

PERSPECTIVAS DE LA ATENCION MEDICA EN LA ARGENTINA

Dr. Aldo C. Neri

Relato oficial sobre el tema en el Ier. Congreso Argentino de la Salud Pública

Santa Fé - 27 al 30 de setiembre de 1972.

Nota: El autor desea hacer constar aquí la utilidad de la opinión crítica que le aportaron los doctores Julio N. Bello y Alberto Osorio Soler, en ocasión de la redacción final del presente trabajo.

INTRODUCCION

Todo pronóstico que apunte a los cambios que puedan acontecer en el fluido campo de los hechos sociales está viciado, de nacimiento, por dos pecados originales que pueden invalidar totalmente la utilidad de sus conclusiones: uno, su impunidad intelectual, que le permite llegar a los excesos de la adivinanza; otro, la proyección hacia el futuro de las particulares preferencias de quien lo formula. En lo que sigue se pretende merecer el reconocimiento de haber evitado las desmesuras del primero de tales pecados, pero cosa distinta acontece con el segundo de los mismos. Estamos seguros de incluir opciones propias en las ideas que más adelante se desarrollan; pero hemos seriamente intentado hacerlo sólo cuando objetivamente creemos que coinciden con un razonable devenir de los hechos. Dejaremos pues afuera más de una preferencia, por considerarla producto no viable de la imaginación, y también nos veremos obligados a incluir algunas posibilidades que preferiríamos no haber visto asomar en el horizonte de lo previsible.

En otras palabras, pensamos que los hechos futuros están en cierta medida determinados por tendencias insoslayables, pero muchas de sus características dependerán de decisiones que tome el cuerpo social en su conjunto, al elegir entre alternativas diferentes. Entendemos que la responsabilidad de quien estudia y actúa en el campo de la administración de la salud estriba, simultáneamente, en destacar las inevitables tendencias aludidas, y en ofrecer claramente su elección entre las otras alternativas existentes. Opinar es también una forma de acción en que se ejercita la capacidad creativa de futuro.

Ahora bien, todo pronóstico que se formule respecto a la atención médica argentina debe ser sometido a un adecuado control crítico; ello es posible en la medida que las ideas se apoyen en la observación cuidadosa de ciertas tendencias sectoriales evidenciadas a escala mundial por una parte, y en determinados aspectos de nuestra realidad socio-política por la otra.

EVOLUCION DE LA ATENCION MEDICA

Si nos ubicamos cómoda y objetivamente en la posición de observadores de lo ocurrido en el sistema de atención médica, en lo que va del siglo, podemos recoger un conjunto de hechos que han sido estudiados y difundidos por una pléyade de analistas del fenómeno. A manera de resumen, enumeremos los más conspicuos por su repercusión en la problemática del sistema:

a) se producen cambios sustanciales en la capacidad de resolver problemas de salud que ostenta la tecnología médica. Muchas enfermedades se hacen así grandemente vulnerables a la misma, ya sea a través de su prevención o su tratamiento. Se perfeccionan, asimismo, las técnicas diagnósticas, aún para aquellas patologías todavía insolubles.

b) estos cambios provocan, simultáneamente, una marcada transformación de la confianza que los mismos profesionales y la población general otorgan a la Medicina. La evolución de esta confianza tiende a sobrepasar, en muchos casos, las reales posibilidades conquistadas por la ciencia.

c) el hecho anotado, sumado a un conjunto de variaciones históricas que no es el caso de profundizar aquí por ser harto conocidas (gran crecimiento y concentración urbana de la población, mejores transportes, educación masiva, seguridad social en expansión, mayor capacidad de reclamo por parte de los estratos sociales menos favorecidos, desarrollo de la patología degenerativa y tumoral como efecto del envejecimiento de la población, etc.), provoca modificaciones trascendentes en los criterios de utilización de los servicios médicos que evidencian los distintos grupos humanos. Crece y se complica así la demanda de prestaciones que presiona sobre el sistema de atención, tanto por las actitudes espontáneas de la población, cuanto por las correspondientes al mismo sistema, que en buena medida resulta ser el modelador de esa demanda.

d) por otra parte, la patología contemporánea muestra, con el paulatino desarrollo de los pueblos, la importancia cada vez mayor de enfermedades de compleja causalidad socio-cultural, frente a las cuales la tecnología médica disponible evidencia su extrema precariedad. Se transforman también los criterios comunitarios de percepción e identificación de la enfermedad.

e) la mayor cantidad de conocimientos y destrezas necesarios para enfrentar eficazmente los problemas asistenciales genera un amplio desarrollo de la especialización médica, así como la incorporación de nuevas profesiones y oficios a la tarea de los servicios. Alguna forma de coordinación interprofesional surge como indispensable, y se acelera la quiebra del solitario ejercicio médico tradicional.

f) la repercusión económica de los fenómenos enumerados se concreta en un incremento incesante de los costos unitarios de los servicios y de los gastos totales que los mismos insumen, crecimiento que tiende a dejar a sectores cada vez mayores de población sin posibilidad de enfrentar por sí mismos sus eventos de salud.

g) se desarrolla en el mundo una variada gama de iniciativas que pretenden orquestar más armoniosamente esta relación entre las necesidades crecientes y complejas de la población y los recursos existentes para satisfacerlas. Tales iniciativas emergen a veces de los mismos usuarios (mutualismo), de los profesionales de la salud (cooperativas médicas y otras modalidades de pre-pago), del mundo de los negocios (empresas de seguro), o bien es el estado quien asume la responsabilidad de conducción (servicio público, seguros nacionales). La beneficencia se retira paulatinamente del escenario, empujada por los costos y por el cambio ideológico que va del beneficio que se concede graciosamente al beneficio que se otorga a quien reclama un derecho.

h) como parte de la expansión de los estados modernos en la vida de cada sociedad, se verifica un franco desarrollo de su responsabilidad financiera y ejecutiva respecto a las actividades de atención médica. Esto se produce en grado variable según las características político-institucionales de cada país, pero resulta observable aún en aquellos más ligados a una interpretación liberal del funcionamiento de las sociedades. Esta participación creciente puede concretarse a través de servicios propios del estado, por medio de sus aportes financieros y administrativos a regímenes de seguro, por su rol de fiscalizador de las acciones de otras jurisdicciones o mediador en las relaciones vigentes entre prestadores y beneficiarios de servicios, o incluso por su apoyo financiero a actividades que cumple el subsector privado.

Sea cual fuere la modalidad de participación, resulta claramen-

te dinamizada por la conciencia, en los dirigentes, del significado político de la satisfacción de las necesidades en salud, su significado económico, de alguna manera redituable como inversión en el recurso humano nacional, y su significado social como reconocimiento de un derecho inherente a la condición humana. Por otra parte, la expansión progresiva del gasto en servicios sanitarios dentro del producto bruto nacional obliga a los estados a prestar una cada vez mayor atención a cómo se administra ese porcentaje nada despreciable de la riqueza generada por el cuerpo social.

i) los distintos esfuerzos organizacionales tendientes a la ampliación de los sectores de población cubierta por la garantía de una atención médica suficiente generan a veces -y muy notoriamente en Latinoamérica- una acentuación de las desigualdades vigentes. La clase media alta, los empleados del estado y los obreros de las industrias más poderosas, todos sectores con firme capacidad de presión política, alcanzan beneficios que dejan muy atrás a los estratos rurales, trabajadores independientes o intermitentes, obreros de industrias menores, etc.

Las observaciones apuntadas hasta aquí pretenden meramente reseñar algunos hechos más generales e incontrastables que caracterizaron a la evolución de la atención médica, a lo largo de este último siglo. Todas ellas tienen plena vigencia en la historia sanitaria argentina, con un margen de variaciones locales que no contradice en absoluto su identificación fundamental con la corriente mundial. Dado que analizar tales variaciones no constituye uno de los objetivos de este trabajo, aludiremos a ellas sólo en la medida de nuestras necesidades en el desarrollo del tema.

Nuestra responsabilidad de aquí en adelante es anticipar una ojeada al futuro; vale entonces destacar que las tendencias y hechos referidos tendrán un elevado efecto condicionador del modelo de atención de su salud que muestre nuestro país a principios del próximo siglo. Las decisiones que tomemos podrán retardar el efecto de las tendencias, o bien enriquecer sus resultados, pero difícilmente conseguirán cancelarlas. Habrá que tenerlo en cuenta; esforzar se a contrapelo de la historia puede resultar una actitud tan ilusoria y peligrosa como abandonarse indiferente en su corriente.

SITUACION NACIONAL

Caracterizar el país en el que actuarán los factores aludidos en el acápite anterior no es de nuestra competencia. Pero tampoco es factible proyectarnos hacia adelante sin recoger algunas particularidades de ciertos elementos sectoriales y extrasectoriales argentinos, dada su incidencia vital en los cambios posibles.

Toda la vida sectorial nacional puede resumirse en lo que acontece a los tres grandes protagonistas del proceso sanitario: los beneficiarios de los servicios, los prestadores de los mismos y el estado. Su particular evolución histórica, así como las características de su coyuntura actual son datos trascendentes, a la hora de pensar en un futuro factible. Pongamos, pues, nuestra atención unos instantes en cada una de estas primeras figuras.

La población usuaria de los servicios médicos tiene, en su conjunto, un ya largo hábito histórico de sentirse con derecho a aprovechar de los mismos. La vieja tradición del hospital público, abierto a todos los demandantes, y la posterior eclosión de las obras sociales -surgidas como conquista irreversible lograda en un período de afianzamiento de las clases populares- consolidaron ese hábito, que se expresa claramente en tasas de utilización que nada tienen que envidiar a las de países de mayor prosperidad que el nuestro. El fenómeno es, por supuesto, observable en los centros urbanos, donde se agrupa el grueso de la población del país, siendo mucho menos evidente en las áreas de población rural dispersa. Esta inclinación se vio considerablemente reforzada por la elevada cobertura de población que el subsistema de obras sociales alcanzó contemporáneamente. Con toda evidencia, esta característica actitudinal de nuestra población mantendrá básicamente su estilo en el futuro, aún a pesar de las alteraciones cuantitativas que pueda imprimirle el juego de algunos factores que nos permitimos conjeturar a continuación:

a) Existe la probabilidad de que la elevada utilización que se advierte en los centros urbanos refleje, en alguna medida, un cierto grado de insatisfacción del consumidor argentino con los servicios que le brindan los diversos subsistemas. Ello podría provocar cierta deambulacion superflua entre efectores diversos, en busca de un alivio que implica no sólo la resolución objetiva de su problema de salud, sino también una apropiada respuesta frente a la compleja

constelación de necesidades psicológico-culturales que el demandante experimenta (trato humanizado, seguridad, información sobre su problema, ambiente apropiado, etc.).

b) Todavía más probable es la hipótesis -cuya realidad en otros países demuestran numerosos estudios- de que la mencionada utilización se halla también condicionada por la aún extensa difusión del régimen tradicional de atención privada con pago por acto profesional. En el "mercado" de la salud el criterio de la "oferta" modela fuertemente las características de la "demanda", dentro de las limitaciones que pueda imponer la confianza del consumidor y -si se trata del subsistema privado- sus limitaciones financieras. La modalidad retributiva actúa como uno de los factores -hay muchos otros- que influye, consciente o inconscientemente, en la cantidad y tipo de servicios generados por la oferta.

Una condición que seguramente intensifica, o contrariamente, llega a invertir este efecto, es la distinta relación cuantitativa entre oferta profesional y población usuaria que se encuentre en cada zona o país. En otras palabras, una oferta escasa, saturada por intensa demanda, no mostrará probablemente especial tendencia a activarla aún más, e inversamente. Los generosos indicadores que miden nuestra oferta profesional, en la Argentina, permiten respaldar la hipótesis enunciada sobre su comportamiento.

c) El régimen de obras sociales ofrece un panorama de acentuadas desigualdades en la accesibilidad y calidad de los servicios recibidos por diferentes grupos de población. Desde el punto de vista de los sistemas de seguridad social podríamos afirmar que los argentinos recién comenzamos nuestro aprendizaje de la solidaridad que los fundamenta, y en la que no tenemos casi experiencia histórica. Existen fuertes resistencias gremiales para compartir conquistas que la vida política del país presentó como logros grupales frente al patrón -estado o al patrón-privado. Esta ficción, seguramente involuntaria, encubriría la condición verdadera de beneficios que -directa o indirectamente- están financiados, a través de los precios de bienes y servicios, por la totalidad de la población.

La obra social cumple, en la evolución social nacional, un

fundamental papel de estructura de transición hacia un sistema único e igualitario. Pero su futura desaparición es un precio histórico que impone el progreso en este campo. Se cumplirá, seguramente, al ritmo en que el país vaya ofreciendo soluciones apropiadas para su reemplazo, superándose así los lícitos recelos de sus actuales tenedores.

La integración del subsistema -hoy acentuadamente atomizado- implicará una necesaria redistribución de recursos y beneficios, de la cual podrán también resultar cambios imprevisibles en los patrones actuales de utilización de los servicios.

Pero detengámonos ahora un instante en el segundo protagonista importante de este problema: el grupo prestador.

La subcultura observable en las profesiones vinculadas a la salud, en la Argentina, reconoce una clara tradición liberal, en parte condicionada por los contenidos ideológicos predominantes en las clases media y alta, donde se reclutan sus integrantes. Por otra parte, el elevado prestigio social de que han gozado dichas profesiones -la médica principalmente- ha reforzado su propensión individualista e independiente. Estos datos de la psicología grupal han demostrado una vitalidad tal, que vienen resistiendo bravamente a la evidencia de cambios sustanciales acaecidos en el transcurso de los últimos decenios. Entre estos cambios, además de los enumerados al principio como fenómenos mundiales, es necesario especificar los siguientes, estrechamente interrelacionados:

a) El desarrollo de las modalidades colectivas de asistencia médica (obra social, mutual, empresa sanatorial con fines de lucro) disminuye la demanda de importantes sectores de población al régimen privado tradicional. Además, difunde relaciones de trabajo profesional dependiente, antes limitadas a la concurrencia, por poco tiempo y poca paga, al hospital público. El médico comienza así a percibir porcentajes crecientes de su ingreso a través del salario.

b) En los grandes núcleos urbanos se expanden las grandes empresas sanatoriales lucrativas, sobre la base de la atención a obras sociales y la puesta en marcha de sistemas de prepago. Se originan en importantes inversores que buscan, naturalmente, obtener un interés del capital y un beneficio de

empresa del todo idéntico al perseguido en cualquier otro campo de la producción, e incompatible con la organización de una medicina que sirva fundamentalmente a las necesidades del usuario. Uno de los mecanismos de abaratamiento de sus costos consiste, precisamente, en la contratación de profesionales mediante una baja remuneración, aprovechando la extensa oferta disponible en las ciudades.

c) La libre elección del profesional asistente por parte del usuario fue siempre un concepto de vigencia relativizada por las diversas limitaciones que afectaban la accesibilidad del demandante. Por otra parte, nunca la tuvo sino respecto al primer contacto del paciente con el sistema de atención, dado que su evolución posterior en el mismo está casi totalmente determinada por la opinión del prestador del servicio. De todos modos, esta relativa vigencia sufre, con la nueva situación, restricciones mucho mayores.

d) La notable y persistente preferencia de los estratos sociales medios por hacer médicos a sus hijos, a despecho del progresivo deterioro de esta profesión como camino para alcanzar un nivel económico satisfactorio, se suma a las anomalías organizativas de la atención médica en la producción de una gran masa de profesionales subutilizados. Estimula además el desarrollo de modalidades anómalas de práctica profesional (prestaciones superfluas, participación de honorarios, etc.), en las que algunos pueden incurrir como intento de sustentar su nivel de ingreso y su estabilidad social. Por otra parte, la dominante preocupación económica a la que estas circunstancias condenan dificulta el proceso de capacitación continuada que resulta necesario en toda profesión.

Tal conjunto de factores incide fuertemente en la génesis de un estado anímico de desaliento y escepticismo en muchos integrantes de la medicina nacional. Fluctúan entre la vaga añoranza de una pasada edad de oro de la profesión liberal, ya imposible de revitalizar, y la actual verificación de una fuerte tendencia a la "socialización" del trabajo médico, que sólo muestra por ahora sus peores consecuencias en la actividad profesional (remuneración insuficiente, despersonalización y superficialidad de la atención, fragmentación de la labor entre varias dependencias, etc.).

Tratando de mirar un poco más allá de los entendibles celos de las profesiones médicas ante algunos de los cambios a que las presionan las circunstancias nacionales contemporáneas, pretendemos destacar algunas certidum-

bres que enmarcan, a nuestro entender, toda perspectiva de futuro:

1) La remuneración por acto profesional está destinada a desaparecer en los sistemas de atención médica a colectividades. Existen pruebas ciertas de que tal régimen produce costos superfluos y trabas a una medicina de equipo, más aún en condiciones de oferta médica muy lejos de la saturación, como en Argentina. Es muy posible -y ciertamente deseable- que en un plazo no demasiado largo los gremios profesionales estén focalizando su atención en los niveles de la remuneración, antes que en sus modalidades.

2) La tendencia moderna a la institucionalización del trabajo médico, o por lo menos a su realización dentro de algún esquema organizacional, fuerza el pasaje de las profesiones médicas de un esquema de ejercicio liberal a otro en relación de dependencia. Esta "socialización" no puede sorprender ni se contrapone a la estructura general de la sociedad argentina, como suele afirmarse. El desarrollo de las grandes organizaciones modernas, tan inteligentemente analizado por Galbraith, ya sean ellas estatales o privadas, ha difundido la incorporación a las mismas de grandes núcleos directivos y profesionales, en condiciones de trabajo dependiente y remunerado por sueldo. Este proceso no es de ninguna manera patrimonio de los países socialistas, sino que se evidencia también en todo occidente. Dado que la buena atención médica conlleva hoy el requisito de brindarse dentro de estructuras organizativas de creciente complejidad, el régimen de trabajo del personal profesional resulta fuertemente condicionado por este hecho.

3) No es válida la forzada ligazón que se establece frecuentemente entre régimen de trabajo independiente, pago por acto profesional y libre elección de su médico "de cabecera" por parte del paciente. Esta última puede y debe plantearse como una conveniencia psicológica del paciente, condicionada sólo a limitaciones que puedan surgir de algunos requisitos organizativos.

Veamos ahora a nuestro tercer actor importante, en el escenario nacional de la atención médica: el estado.

Si pretendiéramos caracterizar con una sola palabra la política oficial de atención médica, en el último cuarto de siglo de vida nacional, quizás hallemos que ambivalente es la única calificación que lo consigue. Esta ambivalencia muy probablemente refleja otras imprecisiones y contradicciones más am-

plias que caracterizan a las distintas ideologías que han dirimido su predominio en la conducción del país, a lo largo de ese lapso. Pero dado que nuestro objetivo es solamente recoger aquí aquellos elementos históricos del sector que faciliten nuestra intromisión en su futuro, enumeremos algunos datos emergentes de una observación más cuidadosa de la mencionada ambivalencia:

1) El estado argentino ha reconocido tradicionalmente su responsabilidad de brindar servicios a todos aquellos que no pueden o no quieren obtenerlos por sí mismos, o a través de modalidades grupales (seguros diversos). Esta posición ideológica se ha instrumentado, con variable éxito, a través del hospital público y gratuito. Administradores de la talla y fuerza de un Coni y un Cabred suministraron impulso y realidad a esta filosofía del servicio público de salud, profundamente arraigada en su desarrollo histórico.

2) La aludida responsabilidad estatal recibió enérgica confirmación durante los nueve años de gobierno peronista, a través de una fuerte expansión de la capacidad instalada del estado nacional. No obstante ello, no se promovieron entonces cambios organizativos que modificaran la estructura y funcionamiento del sistema de la época, en el sentido de una mayor integración. Por el contrario, se acentuó la fragmentación mediante el aliento al desarrollo de obras sociales propias para determinados grupos gremiales, cuya aquiescencia cobraba alta prioridad política. Marginalmente anotemos aquí que esto completó la estructuración de tres medicinas en la sociedad argentina, la privada, la pública y la de las obras sociales. Anotemos también que la participación del estado en la consolidación de este esquema tripartito no respondió ni responde a una preferencia definida, sino a políticas coyunturales, a veces provocadas por situaciones extra sectoriales.

3) El vaivén secular del péndulo histórico argentino, que oscila permanentemente entre las contrapuestas vocaciones centralista y federalista de la mentalidad nacional, signa también a numerosos avatares sectoriales del período que comentamos. La jurisdicción nacional, muy expandida geográficamente, con una capacidad instalada de bajo rendimiento, administrada por un aparato burocrático anticuado, comienza, en la segunda mitad del lapso que estamos consideran

do, a generar iniciativas descentralizadoras. Intenta así delegar en provincias con poca capacidad operativa propia, e incluso en comunidades sin experiencia histórica de automanejo, la atribución de administrar los servicios. Se reserva el derecho nominal de normatizar su funcionamiento, pero muestra en la práctica una relativa incapacidad técnica para hacerlo, y una más clara tendencia a mantener, indirectamente, modalidades verticales de conducción. Todo esto, que constituye la historia reciente vivida por todos nosotros, culmina con algunos hechos actuales que comentaremos un poco más adelante.

4) En el campo de la atención médica cubierto por el fragmentado sistema de la seguridad social, el estado ha fluctuado también entre el fomento a la creación de nuevas obras sociales, que incrementan la atomización e incorporan nuevas rigideces, y la conciencia de que es necesario iniciar un proceso de coordinación e integración de las mismas. La contradicción se refleja con toda claridad en el texto legal que crea el Instituto Nacional de Obras Sociales. Surge, por una parte, de razones de una mayor justicia distributiva y más eficiente administración, y por la otra, de la debilidad política de los sucesivos gobiernos post-peronismo, que no atinan a contradecir la inclinación segregacionista de los distintos grupos gremiales.

5) En este tema vale también destacar la escasa o nula participación de los ámbitos nacional, provincial y municipal de Salud Pública en el nacimiento, desarrollo y actual administración del conglomerado de las obras sociales - por causas complejas que no cabría analizar aquí -, que determina una notable falla en el cumplimiento de su competencia rectora en todo lo relativo a la atención médica de nuestra población.

Completando el panorama que configuran los principales actores del problema que nos ocupa, resulta imprescindible comentar el papel relevante que juegan los condicionantes financieros en su evolución. Dentro de las limitaciones que impone la fragmentaria información disponible, resulta lícito inferir algunas apreciaciones válidas:

a) La Argentina gastó un porcentaje apreciable y creciente de su ingreso nacional en la atención de su salud, proporción y ritmo nada inferior al verificable en la mayor parte de los países occidentales desarrollados.

b) Una porción muy considerable del gasto corresponde a medicamentos. Aunque exista en nuestro medio poca experiencia que surja de fundada investigación, la experiencia mundial -y la médica cotidiana- permiten conjeturar que buena parte de ese gasto es totalmente superfluo, sin base clínica seria, y que se canaliza como remuneración a un poderoso aparato industrial internacional, que muestra marcado ascendiente sobre los prestadores de servicios y entre los beneficiarios de los mismos. La interpretación del porqué y el cómo se da el fenómeno de la utilización de medicamentos en el mundo moderno es ciertamente un complejo tema propio del análisis sociológico. Representa quizás un buen ejemplo de la persistencia de componentes mágicos residuales que subyacen al científico moderno contemporáneo.

c) El gasto se ve considerablemente incrementado por la duplicidad caprichosa de recursos caros entre las "tres medicinas", así como por el bajo rendimiento de muchos de los mismos.

d) El gasto se ve también artificialmente incrementado, probablemente, por la persistencia de un ejercicio médico liberal en condiciones de abundante oferta médica, a las que aludiéramos más arriba.

e) Un volúmen cuantioso y en expansión del recurso financiero se vehiculiza a través del conglomerado de obras sociales. A pesar de esto, aquellas que suministran servicios suficientes a sus afiliados muestran signos de desfinanciamiento (salvo las que cuentan con aportes de verdadero privilegio, provenientes directamente del consumidor general). Otras no, ciertamente por el subsidio estatal indirecto que reciben a través de la atención que el hospital público brinda a sus afiliados de menores recursos (incapacidad de enfrentar el coseguro, distancia al efector autorizado por la obra social, etc.); o también por la orientación de algunos afiliados hacia el subsector privado (tradición cultural, insatisfacción con el trato de "mutualizado", etc.).

f) La solidaridad implícita en los sistemas de seguridad social se expresa económicamente en la proporcionalidad del aporte respecto al ingreso individual, en condiciones de igualdad de posibilidades de utilización. Así, los que más ganan financian parte de los beneficios que reciben los que ganan menos.

El funcionamiento de las obras sociales argentinas muestra evidente tendencia a invertir este mecanismo, a través de la baja utilización de servicios que efectúan los grupos de menor ingreso, resultando así financiadores del alto consumo que realizan los de mayor ingreso. Dado que la seguridad social pretende favorecer, asimismo, una adecuada redistribución del ingreso nacional, la situación referida estaría provocando también en esto un efecto inverso al esperado.

g) El crecimiento de las obras sociales, y su aprovechamiento del subsector privado como principal efector, financió la sobrevida de este último, progresivamente afectado por los cambios contemporáneos aludidos al comienzo de este trabajo; e incluso promovió su desordenada expansión, para adaptarlo a la gran demanda proveniente de los afiliados a los distintos regímenes.

h) El aparato asistencial del estado encuentra, cada vez más, dificultades para obtener recurso presupuestario adicional que compense sus mayores gastos y costos operativos. Esto, en buena medida, se origina en el hecho de que el meridiano político del interés gubernamental se ha desplazado ostensiblemente hacia el subsector de las obras sociales.

PERSPECTIVAS

A lo largo de la descripción explicativa anterior hemos ido insinuando una serie de atisbos de futuro que se inferían del cuadro actual esbozado. Debemos ahora recuperar esos cabos sueltos y, anudándolos con otros más, componer una trama que dibuje, siquiera muy en borrador, un perfil de futuro factible, probable y deseable, al cual orientarle nuestro esfuerzo intelectual y nuestra capacidad de acción. Con toda certeza, en tal intento confluyen certidumbres científicas a la par de otras con franco contenido ideológico. Así tiene que ser. Nadie vive sin ideología, pero lo malo puede ser que no sepamos reconocerla como tal, y confundamos nuestras preferencias por determinados valores personales o grupales con verdades reveladas o científicamente incontrastables; esta es la actitud que alimenta al dogmatismo y marchita a la inteligencia.

Un primer punto en el que encontraremos seguramente de acuerdo a todos los sectores es que el país desembocará tarde o temprano en alguna forma de seguro de salud. La misma imprecisión de esta denominación lleva a que cada interesado descubra en ella un modelo de futuro que responde a sus preferencias, y que puede tener bastante poco que ver con el que imagina su vecino. Para el sector gremial de beneficiarios, por ejemplo, representa apenas un paso más allá de su actual estructuración en unidades independientes, con el agregado de reglas de juego más rigurosas para el grupo de profesionales prestadores de los servicios. Para estratos poderosos de estos últimos, el seguro implica fundamentalmente un régimen financiero consolidado que cubra solidariamente las insuficiencias individuales de los usuarios, y garantice la supervivencia de las modalidades de ejercicio profesional hoy vigentes. El estado, finalmente, titubea y no define su idea de futuro con claridad, tambaleándose entre opciones contradictorias.

De todos modos, difícilmente soportará el país durante mucho tiempo alguno de los esquemas de seguro aludidos. Los hechos apuntados hasta aquí nos permiten anticipar un período crítico, en el que se plantearán con plena vigencia algunos fenómenos hoy apenas esbozados:

a) La normalización en la orientación de las demandas de los afiliados hacia sus obras sociales, y el eventual cobro de los servicios que les otorga el hospital público, provocarán un déficit intolerable en las mismas. La restricción de las prestaciones o el aumento de las cotizaciones no parecen salidas socialmente viables. Es sí previsible una racionalización de los gastos y costos, a través de cambios en el régimen de trabajo y remuneración del profesional y otras medidas conexas. De todos modos, tales arbitrios de ninguna manera pueden resultar soluciones financieras de fondo. El apoyo de las rentas generales del estado parece insoslayable.

b) La mayor participación financiera del estado forzará su mayor ingerencia en la administración de la seguridad social, en busca de una utilización más racional del recurso. Con toda probabilidad, condicionará su aporte, tarde o temprano, a la incorporación de las obras sociales a un seguro nacional único.

c) La integración en un sólo sistema significará un paso importante en la anulación del efecto regresivo sobre la distribución del ingreso que la anarquía actual probablemente ejerce. En tal sentido colaboraría también una mejor accesibilidad de los beneficiarios de menor ingreso, por la posible supresión del co-seguro.

Aún en el supuesto de que estemos decididos a no evitar ninguno de los penosos tramos intermedios recorridos por la experiencia internacional, el desfinanciamiento de las obras sociales generará modificaciones en el régimen de retribución profesional, uno de los verdaderos puntos críticos para cualquier cambio en el sistema de atención. Producida y aceptada finalmente tal innovación, es lícito conjeturar que ella desencadenará el derrumbe final de toda la superestructura ideológica que hasta el momento consolidó a una filosofía de libre empresa asistencial. Más allá de turbiedades emergentes del calor de la coyuntura, lo que va de la ley 18.912 a la 19.710 está señalando inequívocamente el sentido irreversible de los hechos.

La evidencia internacional de los más diversos sistemas de seguro respalda la hipótesis de que tampoco en nuestro medio será esa modificación de modalidad retributiva artificio suficiente, en el intento de controlar el déficit financiero de los regímenes actuales. Ya sea con subsidios directos o indirectos -cubriendo las diferencias de costos de las prestaciones brindadas a los asegurados en hospitales públicos, como en Alemania- deberá seguramente el estado argentino concurrir a mantener la cantidad y calidad de los beneficios. Tarde o temprano, la condición inexorable que habrá de imponer, para evitar que su apoyo refuerze meramente las fallas distributivas del sistema actual, es la racionalización del mismo, mediante su agrupamiento en una organización unificada. El peor de los errores resultaría en tal momento repetir la experiencia de algunos otros países, que consolidaron un subsistema de seguro con cobertura, financiación y efectores netamente diferenciados del resto del sector público. Lo que pudo estar históricamente justificado en otra etapa del proceso sanitario, resultaría hoy un derroche indefendible, y una irritante y anacrónica interpretación de lo que debe entenderse por equidad social.

A esta altura del razonamiento seguido en estas páginas, aparece como muy conveniente precisar el pronóstico en cada uno de los principales

elementos que lo componen. Pretende contener tal pronóstico la evolución previsible del sistema de atención médica. Las conductas a asumir por los distintos grupos sociales ante los hechos determinarán seguramente la variable velocidad del proceso, el precio de enconos y perjuicios a pagar, y el mayor o menor éxito que tendrán los cambios, en el logro de mejores resultados para la salud de nuestra comunidad.

1) Independientemente de cuanto demore en generalizarse su vigencia, el derecho de cada integrante de la sociedad a recibir una medicina de calidad y accesibilidad igualitaria ofrece el principal fundamento ideológico a los rumbos del futuro.

2) Con toda certeza es el estado, como expresión administrativa de la sociedad, el principal responsable y salvaguarda de la ejecución de tal derecho. La salud es un bien social que integra el conjunto de necesidades básicas que las naciones modernas buscan garantizar con algo más que el esfuerzo individual o grupal de los ciudadanos; ese algo más es la acción del estado.

3) Tal concepción sólo podrá instrumentarse a través de una organización pública de carácter gratuito, que descarte totalmente la preocupación por el lucro en la prestación del servicio, y las vallas financieras en su aprovechamiento.

4) El uso racional de la creciente riqueza que nuestra sociedad debe destinar a la asistencia de su salud, obligará a buscar esquemas administrativos unificados, que superen el actual derroche, y concomitantemente neutralicen las desigualdades existentes en la distribución de los beneficios.

5) Un esquema del tipo mencionado -correspondiente a los servicios nacionales de salud- deberá financiarse, a mediano o largo plazo, con las rentas generales del estado. Hemos abundado en razones que lo fundamentan. Por otra parte, sólo así podrá el estado profundizar, en este campo, su rol de redistribuidor del ingreso nacional. Y esto, claro, en la medida que su tesoro se financie a través de un sistema tributario progresivo respecto al ingreso, cosa probablemente inversa a lo que acaece actualmente en la Argentina.

6) Esta organización de la medicina estatal, de cobertura u-

niversal, no excluirá seguramente la coexistencia de otra privada, avalada por características del contexto socio-político-cultural argentino. Tal supervivencia garantizará la eventual preferencia de aquellos ciudadanos que elijan no a provechar su derecho al servicio socializado. Asimismo, podrá actuar, para determinadas prestaciones, como efector de este último, mediante precisos arreglos organizacionales; tal resultaría la incorporación de la importante capacidad instalada de los consultorios médicos privados.

7) El Servicio se originaría por la confluencia del subsector público de las distintas jurisdicciones por una parte, y del conglomerado de las obras sociales por la otra. Que dicha integración se realice progresivamente o a través de un vuelco rápido dependerá de circunstancias del marco político general, imposibles de anticipar.

8) Existen riesgos inocultables: el exceso de centralización, los vicios de la burocratización, la masificación de prestatarios y prestadores. Ellos generan alarma y sustentan en parte el recelo de algunos sectores, por cierto justificable. No pueden servir, de todos modos, como respaldo al statu quo. El precio del liberalismo es la desigualdad; tendremos que poner seso y conciencia para que el precio de la igualdad no resulte ser la deshumanización del sistema. Uno de los recaudos a adoptar en la prevención de este riesgo es la búsqueda de maneras eficaces de intervención de prestatarios y prestadores en la conducción, en sus distintos niveles.

9) Podemos imaginar que los cambios enumerados se darán conjuntamente con transformaciones sustanciales de la mentalidad profesional. Al desplazamiento de la ganancia como impulso dominante hacia el éxito profesional corresponderá, muy probablemente, una creciente identificación con las finalidades de la organización asistencial donde se desarrolle el profesional. Centrará seguramente las exigencias de la autoestima en ser más y mejor en el servicio. Esto no es utopía: constituye la aspiración explícita de los mejores en las nuevas generaciones profesionales, y en muchos integrantes de las anteriores. Tal evolución involucrará una segura revalorización social del trabajo médico, y habrá que cuidar que lleve a una justa preocupación por un nivel remunerativo acorde con su trascendencia.

10) Sólo la existencia de una organización sanitaria integrada permitirá establecer una cabal coordinación con el sistema universitario formador del recurso humano sectorial. Y sólo los requerimientos así racionalmente planteados, en términos cuali y cuantitativos, permitirán superar los altibajos de una política formativa que ha oscilado, para algunas profesiones, entre el elitismo y la demagogia, en tanto que para otras ha implicado un acentuado desinterés.

Finalmente, es oportuno comentar, respecto al sentido último de algunos hechos nacionales contemporáneos, su congruencia o inadaptabilidad con la evolución hacia el tipo de futuro que hemos pretendido muy someramente bosquejar. Resulta fácil rastrear tal significado en el contenido fundamental de alguna legislación promulgada recientemente, y provocadora de intensos enfrentamientos; en ellos, cada protagonista vuelca, a veces, un conjunto de alegatos equívocos, producto de imposiciones de la polémica, por una parte, pero por la otra de una auténtica confusión respecto al problema real que se plantea.

La política nacional descentralizadora, que formaliza la ley 19.337, encierra un loable reconocimiento a la necesaria agilidad administrativa que deberá otorgársele al hospital del futuro, y provoca asimismo la regularización remunerativa de su real prestación de servicios al subsector de las obras sociales. Lamentablemente, tal descentralización es interpretada con la orientación ideológica del libre empresismo privado, mentalidad que se promueve en la conducción hospitalaria a través de su entrada en la competencia interestablecimientos por la clientela asegurada, así como mediante el estímulo a una perniciosa preocupación por lo recaudado a través de aranceles. Estos últimos, además, funcionarán inexorablemente como desalentadores de demandas provenientes de los sectores de menor ingreso, a despecho de los complejos arbitrios "clasificadores" de pacientes que se pretende implementar.

El mencionado injerto de elementos doctrinarios propios de la actividad privada, sin vigencia ni tradición en nuestro medio para los servicios sociales administrados por el estado, surge como consecuencia de la marcada y simplista influencia cultural que ejercen los ejemplos norteamericano y de algunos países europeos, en ciertos sectores de los grupos dirigentes argen

tinios, provocando falta de coherencia doctrinaria en la conducción estatal. Concretamente, tal legislación representa además un retraso respecto al perfil ideológico hacia el que se orienta la medicina moderna, aunque contenga disposiciones rescatables, de seguro impacto en los aspectos de eficiencia hospitalaria.

La ley 19.710, núcleo polémico de amplia repercusión, formaliza en realidad la vigencia de modalidades remunerativas ya utilizadas en la actualidad. Innova en cuanto a la previsión de un diferente mecanismo paritario para la discusión del pago al grupo profesional, y modifica la intermediación financiera para la concreción de dicho pago. Esta ley, así como la 19.740, que crea un registro estatal de prestadores, debilita el poder gremial de colegios y federaciones, y tiende a eliminar el antiguo control unilateral ejercido por los gremios profesionales sobre el mercado económico de la atención médica. En tal sentido, y por encima de los penosos choques que hoy provocan, así como de los posibles ajustes que puedan recibir en el futuro, se proyectan hacia una participación más amplia de los intereses de todos los sectores abarcados por el problema.

Sin embargo, el riesgo actual se halla en el pasaje de un funcionamiento fuertemente condicionado por los intereses del grupo profesional, a otro signado por los de cuadros dirigentes sindicales que persigan -además de beneficios para sus representados- la modalidad de poder político-empresarial que les otorga la obra social. A lo que se sumaría la distorsión implícita en el desarrollo de un criterio lucrativo y crudamente eficientista en la administración del hospital público. Esta última distorsión se halla hoy también en expansión en la parte del subsector privada constituida por aquellos grandes sanatorios montados como empresa lucrativa. Tal panorama, que podría satisfacer quizás las preferencias de determinados dirigentes de gremios usuarios, de algunos directores de hospital hastiados de la ineficiencia burocrática, y de los dueños de capitales invertidos en la medicina-negocio, ciertamente excluiría los intereses auténticos de los beneficiarios, transformaría al grupo profesional en un empobrecido y pasivo convidado de piedra en el proceso, y anularía totalmente la responsabilidad monitora del estado en el sector.

El complejo y aparentemente confuso juego de fuerzas progre-

sivas y regresivas descripto, está dibujando el zigzagueante camino hacia un modelo seguramente más justo y más efectivo de medicina futura. El trasfondo de este juego se halla constituido por una vasta negociación social, en la que se apuesta mucho más que nuestra problemática sectorial. De todos modos, de la capacidad orientadora del proceso que demuestre el estado argentino, así como de la lucidez que mostremos todos en identificar con claridad lo que nos aleja e acerca a nuestros objetivos nacionales en salud, dependen el ritmo y calidad de un cambio ya inevitable.