

IV JORNADAS MEDICO GREMIALES
= = = = =

CONSIDERACIONES SOBRE EL PROYECTO DE SEGURO
NACIONAL DE SALUD

ASOCIACION MEDICA DE ROSARIO

NOV. 1985

oo0oo

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

CONSIDERACIONES SOBRE EL PROYECTO DE SEGURO NACIONAL DE SALUD

La salud de los argentinos sufre los efectos de una grave crisis resultante de las políticas del gobierno militar: crisis económica, que incide sobre la calidad de vida de la población a través de la recesión, el desempleo, la significativa caída del poder adquisitivo de los salarios; crisis social, que agrava la puja intersectorial por la distribución del ingreso, potenciando una exacerbación de la defensa de intereses corporativos y la búsqueda de "salidas" individuales, por encima de la defensa de los principios solidarios que ayudarían a paliar las graves carencias que agobian a los sectores más desprotegidos; crisis política, porque la vigencia de la democracia pone de relieve una vez más las tradicionales dificultades que enfrenta el pueblo argentino para encontrar caminos de convivencia y participación que posibiliten la definición de un proyecto común.

La falta de información estadística dificulta una completa evaluación del deterioro real que ha sufrido la salud del pueblo argentino. Algunas situaciones particularmente alarmantes conmueven periódicamente a la opinión pública, mostrando condiciones de deterioro que seguramente constituyen sólo la punta de un iceberg de profundidad impredecible: desnutrición, incidencia de neurosis y psicosis, drogadicción, deserción escolar, delincuencia juvenil, aumento del número de familias viviendo por debajo del umbral de pobreza.

El recurso a la atención médica -débil paliativo ante problemas tan graves y de índole fundamentalmente social- también se ha visto considerablemente disminuído. Los efectores del sector público siguen sufriendo las consecuencias de una política fiscal restrictiva. Los médicos que en ellos trabajan ven con alarma el aumento de las necesidades de la población que demanda sus servicios, impotentes ante la exiguidad de los recursos disponibles para satisfacerlas. La población a cargo de las obras sociales también ha visto severamente reducida su posibilidad de acceder a una atención oportuna. Los coseguros son en buena parte responsables de esa situación, pero también se han difundido entre los prestadores diferentes modalidades de "ajuste" individual de las remuneraciones que contribuyen a profundizar las distorsiones del sistema y ponen en peligro su continuidad.

Crisis de eficacia, crisis de accesibilidad, crisis de costos. Aunque el diagnóstico deba hacerse en forma separada, se trata del triple efecto de una crisis más general, cuyas raíces deben buscarse hacia atrás, en las modalidades históricas de organización y financiación de la atención médica en Argentina. Sus limitaciones para asegurar una atención igualitaria, oportuna y eficiente sólo se han visto amplificadas por las condiciones resultantes de las políticas

económicas y sociales del gobierno de las Fuerzas Armadas.

El diagnóstico de las falencias de nuestro sistema de atención médica, tal como se configuró a lo largo de las últimas décadas -en una evolución conflictiva que no hizo más que replicar las alternativas políticas de una sociedad conflictiva- ha sido explicitado ya en reiteradas oportunidades, en una extensión y con una claridad que nos eximen de desarrollarlo aquí. El consenso generalizado que vincula dichas falencias a la crisis actual conlleva la seguridad de que uno de los caminos insoslayables para superar dicha crisis pasa por una cuidadosa evaluación de los factores que se encuentran en la base de dichas falencias y un firme compromiso dirigido a asegurar su remoción.

El Proyecto de Ley de Seguro Nacional de Salud enviado por el Poder Ejecutivo al Congreso de la Nación está manifiestamente dirigido a asegurar una reestructuración del sistema que garantice una mayor eficiencia en el cumplimiento de sus fines. La gravedad de la situación existente y la convicción de que los aciertos y errores de hoy tendrán profundas repercusiones en el futuro obliga a un análisis cuidadoso de su articulado que facilite la explicitación de las coincidencias, el señalamiento de las falencias u omisiones y la fundamentación de los desacuerdos. Para que la ley de Seguro de Salud sea fiel reflejo de los intereses del conjunto de los sectores involucrados deben asegurarse mecanismos de discusión que hagan realidad los principios de una democracia participativa.

Cap. I - Del ámbito de aplicación

En los considerandos del Proyecto y en sus primeros artículos se afirman los principios fundamentales que regirán la organización de Seguro: el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes, una concepción integradora del sector bajo la conducción general del Estado, el otorgamiento de prestaciones igualitarias, integrales y humanizadas tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, la aplicación de criterios de justicia distributiva, la configuración de un sistema de cobertura universal y administración descentralizada que responda a la organización federal del país, el adecuado control y fiscalización por parte de la comunidad, y el afianzamiento de los lazos y mecanismos de solidaridad nacional. La incorporación al articulado de la ley y por esa vía al derecho positivo argentino de tales principios representa un primer avance incuestionable sobre la legislación anterior referida al problema.

En particular la recuperación del rol del Estado como conductor del sistema y garante del derecho a la salud, severamente cuestionado en los últimos años, representa un paso positivo en la dirección correcta, que no debe ser neutralizado por presiones o concesiones políticas coyunturales.

En ese contexto, llama la atención la ausencia de toda referencia explícita a los principios generales que regirán la futura organización del sistema prestador de servicios de atención médica. El art. 50 del Proyecto explicita la necesidad de adecuar las prestaciones médico asistenciales a las políticas nacionales de salud, asegurando la plena utilización de toda la capacidad instalada existente y la aplicación de la estrategia de atención primaria. Sin embargo, en la enumeración de los principios articuladores no se mencionan aquellos referidos a la organización de los servicios, reconocidos en la literatura especializada como la única forma de asegurar la accesibilidad igualitaria y la integralidad de las prestaciones: la necesaria constitución de un sistema prestador regionalizado, ordenado por niveles de complejidad, y dotado de mecanismos de referencia y contrarreferencia, donde la atención primaria constituya la puerta de entrada al sistema y no una atención de emergencia destinada a la población de escasos recursos.

Esa ausencia resulta particularmente significativa frente a la explícita referencia al pluralismo como uno de los principios rectores del contenido de la propuesta. En este terreno el respeto de la diversidad existente puede conducir a la resignación de objetivos prioritarios de interés general, superiores a cualquier derecho sectorial o particular emanado de una situación preexistente, por legítima que ésta sea. Buena parte de la anarquía que caracteriza el sistema actual es producto de la multiplicidad de instituciones que lo conforman, tanto a nivel de la financiación como de la prestación de los servicios. El respeto por la iniciativa privada en este área de genuino interés social ha conducido a la bien conocida superposición de recursos en determinadas áreas geográficas o para la atención de ciertos segmentos poblacionales, mientras se profundizan situaciones de grave carencia para otras regiones o grupos. Si el pluralismo en este terreno significara el mantenimiento del status quo como resultado de presiones políticas sectoriales, poco se avanzaría en la afirmación de un sistema más solidario.

El respeto al pluralismo no puede constituirse en obstáculo para la conformación de un sistema integrado, único camino para asegurar una eficaz asignación de los recursos disponibles y la universalidad de la cobertura con carácter igualitario. Deberá garantizarse a las instituciones que adhieran al seguro el respeto de su individualidad jurídica y la autonomía en la captación, asignación y disposición de los recursos económicos provenientes de su actividad, pero deben aceptar la supeditación técnica, concretada a través de su integración a los planes y programas que elabore el órgano de conducción del sistema.

En otro orden de problemas, la proyectada participación de los beneficiarios en la gestión directa del seguro parece destinada a responder a las generalizadas demandas de democratización de las instituciones, que constituyen una de las características más novedosas de la dinámica política en la Argentina de hoy. Pero

habrá que tener en cuenta que la satisfacción de esas demandas no pasa simplemente por la participación de los interesados en los organismos formales de conducción. La participación de beneficiarios y prestadores deberá, además, articularse en las estructuras de base del sistema, particularmente en las instancias regionales y locales, conforme a pautas que deberá fijar la reglamentación de la futura ley.

Cap. II. De los beneficiarios

En relación a los beneficiarios del Seguros, supone una auténtica conquista hacia la configuración de un sistema igualitario y efectivamente solidario la universalización de la cobertura, con la incorporación de trabajadores autónomos e indigentes.

Es posible, sin embargo, que la pluralidad de instituciones actuando como agentes del Seguro obstaculice en la práctica la incorporación del indigente médico otorgándole pleno derecho a una asistencia oportuna. La futura reglamentación de la ley deberá arbitrar mecanismos ágiles para la integración del indigente a las instituciones financiadoras que contemplen las situaciones de tránsito de una categoría a otra.

En efecto, la incorporación del indigente a cualquiera de los organismos que actuarán como agentes del seguro, parece relativamente simple -- contando con el aporte específico del Estado -- si se piensa ese conjunto poblacional como relativamente estable en cuanto a los individuos que lo conforman. Sin embargo, es posible que la realidad sea mucho más matizada y los indigentes no constituyan un conjunto de individuos o familias que permanezcan en esa condición durante lapsos prolongados. La gran movilidad ocupacional propia de la situación de crisis económica por la que atraviesa el país dará seguramente lugar a la emergencia de situaciones muy fluidas, en las que el mismo individuo aparezca en determinado momento como beneficiario de una obra social, pase a ser considerado indigente al perder su trabajo, y después de un tiempo recupere nuevamente una cobertura laboral.

Si los mecanismos que aseguren la cobertura en las situaciones de desocupación temporaria no son lo suficientemente ágiles, es probable que la cobertura universal no se efectivice y sea precisamente en esas situaciones, básicamente portadoras de riesgo, en las que el acceso igualitario y oportuno no llegue a concretarse como un derecho para la totalidad de la población.

A este respecto, la casuística prevista en el art. 7 no parece agotar las situaciones posibles, ni explicita la forma en que se asegurará la cobertura al

término de los plazos previstos para cada situación particular. Es en la consideración de situaciones de este tipo donde aparecen con mayor claridad las dificultades existentes para asegurar cobertura universal a partir del mantenimiento de múltiples entidades financiadoras. Si existiera una sola caja, toda la población quedaría cubierta automáticamente y de manera permanente, independientemente de su situación laboral. La multiplicidad de agentes de financiación obstaculizará la efectiva vigencia de la cobertura universal si no se prevén modalidades de traspaso de una situación a otra que no supongan barreras de índole administrativa o burocrática.

Por último, cabe observar que en la conformación de un sistema solidario de base nacional no parece justificarse la exclusión de determinados sectores, como es el caso de las Fuerzas Armadas y de Seguridad. Es de esperar que en el futuro puedan ser removidos los obstáculos que determinan esa situación diferencial.

Cap. III. De la administración del seguro

Constituye un paso adelante en el reconocimiento de los límites históricos de la acción del Estado en el ámbito del sector la unificación de la conducción del Seguro en manos de la Secretaría de Salud. Se eliminan de este modo las dificultades emanadas de la doble jurisdicción sobre el sistema: Salud Pública por un lado y Seguridad Social por el otro, dos Secretarías con igual rango en el interior del Ministerio pero que, a lo largo del tiempo, mostraron diferentes ópticas en el abordaje de los problemas comunes y contaron con el apoyo o la oposición de diferentes "clientelas" políticas. Ese fraccionamiento del área estatal encargada de la regulación del sistema financiador y prestador constituyó uno de los obstáculos más serios para la aplicación de una política sistemática y coherente para el sector salud.

En lo referente a la constitución del directorio de la ANSSAL, la representación de los trabajadores organizados constituye un reconocimiento del derecho ganado por el movimiento obrero a desempeñar un papel protagónico en las actividades destinadas a garantizar la plena vigencia del derecho a la salud. Lo mismo puede decirse de la incorporación de los jubilados y pensionados.

La representación de los prestadores en el Consejo Asesor constituirá un avance sobre la situación actual siempre que se otorgue a dicho Consejo una participación real en la elaboración de las futuras políticas. La presencia de los prestadores en el mismo facilitará su colaboración en el diseño de planes y programas, la elaboración de normas, y todo lo relacionado con los aspectos técnicos de la organización de las prestaciones.

En ese mismo Consejo Asesor, pensado como un cuerpo de trabajo multisectorial, debería también cumplir un papel relevante la Universidad, si es que finalmente se quiere llegar a implementar algún mecanismo de coordinación entre las instituciones que emplean el recurso humano y aquellas que lo forman. Y también considerando la posibilidad de utilizar la capacidad de investigación que posee la Universidad para mejorar el conocimiento de las necesidades de salud de la población y optimizar la respuesta que el conjunto de las instituciones prestadoras puede implementar para satisfacerlas.

Art. IV. De los agentes del seguro

El art. 16 del Proyecto propone la constitución de una nueva figura jurídica: el sujeto de derecho social. Se recurre en este caso a disposiciones del Código Civil para llenar el consiguiente vacío legislativo, pero sería muy importante el desarrollo de una formulación específica, que facilite la aplicación de esa figura a otras situaciones y abra posibilidades a la constitución de modalidades de propiedad social.

El Art. 20 faculta a la ANSSAL a proceder al agrupamiento de dos o más obras sociales en casos específicos en que la dimensión de las mismas dificulte la aplicación de los programas de prestaciones. Es correcto que el poder de decisión de la ANSSAL sólo afecte a aquéllas instituciones que no están en condiciones de cumplir sus fines. pero esta condición no debe suponer el mantenimiento de pequeñas entidades financiadoras aún cuando consigan mantener cierto nivel de eficiencia mínima. Se deberá prever mecanismos para estimular la fusión voluntaria de tales instituciones.

El sistema de gobierno previsto para las obras sociales sindicales supone un avance sobre las reivindicaciones cegetistas de considerar a las obras sociales como parte del patrimonio de las asociaciones de trabajadores. La existencia de una conducción elegida por los afiliados a los sindicatos en forma independiente de la respectiva asociación gremial, constituye una garantía contra la excesiva intervención del Estado en este sistema que constituye una auténtica conquista del movimiento obrero organizado, y asegurará al mismo tiempo el mejor cumplimiento de sus objetivos específicos, evitando el posible impacto de contingencias que desvirtúen o perturben el desarrollo de las funciones que les competen.

No parecen existir razones, más allá de aquéllas vinculadas a la coyuntura política, para limitar el cuerpo de electores a los afiliados al respectivo sindicato en vez de extenderlo a la totalidad de los beneficiarios titulares.

Un punto que la ley no aclara es el relativo a la conducción regional de

las obras sociales nacionales. En este terreno sería muy importante que la disposición contenida en el art. 40, que determina que el 80% de los fondos recaudados se apliquen en la jurisdicción de origen, sea reforzada por la existencia de un organismo de gobierno regional o local con facultades para decidir sobre la aplicación de dichos fondos a necesidades definidas localmente.

Podría pensarse también en la configuración de cuerpos asesores regionales como un posible instrumento de aplicación de la estrategia participativa definida entre los pilares del sistema. Este principio fundamental podría concretarse en la conformación de organismos que nuclearan a representantes de los beneficiarios y de los trabajadores de salud a nivel regional, y asesoraran a la conducción sobre necesidades particulares de la población cubierta y la mejor manera de satisfacerlas.

Cap. V. De las Sindicaturas

La figura del síndico, tal como se desarrolla en este capítulo, supone un excesivo avance del Estado que puede llegar a paralizar o desvirtuar el funcionamiento de las instituciones agentes del Seguro. La existencia de un representante estatal en el organismo de conducción supone una garantía suficiente para el ejercicio de las necesarias funciones de contralor. La ANSSAL, además, estará facultada para exigir toda información que considere pertinente, no sólo a los fines de supervisión del manejo de las obras sociales sino también para conformar el sistema de estadísticas indispensables para evaluar su funcionamiento. La facultad atribuida al Síndico de paralizar la ejecución de decisiones del órgano de conducción es excesiva y no parece justificarse existiendo la posibilidad de recurrir a la ANSSAL en el caso de que dichos organismos traspasen los límites de sus atribuciones.

Cap. VI: De la financiación del Seguro

En lo relativo a la financiación del Seguro, la supresión del aporte del trabajador cuando éste se desempeña en relación de dependencia significa un avance y una clarificación de las leyes de juego del sistema, dado que el aporte patronal, al ser trasladado a los precios, pone de manifiesto que la carga financiera recae sobre la totalidad de la población. Este primer paso hacia la vigencia de mecanismos de solidaridad nacional será completado en el futuro cuando el Estado comience gradualmente a sustituir el esfuerzo de la comunidad, basándose en un sistema impositivo que, conforme a reglas fundamentales de equidad, asegure una mayor contribución por parte de aquéllos que más poseen.

Por el momento, será indispensable dar mayor precisión en el articulado

de la ley al aporte del Estado destinado a cubrir la atención del indigente médico. Es indispensable que se fije un aporte específico por cada individuo cubierto, única manera de que la cobertura universal constituya realmente una conquista y no se transforme en una carga que puede llegar a pesar excesivamente sobre la capacidad financiera del sistema.

También habrá que pesar cuidadosamente si la plena vigencia del federalismo no puede llegar a suponer una profundización de las diferencias ya existentes entre provincias pobres y provincias ricas. Es posible que la exigencia de aportar los fondos necesarios para cubrir el 50% del costo de la cobertura del indigente signifique un obstáculo para la incorporación al Seguro de algunas provincias dotadas de menor capacidad contributiva. Para esos casos la futura ley deberá arbitrar mecanismos que aseguren la cobertura total del indigente por parte del Estado Nacional, asegurando así el respeto de principios fundamentales de equidad y solidaridad nacional.

Cap. VII: De las prestaciones

El acuerdo pleno con las disposiciones contenidas en el artículo 50, referidas a la necesaria adecuación de las prestaciones médico-asistenciales previstas a las políticas nacionales de salud, la plena utilización de los servicios y la capacidad instalada existente en el subsector público, y la prioridad otorgada a la estrategia de atención primaria, no obsta al señalamiento de algunos problemas que significan serios obstáculos para la aplicación de tales disposiciones.

En primer lugar, la utilización de la capacidad instalada del subsector público supone la imprescindible asignación de los recursos indispensables para garantizar su operatividad. Será necesario paliar deficiencias administrativas, asegurar la recuperación de la planta física, garantizar el equipamiento básico y de mediana complejidad, mejorar las remuneraciones del personal médico y no médico y las condiciones de trabajo en general.

Una segunda área problemática, de mucho más difícil resolución en el corto plazo, es la referida a la estrategia de atención primaria. Se acepta generalmente que dicha estrategia debe ser considerada pura y exclusivamente como puerta de entrada a un sistema, si no se quiere desvirtuar los principios fundamentales que la avalan. Las otras modalidades de aplicación se vinculan, en la experiencia latinoamericana y argentina, a la organización de formas rudimentarias de ampliación de la cobertura, destinadas a asegurar una atención mínima a la población de menores recursos. Se trata en estos casos de nuevas formas de discriminación que contradicen los principios de accesibilidad, igualdad e integrali-

dad de las prestaciones.

Ahora bien, no hay nada en el articulado del proyecto de ley que permita suponer que se procura implementar un sistema integrado, con puerta de entrada y mecanismos de derivación, en el que cada uno de los efectores - públicos y privados - tenga una población a cargo y sea responsable de la aplicación a la misma de los planes y programas establecidos por la ANSSAL, aún conservando su individualidad jurídica y financiera. Por el contrario el artículo 52, al plantear que las obras sociales con servicios propios deben ofrecer a sus beneficiarios servicios alternativos, implica un paso atrás en beneficio de arcaicos principios de libre elección, incompatibles con la plena utilización programada de la capacidad instalada disponible. Por ese camino se refuerza la maraña del modelo vigente, se alienta la demanda espontánea y se obstaculiza la incorporación del concepto de demanda inducida en función de necesidades.

Estas observaciones no implican considerar que se puede aplicar en forma inmediata un sistema integrado de prestaciones incorporando a la totalidad de los efectores de los tres subsectores. Es indudable que deberá procurarse una paulatina adecuación a medida que se vayan superando los obstáculos y las resistencias que una reorganización de ese tipo seguramente conllevará. De lo que se trata es de no proponer remiendos parciales que refuercen situaciones de desigualdad. Y asegurar que las soluciones de coyuntura no obstaculicen posteriormente el afianzamiento de los objetivos de largo plazo.

El art. 53 introduce un nuevo factor de desigualdad, cuando establece que de acuerdo a su capacidad económico-financiera las obras sociales podrán otorgar otras prestaciones de salud y sociales superiores a los niveles determinados como obligatorios. Conforme a la letra del artículo la cantidad y calidad de los servicios ofrecidos no está regulada por la necesidad del beneficiario sino por la capacidad financiera de la obra social.

Pasando a otro aspecto de la problemática relacionada con las prestaciones, y en razón de lo establecido por el art. 54, cabe observar que si se procura una gestión coordinada de los efectores públicos, no puede sancionarse la obligación de aplicar la mayor parte de los fondos recaudados por la contratación con las obras sociales al centro u hospital donde se realizaron las prestaciones respectivas. Estos recursos deberán ser administrados por la autoridad pública regional o local, de manera de canalizarlos en función de la definición de objetivos y prioridades para ofrecer una mejor respuesta a las necesidades de la población cubierta.

En relación a lo establecido en el art. 55, que contiene la nómina de personas físicas y/o jurídicas que pueden inscribirse en el Registro de Prestadores

dos reivindicaciones de índole gremial proponen modificaciones que deberían tenerse en cuenta. La primera postula la eliminación de la inscripción de personas físicas en forma individual, otorgando carácter excluyente a la contratación a través de la respectiva organización gremial. La segunda se refiere a una polémica de antigua data en el gremialismo, centrada en qué se entiende por actividad con fines de lucro.

La pequeña y mediana empresa médico asistencial, cuya propiedad y gestión está en manos profesionales, suele afirmar que su actividad no puede considerarse "con fines de lucro", debiendo quedar limitada esa caracterización a aquellas empresas que operan con capitales no médicos, orientados hacia la atención de salud en la búsqueda de un área rentable de inversión.

El error en que incurren estos medianos y pequeños empresarios médicos al atribuir una connotación negativa a la expresión "con fines de lucro" y considerarla ajena a los beneficios obtenidos con el trabajo personal, no autoriza a restar valor a su argumento de que el gran capital asistencial no médico debería quedar excluido de la contratación con el Seguro.

Es necesario reconocer que se trata de una cuestión muy delicada, que debe ser profundamente analizada y debatida. No cabe duda de que la pequeña y mediana empresa médica ha apoyado consecuentemente la afirmación de los sistemas solidarios, lo que no siempre ha hecho el capital extra-médico. Además, es muy diferente el compromiso con la afirmación del sistema de seguro social que pueden tener empresarios que utilizan la inversión de capital solamente como un instrumento para valorizar su trabajo personal frente a aquéllos que simplemente derivarán sus inversiones hacia otras ramas cuando la salud deje de parecerles rentable.

En lo que respecta a la caracterización de la gestión profesional en el ámbito del Seguro otorgándole carácter de servicio público, es inadmisibles en la medida que no se reconoce una valoración del trabajo profesional adecuada a la responsabilidad atribuida. La concepción de servicio público supone obligaciones y derechos, entre los que debería contarse no sólo contribuciones justas sino también el derecho a la Carrera, con reconocimiento de derechos sociales, laborales y previsionales para la totalidad de los trabajadores de la salud incluidos en el Seguro.

Otro tema muy importante, que ocupa muy poco espacio en el articulado del Proyecto, es el relacionado con medicamentos. Será indispensable modificar la redacción del artículo 61 de la siguiente manera: "La Secretaría de Salud de la Nación deberá establecer listados de fármacos...".

Capítulo VIII: De la jurisdicción, infracciones y penalidades

Este capítulo debería discutirse en profundidad con las entidades médico-

gremiales, de manera de delimitar jurisdicciones, respetando el poder sancionatorio de las asociaciones prestadoras con respecto a sus integrantes. Será necesario, además, tipificar los motivos de intervención de la Secretaría de Salud, como garantía de eliminación de toda posible discrecionalidad futura.

En conclusión:

El Proyecto de Seguro Nacional de Salud representa un considerable avance sobre la modalidad actual de financiación de la atención de salud en el sentido de la futura consolidación de un sistema universal y solidario. Es necesario rescatar entre los aspectos positivos la importancia que se otorga a la conducción y normatización del Estado, asegurando prestaciones igualitarias, integrales y humanizadas y superando así el concepto de prestaciones básicas, la incorporación del sector público como prestador, la cobertura de los trabajadores autónomos e indigentes y la reorganización del gobierno de las obras sociales que otorga mayor transparencia a su administración sin supeditarlas a la gestión del Estado.

Sin embargo, es necesario observar que el mayor esfuerzo de reordenamiento se ha volcado hacia el sistema financiador, dejando sin regulación explícita otra área que también es fuente de distorsiones: la organización de los servicios de atención. Mientras no se avance en ese terreno no podrá hablarse de Seguro de Salud, se permanecerá en el ámbito restringido de la atención de la enfermedad.

La falencia legislativa en ese campo resulta tan grave que puede poner en peligro las ventajas logradas en el terreno de la financiación. La evolución del sector en los últimos quince años autoriza a plantear como preocupación legítima la posibilidad de que una financiación más fluída y la mayor demanda proveniente de la cobertura universal acentúen las tendencias existentes hacia la mercantilización de la práctica.

El Proyecto supone incluso avances importantes sobre lo establecido en los 35 puntos: lo relativo al gobierno de las obras sociales, la posibilidad de que éstas amplíen su capacidad instalada con autorización del organismo regulador, la prioridad otorgada al subsector público para incorporarse al sistema prestador. Entre los aspectos que sería necesario replantear, el cúmulo de atribuciones que quedan en manos de la ANSSAL y su supeditación a la Secretaría de Salud pueden representar una grave hipoteca para el futuro, quedando sujeta el arbitrio de un funcionario la determinación de las políticas generales del sector.