

## Financiamiento

### Largo plazo

Gratuidad total de todos los servicios de salud y conexos (seguridad social), con financiamiento de rentas generales de la Nación.  
Servicio Único Nacional de Salud (SUNS)

### Mediano plazo

Incorporación paulatina del subsector privado de atención médica al SUNS, voluntaria al principio, obligatoria en su última fase, instrumentada a través de un riguroso procedimiento de auditoría y policía sanitaria.

Uniformización y socialización del sistema de obras sociales, de manera que los afiliados a cualquiera de ellas, pueda utilizar los servicios de todas, que se normatizaran.

### Corto plazo

Gratuidad efectiva de los hospitales públicos, con eliminación de las cooperadoras y toda otra forma de pago de la población, tal como la compra de medicamentos, drogas, materiales, placas radiográficas u otros elementos como requisitos para la internación.

Rebaja sustantiva de todos los aranceles privados.

Eliminación del galeno y la unidad sanatorial como formas de desconexión de los precios de las prestaciones de salud de lo que es el resto del sistema nacional de precios (utilizar el galeno y la unidad sanatorial es como cobrar en dólares).

Recuperación del INOS como conductor y ordenador de las obras sociales, a través de la modificación, complementación o derogación de las leyes que lo reglan, en especial la 18610 y la 19337

## Sistema de atención médica

### Largo plazo

Funcionamiento del sistema único de atención médica, con carácter preventivo asistencial, cubriendo todos los aspectos del cuidado de la secuencia epidemiológica que lleva a la pérdida de salud, incluidos los aspectos de recuperación y rehabilitación. Cobertura: toda la población.

Regionalización estricta del servicio único de atención médica con base territorial, con definición de puertas de entrada para cada espacio geográfico y procedimientos de interconsulta y referencia.

Funcionamiento del catastro periódico para todo el pueblo, realizado por el sistema de atención médica.

Funcionamiento del sistema de información con sus dos instancias de inteligencia y vigilancia epidemiológicas (descrito en anexo).

Funcionamiento pleno de las instituciones asistenciales preventivas y de recuperación e integración para los grupos que por razones biológicas, físicas o sociales, son considerados hasta ahora como marginados del sistema social de producción: niños, población añosa, lisiados físicos, pacientes mentales, delincuentes "comunes". Para cada uno de estos grupos habrá proposiciones independientes.

### Mediano plazo

Preparación del personal para las tareas a desarrollar en el largo plazo, por ejemplo: epidemiólogos, enfermeras de terreno, asistentes sociales, geriatras, pediatras, rehabilitadores físicos y otros que se consideren necesarios de acuerdo a la situación de recursos humanos con que se cuenta. De manera simultánea habrá que preparar el trabajo en equipo para lograr una verdadera integración del mismo.

Definición del hospital público como centro de estudio e internación de pacientes, haciéndose la consulta en establecimientos que se ubiquen de modo que la población esté lo más próxima posible a ellos. Dos tipos de consultorios: aislados, similares al del médico privado actual, de grupo, en el que coexisten varios médicos de distintas especialidades.

Definición de complejidad de hospitales, equipamiento, procedimientos de referencia y áreas de influencia con base de población, según complejidad y especialización. Para esto se formarán grupos de trabajo profesionales (pero no sólo de médicos sino incluyendo todos los que corresponden al equipo de salud), a nivel nacional, regional y de base.

Definición del funcionamiento de médicos generales y especialistas en el trabajo hospitalario, de consultorio, de áreas urbanas y rurales, con las rotaciones correspondientes.

Elección de áreas poco densas para realizar programas intermitentes de penetración y rondas médico sanitarias.

Normatización de la ficha de salud única y obligatoria.

Se tenderá a que un mismo médico pueda seguir a un paciente en la consulta y en el primer nivel de complejidad de la internación.  
Corto plazo

Instalación de consultorios periféricos al hospital base en los sitios más desprotegidos como las villas, dotados con personal y apoyo técnico del hospital, del cual son una extensión, para garantizar la calidad de la atención que se presta y para educar a los profesionales poniéndolos en contacto con los problemas más conflictivos del pueblo.

Ampliación de los horarios en los establecimientos asistenciales, con turnos especiales para la población trabajadora.

Dotación de recursos a los hospitales públicos. Congelamiento de la instalación de clínicas o sanatorios privados, incluido eventualmente la clausura de los que se considere en condiciones físicas, de equipamiento o de personal, inadecuados para la función que teóricamente deben cumplir. Congelamiento de la inversión física de las obras sociales.

## Participación popular

### Largo plazo

Control popular de la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud. Esto se ejercerá a través de varias instancias organizativas, cuya constitución y funciones será decidida por el pueblo mismo mediante asambleas. Como ejemplo del tipo de organismos y funciones que se pueden proponer, para operar a nivel del pueblo, se puede mencionar los siguientes: grupo de trabajo, comité barrial, comité de fábrica, asamblea popular.

El grupo de trabajo es una institución intermedia por su conformación, ya que cuenta con asesoramiento o participación permanente del personal del servicio de salud que trabaja en los establecimientos más periféricos. Se reúne periódicamente para discutir, en un nivel semitécnico, los problemas de salud del pueblo en su comunidad, a partir de un informe del equipo de salud. El grupo, del que participan los líderes barriales, tiene una función pedagógica, ya que estos líderes llevan el problema discutido al comité, pero también actúa como recolector de los problemas comunales.

El comité barrial funciona en forma permanente difundiendo las conclusiones del grupo de trabajo, promoviendo la participación en las tareas que se decida emprender y controlando el cumplimiento de las normas, cuando esté a su alcance. Es, además, el sensor más periférico del sistema de información y se integra con trabajo voluntario.

El comité de fábrica se forma con los obreros de cada establecimiento, para ocuparse especialmente de los problemas de accidentes e higiene en el trabajo. Tiene delegados en los grupos de trabajo.

La asamblea de la comunidad se reúne por resolución de los comités barriales para discutir los objetivos y metas que se van a proponer a los niveles de decisión. Analiza las propuestas de los grupos de trabajo y de los comités barriales y una vez tomada su decisión la eleva a las instancias superiores provinciales, regionales o nacionales, según el caso, para su consideración y sanción definitiva. Es, en consecuencia, el organismo de la comunidad a través del cual se instrumenta la participación en las decisiones de salud por la población.

Control del funcionamiento de los establecimientos de salud. Se realizará también a través de instancias que tiendan a consolidar la máxima participación popular. Como ejemplos pueden citarse las siguientes: comité de higiene y limpieza, comité de trato, comité de alimentos y otros más específicos tales como el comité de fallecidos, el de calidad y el comité técnico.

El comité de higiene y limpieza estará constituido por personal del servicio y de la población (este último puede ser nombrado por los comités barriales). Controla todos los días la limpieza del establecimiento, propone soluciones cuando lo juzga necesario y ayuda en la implementación de las mismas.

El comité de trato, formado por una delegación de los comités barriales, vigila y analiza el comportamiento del personal hacia las personas que requieren sus servicios. Se reúne periódicamente para recibir denuncias e imponer sanciones que pueden ir desde una amonestación hasta un pedido de traslado con constancia en la hoja de servicios.

El comité de alimentos tiene una función y una composición similar al de higiene y limpieza, referido específicamente a la comida.

El comité de fallecidos tiene una composición mixta ya que está formado por técnicos y delegados de la comunidad, a partir de los grupos de trabajo. Está encargado de analizar, en primera instancia, todos los fallecimientos que se producen en el área geográfica que le corresponde. Pide investigaciones en los casos dudosos. Presta especial atención a las muertes maternas y de menores de un año.

El comité de calidad es también mixto y está destinado a analizar los problemas de la calidad de la atención que se presta: precocidad y certeza del diagnóstico, resultado del tratamiento, oportunidad de las indicaciones, etc. Sugiere medidas para corregir errores o llenar deficiencias. Puede solicitar el retiro de personal comprobadamente ineficiente.

El comité técnico se forma exclusivamente con personal del servicio, con cualquier nivel de capacitación. Se reúne periódicamente para discutir los problemas técnicos del servicio que presta y que van, por ejemplo, desde la forma de hacer la asepsia o antisepsia, hasta la posibilidad de utilizar una técnica nueva (como cirugía de trasplantes) previa explicación de los problemas que esa técnica implica. Este mismo comité se ocupa de discutir los asuntos que se van a llevar al grupo de trabajo y analiza las proposiciones de la asamblea de la comunidad que van a ser elevadas al nivel de decisión.

Mediano plazo

Campaña masiva, a través de medios de difusión, de los medios de educación sistemática, de los lugares de trabajo y barriales (unidades básicas), de la educación sanitaria que permita al pueblo estar en condiciones de participar concientemente en los organismos descritos para el largo plazo. Esta campaña se transformará luego en un programa permanente y sistemático de educación para salud y será uno de los pilares de la reconstrucción en esta área.

Corto plazo

Mobilización del personal de salud en torno a las consignas de participación popular y de las líneas estratégicas del plan, a partir de los establecimientos de salud.

Mobilización de la población en torno a los problemas del hospital, la salud y la participación, a partir de las unidades básicas, o en conjunto con la movilización hospitalaria, tratando de desembocar en una asamblea popular que se dé sus propias instancias organizativas de ser posible utilizando la línea estratégica de participación en el largo plazo.

Medicamentos

Largo plazo

Nacionalización total de la industria farmacéutica.

Eliminación de toda forma de propaganda dirigida a los profesionales o al pueblo.

Gratuidad de los medicamentos recetados por los médicos (no se incluyen los de venta libre). Nacionalización de la comercialización (distribución y farmacias).

Mediano plazo

Control estatal de la industria farmacéutica a través de la auditoría de sus actividades y la reglamentación de las mismas.

Regulación de la comercialización fijando normas para la intermediación, márgenes de ganancia y propaganda.

Creación del Vademecum Nacional con prohibición de venta de cualquier otro producto que no figure en el mismo.

Entrega gratuita de medicamentos a los pacientes de los hospitales públicos y de las Obras Sociales.

Corto plazo

Disminución del precio de los medicamentos y congelamiento en el nuevo nivel.

Provisión gratuita de medicamentos a los pacientes del hospital público.

Actualización del poder de control y policía del Instituto de Farmacología.

Utilización de la capacidad instalada de Universidades y otras instituciones para comenzar a crear una farmacología nacional y eventualmente para producir drogas de consumo.

Estudio de la Ley que instrumenta todas las medidas de mediano y largo plazos.

Saneamiento ambiental

Largo plazo

Logro de una cobertura total con infraestructura sanitaria para todo el pueblo, con máxima participación del mismo en su elaboración y control.

Las normas estarán centralizadas. Como ejemplo: en el abastecimiento de agua a una población rural, las proposiciones de cómo solucio-

ner técnicamente el mismo pueden provenir de la asamblea popular, pero el nivel central de decisión toma resolución definitiva en cuanto a volumen por persona, calidad exigible, etc.

La realización de obras se tratará que siempre esté en manos del nivel local, con el mayor aporte posible y voluntario del pueblo,

#### Mediano plazo

Recuperación de la conducción centralizada en las acciones de saneamiento que forman parte de "grandes campañas", como la erradicación de vectores (chagas, paludismo, fiebre amarilla, mal de rastrojos, etc.)

Fortalecimiento de las acciones de saneamiento del medio: fuentes de agua, suelos, viviendas y tendiente a la eliminación de parasitosis e infecciones.

Mapa de fuentes de agua en el país y estudio de necesidades.

#### Corto plazo

Intensa acción de saneamiento de suelos, drenajes, recolección de residuos, eliminación de vectores y provisión de agua potable, a la población más desprovista de las villas y barrios pobres de las ciudades, movilizándolo a sus habitantes para colaborar en esas tareas y solicitando el aporte del resto de la población.

## Sistema de información

La información sobre salud es uno de los tres pilares sobre los que se asienta el manejo del sector. Como este manejo es una de las condiciones "sine qua non" para la reconstrucción de la salud peronista del pueblo, el diseño del sistema de información es un aspecto crítico de la política de salud y debe ser enfocado desde el doble punto de vista de su eficiencia técnica -para proporcionar la información y los análisis necesarios a la toma de decisiones- y política -para contribuir a la construcción de la patria socialista.

Este enfoque contrasta plenamente con el actual enfoque tecnocrático, parcializado e inconexo que es en la actualidad el sistema de información de salud; tecnocrático porque se fundamenta en una visión estrecha del problema, de donde los datos que se recogen no son más que la consecuencia, sobre la salud del pueblo, de hechos que ocurren en la esfera de la producción, el ambiente físico o el sistema social; parcializado porque no entra en el dominio privado o el de las obras sociales, y no puede ser de otra manera porque de lo contrario se estaría interfiriendo con la "libertad" de esos subsectores de hacer lo que les da la gana; inconexo porque el contenido de la información que recoge no está ligado a las decisiones que hay que tomar, o sea no sirve para nada.

El sistema de información deberá estructurarse de manera que contribuya a resolver los problemas de fondo que afectan a la salud del pueblo y con la colaboración directa y participante del mismo. Estará estrechamente ligado a las instancias de decisión en base a una concepción epidemiológica para la cual un enfermo es sólo un eslabón de una cadena que comienza antes de su episodio patológico, el cual es considerado como la manifestación de que "algo" en la sociedad está enfermo, y que ese algo debe ser identificado y modificado. En esta concepción hay dos niveles que deben ser contemplados: el problema inmediato y las tendencias de más largo plazo, lo cual quiere decir que difieren en su capacidad de respuesta. Para los problemas inmediatos se contempla la creación de una instancia organizativa en los hospitales periféricos del sistema que es el servicio de inteligencia epidemiológica, que recibe, busca y analiza datos a cerca de los desequilibrios que están ocurriendo permanentemente en una comunidad: desde focos epidémicos hasta accidentes o situaciones que impliquen un riesgo para el pueblo (por ejemplo una acumulación de basuras o la existencia de vectores, etc.). Para esta tarea deberá contarse, en consecuencia, con equipos compuestos por lo menos por epidemiólogo, enfermero de terreno, trabajador social, etc., además de recibir los datos que parten de los puntos más periféricos del sistema de información. La inteligencia epidemiológica estará conectada con instancias de decisión a nivel del hospital periférico que le permitirá corregir las anomalías detectadas (aislar un foco, ordenar la colocación de un semáforo en una esquina, mandar recoger la basura, pedir una movilización para eliminar las moscas, etc.). Las tendencias de largo plazo serán analizadas por un componente del sistema de información que es la vigilancia epidemiológica. Esta es una instancia no conectada directamente con establecimientos asistenciales y ocupa una posición más central; puede estar a nivel regional (grupo de varias provincias). Se parece a un instituto de investigación, ya que su función es analizar datos para estudiar la evolución en el largo plazo, el efecto de las actividades de salud sobre el estado de la misma, etc.; información utilizable principalmente para propósitos de planificación.

La red que abastece de datos a la inteligencia y vigilancia, está constituida por diversos puntos de origen y vías de transmisión:

Para las personas existirá un documento o ficha de salud único, que contendrá todos sus antecedentes significativos. Esta ficha se actualizará por un doble mecanismo: el catastro periódico obligatorio para toda la población y la solicitud espontánea de una persona que se ve afectada en su salud. El catastro se definirá para cada grupo etario en cuanto a su frecuencia y complejidad y requerirá la asignación de recursos para esa actividad, cuyo fundamento será la detección precoz de anomalías y la educación sanitaria del pueblo. Esta ficha individual permanecerá en depósito en el consultorio donde le corresponde a cada persona atenderse en primera instancia y que pertenece a la zona de su domicilio, en base a la regionalización que se realice. La ficha sigue a la persona en sus peripecias domiciliarias (cuando se muda), o asistenciales (cuando debe concurrir a consultas con especialistas o a internarse), pero es siempre devuelta a su sitio de origen con las nuevas anotaciones que hayan correspondido, resultados de exámenes auxiliares, etc. Este es el documento básico a partir del cual se puede conocer el estado de salud del pueblo; la información que recoge debe ser transmitida periódicamente al hospital donde opera la instancia de inteligencia epidemiológica. La frecuencia de la transmisión dependerá del dato y deberá ser especificada por el servicio.

El medio es el otro gran punto de origen de datos. Debe ser entendido aquí en sentido amplio, como todo lo que rodea a las personas en su lugar de vivienda, trabajo y de reunión o esparcimiento. Incluye los aspectos naturales tanto como los contruídos por el hombre además del resultado de su actividad productiva, pero también su propio ambiente humano, o sea su comunidad. Quien recoge los datos del medio es básicamente el pueblo organizado para ello. Está es una de las formas en que el pueblo efectiviza su derecho a cuidar de la salud propia y la obligación de contribuir a la de los demás. La agregación y canalización de la información que se recoja se puede hacer a través de los organismos de masa correspondientes, en especial aquéllos que se organicen en torno a la participación popular en salud. Así, los obreros y empleados de cualquier establecimiento productivo, los habitantes de un barrio, los usuarios de lugares de reunión o esparcimiento, deben erigirse en los sensores más periféricos del sistema de información respecto del medio. Los datos que recogen son todos aquéllos que pueden significar un riesgo de enfermar (por ejemplo: acumulación de residuos, existencia de vectores, máquinas o funciones proclives a producir accidentes o lesiones, ausentismo a las campañas de vacunación o control de ciertas enfermedades, existencia de personas que signifiquen riesgos para la comunidad, consumo de drogas, etc.). La información, vía comités de fábrica, o de barrio, ~~debe~~ debe llegar al equipo de inteligencia epidemiológica, que es el que decidirá su canalización posterior. Otro recolector de la información que surge del medio es el que proporcionan los inspectores de vivienda, sanitarios, de fábrica, de expendios de alimentos, ~~que~~ que periódicamente concurren a examinar la situación de los mismos.

Una tercera fuente de datos es la que corresponde a los establecimientos que prestan servicios de salud, tanto los que están dirigidos en forma directa a la población, como los que se destinan al medio. Deben llevar un registro completo de las actividades que realizan y los recursos que destinan a las mismas. Esta información tiene un uso muy específico cuando se la relaciona con la que proviene de las otras instancias de la red, en relación a la administración de los servicios que se prestan, ya que es la fuente para hacer estudios y proposiciones que conduzcan al incremento del rendimiento en las acciones de salud.

El desarrollo de este sistema se encuentra muy estrechamente ligado con la reestructuración de otros aspectos de la salud: la superestructura de conducción, la organización subsectorial del sector, el servicio de atención médica, la formación de organizaciones de participación popular, etc., por lo que no se considera conveniente detallar proposiciones independientes para el mismo. Interesa destacar, sin embargo, que un sistema de información como el descrito, es sólo posible en un sistema de salud que haya recuperado su capacidad de conducción y que tenga poder de decisión aún en áreas que no son consideradas tradicionalmente como de su competencia, lo cual, junto con la apertura del hospital hacia la comunidad que está contenida en el esquema propuesto, significa una máxima integración con los problemas del pueblo, lo cual se ve reforzado por la directa participación de este como parte propia del sistema de información.