación de los actores sociales en este campo ha variado lo suficiente como para demandar una actualización de los criterios y medidas normativas pensados en aquel momento.

Sin abundar detalladamente en un listado de propuestas –lo que escaparía a la naturaleza de este trabajo– resulta oportuno reseñar un grupo de decisiones políticas encaminadas a perfeccionar las relaciones Nación-provincias consideradas en ese eventual pacto y promover un sistema de salud apropiado para la Argentina.

A saber:

1. Los servicios públicos de salud, prácticamente en su totalidad, ya son en estos momentos de naturaleza provincial, como por definición lo son los recursos humanos y físicos del subsector privado ubicados en su territorio. Luego, tal esquema federal debiera emprenderse por donde falta, que es la seguridad social médica.

2. Así, correspondería –en el marco del Capítulo VIII de la Ley 23661– celebrar convenios con las provincias, por los cuales se vayan haciendo cargo de la administración del Seguro Nacional de Salud dentro de su ámbito. En el mismo orden, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, que conocemos como PAMI, debería ser descentralizado ampliamente, incluyendo la asignación de responsabilidades de conducción a los gobiernos provinciales. En ambos casos, sin que la mecánica impida la constitución de seguros provinciales de salud.

3. Otra medida coincidente con ese propósito federalista será proveer al Consejo Federal de Salud (COFESA) de una estructura operativa permanente con capacidad ejecutiva y con un financiamiento específico proveniente de recursos coparticipables, desde la cual se puedan realizar investigaciones y estudios de manera similar y en conjunto con el Consejo Federal de Inversiones (CFI). La misión

principal de la autoridad sanitaria nacional sería liderar las decisiones convenidas en el COFESA.

4. Para reforzar el logro de estos objetivos, será conveniente abrir, en cada jurisdicción, una instancia de concertación con las entidades prestadoras y otros factores de poder local, que analice los aspectos operativos del régimen de prestaciones.

5. Asimismo, corresponderá mantener una instancia permanente de diálogo y concertación con la dirigencia sindical –protagonista principal del subsector obras sociales– que asegure la viabili-

dad política y administrativa de la descentralización del Seguro Nacional de Salud en general y del PAMI en particular.

6. Finalmente, y con el mismo propósito, el gobierno nacional deberá asistir a las provincias que estén constituyendo sistemas provinciales de salud, apoyándolas técnicamente y fortaleciendo la capacidad gerencial de la autoridad local, así como colaborando en la concertación con las entidades prestadoras y otros actores locales, para asegurar la viabilidad práctica del proyecto.