

CONFEDERACION MEDICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA

FILIAL DE LA

CONFEDERACION MEDICA PANAMERICANA Y DE LA ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

HIPOLITO YRIGOYEN 2038
TELEFONO 47 - 3892

BUENOS AIRES
REPUBLICA ARGENTINA

S U M A R I O

- 1.- Los médicos y el Plan Nacional de Salud.-
 - 2.- "La Salud Pública y la Profesión Médica"- Declaración del Consejo Federal del 8/9/73.-
 - 3.- "Sistema Nacional Integrado de Salud"- Estudio Analítico del Anteproyecto de Ley del 15-X-73 (realizado por Mesa Ejecutiva - 20-XI-73)
 - 4.- Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Consideraciones del Consejo Federal del 24-XI-73.
-

LA SALUD PUBLICA Y LA PROFESION MEDICA

DECLARACION

DEL CONSEJO FEDERAL DEL 8-IX-73

El Consejo Federal de la Confederación Médica de la República Argentina aprueba como política oficial del Gremio en relación a la Salud Pública y la profesión médica con plena vigencia para todas sus organizaciones y asociados de base, la que se enuncia a continuación:

DEFINICION POLITICA

COMRA declara su compromiso de proveer dentro de su área a la vigencia del derecho del pueblo a la salud, tal como ha sido proclamado por la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Acta de Constitución de la Organización Mundial de la Salud y como figura implícita en la Constitución Nacional (en su art. 14 bis).-

COMRA declara que su aporte a la vigencia del derecho a la Salud es su contribución a una responsabilidad primaria del Estado, la que debe ejercerse en dos esferas de acción. Por una parte, adoptando las medidas políticas, sociales y económicas que aseguren la elevación del nivel de vida del pueblo argentino como factor decisivo del bienestar, y por la otra, creando los instrumentos jurídicos, organizativos y financieros que permitan montar un sistema que asegure el principio de una sola medicina a nivel óptimo para todos los habitantes del país con independencia de situaciones económicas o de ubicación geográfica.-

COMRA declara que ha de luchar para que la salud, conjuntamente con la educación, forme parte de las prioridades dentro del desarrollo, y para que se acuerde al mismo un sentido nacional progresista, que asegure una redistribución del producto bruto en beneficio de la mayoría del pueblo, y al amparo de toda dependencia extranjera.-

Las soluciones deben contemplar la realidad socio-económica y cultural del país y sus diferencias zonales, respetando el federalismo.-

COMRA declara que todo sistema de salud debe ser de cobertura universal de modo de cubrir a todos los habitantes del país, residentes y temporarios.-

ORGANIZACION

El Estado actual de cobertura de la salud, está caracterizado por la multiplicidad de sistemas y carencia de planificación. COMRA sostiene para esta etapa un sistema mediante el cual efectores pertenecientes al subsector estatal, obras sociales y privado concurren a una planificación

11

única, conservando cada uno su individualidad jurídica y administrativa, con limitación de la autonomía técnica en función de los requerimientos de la propia planificación. Se declara a este sistema como una etapa intermedia hacia la materialización de un sistema único de salud.-

Se declara como un instrumento del sistema una planificación fundamentada en los principios de normatización centralizada y ejecución descentralizada, y un régimen de utilización y formación del recurso humano técnico mediante una carrera nacional que cubra a todos los trabajadores de la salud cualquiera sea el sector donde se prestan los servicios.-

Teniendo como inexcusable e incuestionable la responsabilidad y hegemonía del Estado dentro del sistema, COMRA exige una conducción co-participada a la que tendrán acceso representantes de los tres sectores (estatal, obra social, privado), de los sectores populares, de los trabajadores de la salud y de la Universidad como responsable de la formación del personal técnico.-

Dentro de la organización deberá adjudicarse carácter de realización efectiva a las llamadas "áreas programáticas" como unidad primaria diseñada sobre una zona geográfica delimitada por factores político-administrativos, demográficos, socio-económicos, sanitarios, recursos asistenciales y medios de comunicación y acceso. Dentro del "área programática" será llevado al nivel de "hospital base" a la unidad asistencial de mayor complejidad acordándosele al mismo los recursos para funcionar como centro de atención médica, docencia e investigación y relacionado con el mismo en niveles de unidades intermedias y periféricas donde se escalonarán los centros oficiales, paraestatales y privados de menor complejidad, los centros de salud, hasta llegar a la unidad mínima, el consultorio médico y odontológico. El conjunto de establecimientos del "área" se comportará como unidad funcional que deberá cubrir todas las acciones de promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud.-

El sistema propuesto que pretende asegurar dentro de una planificación única, un solo tipo de medicina del más alto nivel con la puesta a pleno rendimiento de todos los recursos existentes y la implementación de los que sean necesarios, deberá contar necesariamente con el apoyo de los recursos legales que aseguren la subordinación de los intereses sectoriales al interés prioritario de la salud dentro de los principios de decisiones co-participadas en las responsabilidades y derechos.-

FINANCIACION

Se declaran como bases de la financiación de la salud los principios de justicia distributiva, solidaridad social y solidaridad nacional. En su conjunto los tres principios han de procurar que todos los sectores sociales y nacionales han de contribuir solidariamente dentro de un proceso de redistribución del ingreso cuya esencia ha de ser: "La salud será financiada por los sectores económicamente más aptos".-

///

De acuerdo al principio de justicia distributiva aplicada a la realidad social y económica del país la financiación de la salud deberá realizarse a expensas de la renta o ganancia, ya que no puede admitirse la imposición al salario, ni al acto médico (co-seguro) porque la enfermedad significa de por sí un momento de quebranto moral y económico.-

Teniendo en cuenta la realidad actual, en el que el grueso del recurso financiero se integra a expensas del salario (Obras Sociales), deberán arbitrarse los medios para incorporar al sistema nuevos recursos provenientes de las rentas, que vayan reforzando y reemplazando progresivamente los actuales.-

COMRA sostiene para la financiación del sector salud, la necesidad de una reforma impositiva profunda, que disminuya la incidencia del ingreso fiscal sobre el consumo, que afecta directamente a todo el pueblo, aumentando en cambio los gravámenes que inciden sobre la renta, en particular sobre las grandes ganancias y los intereses de los monopolios multinacionales.-

Deben asegurarse al sistema recursos financieros suficientes, los que serán provistos en lo fundamental por un aumento sustancial de los presupuestos para el sector salud, con el fin de llevarlos al nivel de las reales necesidades de la población.-

PROBLEMAS PROFESIONALES

El sistema debe garantizar a todos los trabajadores de salud condiciones de vida, de trabajo y remuneración que les permitan la plena realización científica, técnica, humana y social.-

Es objetivo del gremio liberar al médico de las formas de trabajo a destajo y disponibilidad, que lo mantienen esclavizado, luchando por lograr una jornada de trabajo que no supere las ocho horas, como conquista laboral incuestionable. Pero esa jornada justa debe proporcionar al médico el ingreso suficiente para satisfacer los requerimientos del nivel de vida profesional.-

Se declara como objetivo de la lucha reivindicativa del gremio garantizar a todos los médicos fuentes seguras de trabajo, condiciones laborales básicas en recursos físicos, técnicos (equipos, instrumental) y de personal auxiliar, y debe formar parte de todo sistema el derecho a contar con programas de capacitación permanente y sistemas de previsión y asistencia, con cobertura al profesional y su familia.-

Dentro de la planificación del sistema todo médico tendrá asegurado el trabajo, con un ingreso básico que le permita satisfacer los requerimientos del nivel de vida profesional, el que deberá ser incrementado en función de antigüedad, cargas sociales, eficiencia y rendimiento.-

////

////

Se consideran compatibles todas las formas de trabajo y remuneración que sean concertadas entre el sistema y las organizaciones representativas del gremio, en los diferentes niveles y zonas.-

Se declara de interés prioritario del médico el establecimiento de un régimen de carrera, que por un lado sea instrumento eficiente de organización de la Salud y por el otro garantice al médico las condiciones de ingreso, estabilidad, nivel óptimo de trabajo, promoción, capacitación, remuneración y seguridad, para todos los sectores del trabajo.-

Consecuentemente la Universidad Argentina deberá revisar su esquema y planes de estudio, en concordancia con estas afirmaciones y tendiendo a la formación de recursos humanos aptos para el sistema propuesto.-

COMRA y las organizaciones que la integran reafirman que seguirán asumiendo la defensa del trabajo médico en todas sus formas. La inversión, solo podrá ser defendida en tanto ella sea necesaria al trabajo médico como función de servicio, pero, se rechaza toda vinculación con la inversión de tipo lucrativo o empresarial.-

FUNCION SOCIAL

La salud es un producto social, que tiene relación directa con los niveles de vida de la población e indirecta con la estructura económica del país, en consecuencia COMRA declara su compromiso de participar activamente, junto a todos los sectores del pueblo dispuestos a luchar por el bienestar y la liberación del país, como factores decisivos para la vigencia del derecho a la salud.-

SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

ESTUDIO ANALITICO DEL ANTEPROYECTO DE LEY DEL 15-X-73

(Realizado por Mesa Ejecutiva - 20-XI-73)

La planificación familiar para la cobertura previsional de la población dentro de la cual se encuentra la programación sanitaria, es una necesidad impostergable de los argentinos y constituye un viejo anhelo de la profesión médica que aprecia más que nadie el drama cotidiano de la pobreza y la angustia de la impotencia para calmar el dolor y evitar muertes causadas por una deficiente situación socio-económica o una falencia de atención médica, muchas de ellas ocasionadas antes de los cinco años de vida.-

Hemos observado con tristeza que en los últimos veinte años el deterioro de la inversión en salud a moneda corriente y constante por parte del Estado, ha sido el denominador común de los gobiernos, cuyos resultados están a la vista: el desmantelamiento de las camas disponibles oficiales, la desprogramación financiera y técnica de las grandes luchas, el estancamiento y pérdida de centros especializados materno infantiles periféricos y de alta complejidad, lo que ha significado el aumento masivo de las tasas de morbi-mortalidad en el país.-

De esta forma el Estado ha ido perdiendo el liderazgo de la salud, careciendo hasta la fecha de una legítima política sanitaria, pese a la obligación constitucional de proveerla, remplazando la misma con organizaciones y legislación distorsivas que apuntan más a una negociación política que a una solución a la problemática de salud de la población.-

Esa es la causa del fracaso del status -que caracterizado por pretensiones sectoriales que no siempre coinciden con las necesidades de los enfermos, ofreciendo en el mejor de los casos servicios de recuperación de patologías agudas y primer nivel, con desarrollo aislado de alta complejidad pero descuidando la prevención, protección y rehabilitación, como asimismo la atención de la cronicidad y la geriatría.-

En estas condiciones, recibe hoy COMRA al anteproyecto de un Sistema Nacional de Salud que pretende cubrir el abismo existente, atendiendo al riesgo de enfermar y morir de toda la población por igual, en una medicina integral no condicionada.-

De hecho entendemos una obligación apoyar aquello que pueda significar la coronación de la lucha de tantos años detrás de una programación seria concebida sobre bases científicas y de profundo contenido social.-

Se puede afirmar que por primera vez se produce a nivel nacional un documento de fondo en la materia, comprometiendo este hecho a la Institución

a participar en su implementación, aportando su experiencia en la definición y formas de funcionamiento del régimen, de tal manera que sea practicable, puntualizando los errores y omisiones que puedan desvirtuar la intención original del proyecto.-

Por ello analizaremos el documento por capítulo para su mejor estudio y comprensión.

1.- FUNDAMENTOS

Ellos encierran en sí mismos toda la filosofía del sistema, toda vez que representan las bases doctrinarias y un mensaje a las Cámaras que deben considerarlo.-

De ahí la importancia de sus características principales y su relación con las pautas que la COMRA ha elaborado para la actual coyuntura.-

El proyecto contiene a nuestro juicio doce premisas que podríamos resumir en:

- 1.- El Estado garante de la Salud
- 2.- El Estado financiador y coordinador financiero de recursos de terceros
- 3.- Estatización de la medicina con una suerte de cogestión
- 4.- Centralización normativa nacional y descentralización operativa que comprende diversos niveles
- 5.- Integración de recursos humanos, físicos y financieros
- 6.- Flexibilidad operativa
- 7.- Carrera sanitaria como figura laboral de los trabajadores de salud
- 8.- Participación de la universidad en el sistema
- 9.- Participación de la comunidad en el gobierno
- 10.- Justicia social con servicios de atención igualitaria y disminución paulatina del coseguro, con una adecuación de los aportes a la condición socio-económica del individuo
- 11.- Política de medicamentos
- 12.- Universalidad del sistema con implementación por etapas

Las pautas de la CONFEDERACION MEDICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA para la formulación de una política de salud para Argentina 1973 contienen nueve premisas que son:

- 1.- Una sola medicina para todos los habitantes del país
- 2.- Un sistema de organización y financiación que reúna los sectores dispersos
- 3.- Una conducción del sistema a cargo del Estado con la coparticipación real de todos los sectores, y de los profesionales a través de sus entidades representativas en un régimen de cogestión
- 4.- Una financiación que asegure cobertura universal y obligatoria para toda la población sobre la base de gravámenes a la renta en forma progresiva y derogación de todo pago directo por la enfermedad.-
- 5.- Una organización adecuada a cada medio, con un alto grado de descentralización federalista, siendo la provincia o la región según las circunstancias, la unidad fundamental de su estructura.-

- 6.- Una integración de recursos que permita poner bajo el sistema la capacidad instalada de todos los sectores proveedores de servicios.-
- 7.- Un régimen de trabajo que garantice a cada profesional:
 - a) Optimo ejercicio
 - b) Estabilidad
 - c) Perfeccionamiento técnico-científico
 - d) Una jornada laboral de no más de ocho horas
 - e) Beneficios sociales
 - f) Derecho de ser representados por sus entidades médico gremiales
 - g) Una compensación encuadrada en los principios de justicia retributiva.
- 8.- Una política de medicamentos orientada hacia una reforma sustancial del régimen existente, que asegure el control estatal del comportamiento de la industria farmacéutica en el mercado, sobre la base de la confección de un "Formulario Básico de Medicamentos" científicamente fundamentado evitando la superposición innecesaria de drogas cuando ellas producen aumento de costos siendo ineficaces.-
- 9.- Un hospital público que se transforme en la columna vertebral del sistema nacional y cumpla las funciones de prevención, recuperación, rehabilitación y promoción de la salud.-

Es evidente que existen coincidencias doctrinarias y programáticas entre los fundamentos de la ley y las pautas de COMRA como se aprecia en el comparativo que desarrollamos, lo que indica que nuestra institución ve comprometida su participación en el análisis exhaustivo del articulado para apreciar si su contenido refleja el espíritu que guía a sus fundamentos que como expresamos tienen gran similitud con los postulados gremiales abarcando estos últimos algunos aspectos no contemplados en el capítulo que entendemos deben ser incorporados a la legislación. Entre ellos es digno de destacar el punto referente a la financiación que la COMRA sostiene debe ser soportado mediante gravámenes a la renta y no al salario y el de una decidida organización federalista que tampoco expresa taxativamente si bien se hace mención a áreas programáticas que con el desarrollo del articulado veremos si refleja el principio.-

En lo relativo a la situación de los profesionales y sus diversas formas de trabajo, entendemos que al hablar de una carrera sanitaria se está predeterminando una figura de trabajo cuyo estudio corresponde realizarlo por separado pero que entendemos importante consignar la garantía que se reclama de brindar a todos los médicos fuentes de trabajo dignas en una o más formas de retribución.-

Con lo expuesto creemos estar en condiciones de estudiar la factibilidad del proyecto en lo relativo a las legítimas aspiraciones del enfermo y los trabajadores de la salud, y sobre todo a su financiación, ya que no podemos pensar en mejorar el nivel de cobertura en calidad y cantidad de servicios sin considerar seriamente el costo de los mismos.-

2.- CREACION Y FINES

En lo referente a la creación se determinan los alcances geográficos del sistema que abarca todo el país y se consigna que la presente ley establece los derechos y obligaciones de la comunidad y el individuo en materia sanitaria y crea la organización técnica del sistema no mereciendo comentario especial ya que este capítulo es enunciativo.-

En lo relativo a los fines se puede inferir una definición de los alcances del sistema en diversos aspectos que podríamos resumir en:

- a) El sistema normatiza y ejecuta todas las prestaciones médicas y para-médicas
- b) Regula el desarrollo de la capacidad instalada de todos los sectores
- c) Interviene en todos los procesos de producción, distribución, comercialización y consumo de los elementos requeridos para las acciones de salud
- d) Promueve el desarrollo del recurso humano, la investigación, etc.
- e) Reemplaza toda la legislación que exista en la materia asumiendo gradualmente sus atribuciones.

De lo expuesto se deduce que el SMIS absorberá toda organización sanitaria de cualquier jurisdicción en la medida que **se vaya** logrando la implementación, expresando que sin perjuicio de la capacidad instalada controlará la producción y consumo de los elementos que entendemos tiene en sus componentes a las drogas y medicamentos, lo que presupone que fijará más adelante la forma en que ello será posible.-

Como observaciones previas consignamos la falta de profundización de algunos tópicos que entendemos fundamentales como la política de medicamentos que de no estar explicitada más adelante significarían una falencia del sistema que debe ser solucionada, toda vez que el gasto en drogas y fármacos representa el 40 % aproximadamente del costo final de salud.-

3.- ADHESION AL SISTEMA

El proyecto hace referencia a la adhesión de Provincias, Municipalidad de Buenos Aires y los Territorios Nacionales, por parte del sector público, y de las Obras Sociales y demás instituciones del sector privado o mixto; de lo que se infiere que la estructura básica inicial tendría como recursos los correspondientes a los establecimientos dependientes del sector público nacional y las obras sociales del Estado.-

Expresa que en el desarrollo del articulado se establecen las formas de incorporación y funcionamiento del régimen, adelantando que el convenio será la forma de relación jurídica con los entes estatales y lo que establezca la reglamentación para el resto.-

Ello importa una falta de precisión en las relaciones con el sector privado al no puntualizar taxativamente lo que COMRA entiende como una premisa básica que es: el respeto por la individualidad jurídica de las partes integrantes del sistema, lo que obliga a extender la figura del convenio hasta el sector privado.-

Así como no hacerlo con el sector público crearía una situación de inconstitucionalidad de la ley, en el sector privado implicaría la pérdida de derechos propios de nuestra carta magna que de ninguna manera están referidos a la individualidad técnica o administrativa que presuponemos debe ser unificada, sino a las características de la situación actual de los efectores y muy especialmente a las relaciones entre el sistema y los profesionales y demás trabajadores de salud a través de sus entidades representativas.-

4.- RECURSOS

Se prevén diversas fuentes de recursos que podríamos resumir en;

- a) recursos del sector público que incluye los distintos niveles o sea nación, provincia y municipio, incluyendo los territorios que adhieran
- b) Obras Sociales y Mutuales
- c) Sector privado
- d) Rentas que produzca el sistema, donaciones, enajenaciones, créditos, subsidios, etc.-

El aporte del gobierno nacional no se especifica ni siquiera pautariamente comprometiendo en cambio los presupuestos provinciales y municipales actuales como valores mínimos del sector.-

En lo relativo a las obras sociales se establece que dicho aporte será del orden del 70% de sus ingresos de acuerdo a la legislación vigente el que se hará efectivo en cuotas mensuales.-

No se determina el monto ni las características del aporte privado directo como tampoco se especifica en qué casos debe existir el mismo (primer nivel algunas prácticas, etc., por ejemplo).-

Se deja expresa constancia que las inversiones estarán referidas a las áreas de origen de los fondos respetando sus valores.-

Es digno destacar que no existe ninguna previsión cierta de un incremento del aporte del estado en la materia, como tampoco se consignan valores mínimos para el resto ya que el hecho de que el 70% de los ingresos de las obras sociales deben incorporarse al sistema no implica que se pueda dimensionar dicho monto y menos que se cambie la política tributaria al no mencionarse recursos provenientes de la renta con desgravación del salario.-

La sola enunciación de que el monto global de la inversión no debe representar menos del 6% del producto bruto interno indica que existe intención de jerarquizar los recursos, pero sería imprescindible destacar algunos parámetros demostrativos de la intención, ya que su existencia otorgaría una seriedad absoluta a los enunciados.-

La comunidad desconoce por carecer de datos ciertos las cifras finales de inversión del área en los distintos subsistemas vigentes, por ello no puede abrir juicio de valor respecto a la suficiencia financiera propuesta; pero recalcamos que no se puede poner en funcionamiento un sistema universal basado en los enunciados del presente documento, sin contar con recursos genuinos para atender una demanda distinta a la actual en la que un 50% de los usuarios en algunos casos no pueden usar las coberturas actuales y por ende no generan gastos.-

Por otra parte no debemos olvidar que las prestaciones actuales están dirigidas en su casi totalidad a la recuperación de la salud, teniendo el estado a su cargo las acciones de prevención; pero no existen presupuestos destinados a la correcta atención de la madre y el niño, las enfermedades crónicas y endémicas en su total magnitud y la rehabilitación del discapacitado, acciones éstas que comportan los verdaderos indicadores del cambio, ya que de no llevarlos a cabo el plan se reduciría a un mero cambio de estructuras de conducción con las mismas limitaciones de los servicios actuales a los que deberíamos agregar la burocracia que genera el sistema.-

5.- DE LA ORGANIZACION INSTITUCIONAL

Este capítulo abarca varios aspectos de la organización del sistema que podemos resumir en:

- 1.- Administración Federal
- 2.- Administración Provincial
- 3.- Administración de área programática (unidad mínima operativa)

En cada nivel se determina las funciones de la estructura y el rol de los funcionarios responsables de sus órganos constitutivos.-

Por ello dividiremos el análisis por nivel:

1.- Administración Federal

Está dada por un Consejo FEderal que se constituye con el Ministro del área de competencia que preside el organismo, aunque no esté fehacientemente aclarado el concepto en el texto; los Secretarios de Estado del área que entienden en salud, seguridad social y asistencia y promoción de la comunidad. Ellos representan el poder central dentro de los representantes del Estado. Del mismo ámbito cuenta con un representante por cada provincia adherida, uno por la Municipalidad de Buenos Aires y uno por los Territorios Nacionales.-

Los representantes de sectores no estatales en el mejor de los casos llegan al 50% en su número con respecto de los primeros, alcanzando esta cifra valores inferiores en la medida que se integren las provincias al sistema.-

Asimismo este sector está tipificado según representatividades que la ley otorga, absorbiendo la CGT la de los beneficiarios pertenecientes a obras sociales, la CGE a los usuarios que no estén en relación de dependencia, la Universidad la representación docente aclarándose que de ella participarán delegados de las estatales, lo que hasta cierto punto ubicaría esta representación dentro del sector anterior y por último las mutualidades con un delegado, completan el equipo que el usuario posee como fideicomisario dentro del

régimen.-

En cifras globales se le ofrece al mismo nueve miembros sin contar el delegado de la Universidad, de los cuales siete corresponden a la CGT, uno a la CGE y por último uno a las Mutualidades.-

Frente a esta situación el trabajador de la salud que compone el plantel general de servicio, verdadero nervio motor del sistema, cuenta en total con tres miembros, de los cuales dos se le ofrecen al sector profesional y uno al resto.-

Si cotejamos esta cifra con los treinta miembros que puede llegar a tener el Estado y los nueve de los usuarios, advertiremos que la anunciada cogestión es una expresión de deseos no satisfecha en lo que la medicina organizada entiende por tal, a lo que debemos agregar como agravante que la presencia de los representantes no estatales es meramente facultativa y de ninguna manera su ausencia determina interrupción o alteración de funcionamiento del Consejo, que por ello puede operar sin dificultad alguna a pesar del resto de sus integrantes no estatales.-

Si analizamos este panorama teniendo en cuenta que dicho organismo es un ente autárquico en quien el Poder Ejecutivo delega sus potestades constitucionales para el manejo de la salud, y que el sistema pretende abarcar todas las formas de prestación existentes en el país y los recursos de todo orden, es de hecho fundamental que la COMRA formule concretamente una crítica a la conformación del Consejo Federal, toda vez que entiende que la representación del trabajador de salud sin pretender desplazar al Estado que debe conservar mayoría en el cuerpo, necesariamente merece y reclama un adecuado tratamiento que por lo menos respete sus realidades, otorgando a cada profesión involucrada en el sistema un representante, comprendiendo en el término profesión a aquellas de nivel universitario y además uno para las actividades no involucradas en la clasificación precedente.-

Por otra parte, es importante destacar la necesidad de incluir como derecho y no posibilidad la participación de los delegados no estatales en el Consejo Federal, condicionando por supuesto su representación de forma tal que no signifiquen con su ausencia factores de interrupción no debidamente fundada.-

El poder de intervención a los Consejos Provinciales y similares pertenecientes al sistema, a nuestro juicio crearía una figura no del todo constitucional y lo que para nosotros representa un hecho criticable es la pérdida del federalismo que se opera cuando la intervención como en el caso del proyecto no está al menos limitada a determinadas situaciones justificadas y resuelta mediante mecanismos de consulta con los niveles intervenidos.-

Otro aspecto que no queremos dejar de comentar por los mismos motivos que el anterior es la creación de una superestructura metropolitana anexando el gran Buenos Aires a la Capital Federal. Ello importa no sólo un avance sobre la constitución de la Pcia. de Buenos Aires, sino el incremento de la ya hipertrofiada cabeza que caracteriza a nuestro país, con las previsibles consecuencias que para el resto de la República significa este hecho.-

En lo demás las funciones del Consejo Federal son las propias de todo organismo descentralizado del estado con sus misiones específicas que en este caso es atender a la normatización sanitaria nacional y a la coordinación de los recursos sectoriales.-

Dentro de las atribuciones del Consejo Federal figura la de aprobar el estatuto y escalafón del personal de carrera en todos sus niveles, lo que para nosotros significa un cambio, ya que entendemos que al igual que el presente proyecto, la Carrera Sanitaria Nacional debe merecer la sanción de una ley especial, o al menos estar incorporada íntegramente en el presente documento como parte constitutiva del mismo.-

2.- Administración Provincial

Los Consejos Provinciales en su composición guardan relación con el Consejo Federal, tanto en lo relativo a los organismos representados como a la forma de su integración, estableciéndose la cantidad de miembros del sector estatal pero no del resto, teniendo este último el mismo carácter facultativo que posee en el Consejo Federal.-

Dentro de las atribuciones de estos Consejos Provinciales encontramos las propias del Consejo Federal delegadas en sus respectivas áreas de influencia, con la característica de la dependencia presupuestaria que se encuentra sujeta a la aprobación del Consejo Federal, lo que altera la autonomía jurisdiccional.-

Insistimos en que el área metropolitana crea un interrogante respecto a lo que significaría su repercusión en el sistema, ya que su resultado podría ser similar al derivado de todo el desarrollo nacional que como es sabido se resiente cada vez más por la hipertrofia del crecimiento en torno al puerto de Buenos Aires.-

Somos partícipes del fortalecimiento del nivel provincial del sistema con el objeto de posibilitar en terreno la adecuación regional de las necesidades sanitarias y su adaptación a la idiosincrasia de los grupos humanos que reciben el servicio.-

3.- Administración del Area Programática

La creación de las llamadas unidades mínimas de organización sanitaria representa a nuestro juicio un hecho positivo y más aún una necesidad, ya que la descentralización operativa no se puede llevar a cabo sin una eficiente regionalización como es el área propuesta.-

La ejecución presupuestaria a nivel de efector en los establecimientos bases de elevado número de camas y alta complejidad, y a nivel de área en el resto de los establecimientos, es la única forma de aprovechamiento regional de los recursos y eficiencia de los servicios.-

Por otra parte la organización funcional del área de acuerdo a una correcta programación de los servicios representa para el enfermo una mejora sustancial en la calidad y cantidad de las prestaciones.-

Posibilita por último el perfeccionamiento científico del profesional creando en el hospital base centros universitarios de residencias médicas y educación continuada de post-grado, como asimismo equipos de investigación básica y especializada

COMRA ve con satisfacción este ordenamiento por las razones expuestas deseando puntualizar un aspecto que entendemos contribuirá a su mejor funcionamiento, la participación de las entidades de nivel local o provincial en los gobiernos del área que en el proyecto no se prevee, ya que el mismo consigna únicamente la representación de los usuarios a través de sus organizaciones gremiales regionales, pero no ocurre lo mismo con los prestadores.-

6.- DE LOS EFECTOS DEL SISTEMA EN RELACION A LA NACION, A LAS PROVINCIAS Y A LOS PARTICULARES

a) A la Nación:

Se transfieren al SMIS como ente autárquico de la administración pública todos los elementos y personal que actualmente revista en el Estado Nacional y los bienes y personal de las Obras Sociales estatales (no aclara si las mixtas entran).-

Dicha transferencia implica la pérdida de las actuales individualidades y su integración plena al ente nacional.-

Se aclara que dicha incorporación estará condicionada a la puesta en marcha de las áreas programáticas quedando hasta entonces manejadas por sus actuales autoridades, pero pasando a depender para todos los efectos de su funcionamiento de la Subsecretaría de Estado de Salud Pública de la Nación con lo cual a la sanción de la presente ley pierden su autonomía.-

Dicho tratamiento alcanza a los establecimientos sujetos a la Ley 19.337 y correlativas que la COMRA consideró siempre como legislación lesiva y desnaturalizada de la Salud.-

Con respecto al personal involucrado se le otorga un plazo de 90 días para optar a quedarse en el sistema, caso éste que el proyecto garantiza como estabilidad de cargo y antigüedad y beneficios sociales mencionando la palabra "status" que entendemos hace extensiva la estabilidad a las funciones que a la fecha de la transferencia ostenten los agentes.-

b) A las Provincias:

El criterio es similar que el adoptado para el nivel nacional, produciéndose la transferencia total de recursos oficiales de la jurisdicción en el momento de la firma del convenio de adhesión.-

c) A los Particulares:

El capítulo trata de la forma de integración del recurso humano, físico y financiero del sector privado al sistema, presentándose dos alternativas dentro del régimen común de incorporación: la de pasar a pertenecer al área programática como un efector más de la misma, o funcionar fuera de dicha organización. Este último caso depende de las necesidades que el sistema tenga de dichos efectores y su incorporación está condicionada a las mismas.-

En ambos casos los bienes y recursos humanos y financieros pasan a pertenecer como en el caso del sector público al sistema, desapareciendo a partir del instante de su incorporación toda individualidad, ya sea ésta administrativa, jurídica o incluso hasta patrimonial como veremos más adelante.-

El personal al igual que el resto se incorpora a la Carrera Sanitaria Nacional, pasando por un período de seis meses de inestabilidad sujeta al referendun del Consejo Federal su designación definitiva.-

Sobre el particular diremos en primer término que los alcances del régimen son tan ilimitados que podría crearse el problema de la no anuencia masiva del sector al sistema, toda vez que su incorporación implica de hecho la pérdida total de su estructura sin posibilidades de participar en el funcionamiento del efector; y en segundo lugar la inestabilidad de los trabajadores que pasan a pertenecer al SNIS en una sola figura de trabajo como es el sueldo, sin tener la seguridad de mantener sus fuentes actuales, como exigencia mínima de quien decide participar en el necesario cambio de la programación de la salud.-

COMRA como es lógico suponer, reclama para el sector plena ocupación y adecuación regional de las realidades en la puesta en marcha de las áreas ya que la situación de algunas provincias difiere sustancialmente de otras, creando situaciones que obligan a la aplicación de diversas formas de organización del trabajo, incluyendo otros tipos de remuneración que no sean a sueldo, según el lugar en que se organice el área.-

7.- EXPROPIACION

Las figuras de adhesión voluntaria de los sectores de obras sociales no estatales, mutualidades y recursos del sector privado, como asimismo las estatales de jurisdicción provincial o municipal, pierde sustancia en apariencia frente a lo establecido en este capítulo que expresa taxativamente que el Secretario Ejecutivo del Consejo Federal es quien decide por sí los bienes que considere necesario expropiar, sin especificar siquiera el alcance de la jurisdicción de los mismos, proponiendo se reglamente un procedimiento expropiatorio, como si no existiera en el país una legislación específica, y lo que es más grave sin la participación del resto de los componentes del Consejo Federal que se supone co-gobiernan el mismo con el Secretario Ejecutivo.-

Entendemos que este tema debería ser suprimido del proyecto, ya que si eventualmente el estado requiriera algún bien como en múltiples ocasiones lo ha necesitado para menesteres diversos, existe una ley de expropiación que perfecciona el tema y sirve a los fines del presente.-

La persistencia de la figura en la presente ley sólo crearía problemas de interpretación jurídica y por otra parte ejerce un efecto negativo en las motivaciones de la comunidad en general para la participación en el SNIS.-

8.- DISPOSICIONES GENERALES

Cinco aspectos sobresalientes encierra el presente capítulo que es el último del proyecto. Ellos son:

- 1.- Absorción de los organismos y establecimientos descentralizados de la administración nacional pertenecientes al área por el SNIS
- 2.- Puesta en marcha del sistema a partir de los 180 días de promulgada la ley con una implementación progresiva en todo el país en un plazo máximo de tres años.-
- 3.- Control del ejercicio profesional y por ende de la matrícula, siendo el SNIS el órgano de aplicación de las leyes que actualmente rigen en las distintas jurisdicciones, con alcance a los médicos, odontólogos, farmacéuticos y demás profesiones afines, para las actividades que hagan a la atención de la salud fuera de los organismos del sistema.-
- 4.- Limitación a un máximo del 50% de los representantes no estatales en el Consejo Federal.-
- 5.- Régimen especial de contrataciones de obras, servicios y suministros exceptuando al SNIS de la ley de contabilidad y obras sociales.-

Los puntos 1, 2 y 5 no merecen comentario especial salvo el último que significa una verdadera ventaja poder agilizar las operaciones del sistema para la consecución rápida de elementos y su mejor utilización por la posibilidad de seleccionar calidad y obtener precios más favorables.-

El punto tercero implica la pérdida de una conquista sectorial cual es que los pares determinen la conducta y ética de los profesionales en una acción coadyuvante con el estado, que por otra parte a través de los colegios continúa liderando el proceso, no sólo porque estos son organismos para-estatales con delegaciones condicionadas, sino porque los actos producidos requieren la formalización de la administración que les dio origen.-

Además el hecho importa un nuevo avance del poder central sobre los derechos constitucionales de las provincias entre los cuales figura el poder de policía, que si bien se incorporan voluntariamente al régimen salvando la inconstitucionalidad de la ley, introducen una variante conflictiva sin que puedan apreciar beneficios consecuentes manifiestos.-

COMRA sugiere por ende la modificación del artículo de referencia creando un catastro de recursos humanos que adquiere en las presentes circunstancias un valor inestimable para el funcionamiento del SMIS como en general para el estado nacional, tal como lo anunciara el Dr. Liotta en Posadas el 22 de Junio/73.-

Respecto al punto cuarto lo que cabe consignar es que se repite la situación planteada al analizar la organización institucional, o sea la pérdida de participación, alejándose esta realidad del principio de cogestión.-

SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD (S.N.I.S.)

Consideraciones del Consejo Federal del 24-XI-73

El Consejo Federal consideró en esta sesión los documentos producidos por Mesa y algunas Filiales respecto al SNIS (Sistema Nacional Integrado de Salud).-

Los referentes a Carrera Sanitaria Nacional (informe del Grupo de Trabajo "ad-hoc" y los trabajos de Córdoba, Buenos Aires y Capital Federal) serán analizados en el próximo Consejo Federal.-

En cuanto al SNIS- tanto el informe de Mesa Ejecutiva como los aportes de Córdoba, Chubut, Salta y Capital Federal fueron realizados teniendo en cuenta el "Anteproyecto de Ley" y "Mensaje" respectivo que con carácter oficioso tuvo entrada en la segunda quincena de octubre en la Comisión de Salud del Congreso.-

Dado el carácter precario de este "Anteproyecto" -cuya consideración en sesión extraordinaria aún no se conoce en forma oficial- el Consejo Federal decidió no entrar en el análisis exhaustivo de un articulado cuya redacción se supone no es la definitiva ni tiene carácter "oficial".-

Pero sí consideró extensamente la síntesis del trabajo analítico hecho por Mesa y el informe de Córdoba, ambos señalando y comentando los aspectos fundamentales del SNIS en relación con la política en la materia sostenida por COMRA, clasificados como "coincidentes" y "cuestionables" con esta última.-

Se entendió así facilitar el estudio del tema a nivel de bases, referido únicamente a los lineamientos más importantes de la reforma sanitaria proyectada por la Subsecretaría de Estado de Salud Pública.-

SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

S I N T E S I S

DEL ESTUDIO ANALITICO DEL S.N.I.S.

Los fundamentos del S.N.I.S. coinciden, en general, con las pautas programáticas de COMRA en su concepto, y representan bases ciertas de una política sanitaria de fondo, muchas veces prometida y hasta hoy postergada.-

Dichos fundamentos se desprenden de los discursos del Secretario de Salud Pública en Posadas (Junio/73), Córdoba (Julio/73) y Mar del Plata (Agosto/73) y del "mensaje" del anteproyecto que analizamos.-

El articulado refleja positivas intenciones de organización y jerarquización de los servicios de salud, concebidas sobre bases técnicas. Contiene errores y omisiones, propios de los estados iniciales de su elaboración, que de ninguna manera justifican su rechazo, sino que, por el contrario, comprometen a COMRA y demás sectores involucrados, a participar activamente en su perfeccionamiento a la búsqueda de su plena factibilidad.-

1.- ASPECTOS COINCIDENTES

- 1.- Definición de "la función del estado como garante de la salud y determina, a partir de la postulación del principio de la solidaridad nacional, su responsabilidad como financiador, garante económico y cogestor en la dirección de un Sistema que será único o igualitario para todos los argentinos.-"
- 2.- Definición de principios de accesibilidad, calidad, igualdad u oportunidad de los servicios, sobre la base de una integración de recursos por área, que responda a una planificación unificada.-
- 3.- La descentralización a nivel de "áreas programáticas", con sentido federalista, posibilita soluciones propias para cada medio, adaptando los servicios a necesidades y condiciones locales.-
La participación comunitaria en el régimen lleva implícito el compromiso de su respeto. En tal sentido, es necesario enfatizar la ventaja de un mayor refuerzo de la autonomía ejecutiva a nivel provincial y de "área", en el convencimiento de que es cada región o provincia la mejor capacitada para solucionar sus propios problemas, si se le dan los recursos necesarios para ello.-
- 4.- El establecimiento de un régimen de "Carrera" que además de instrumento eficiente de organización de la Salud, garantiza al médico las condiciones de ingreso, estabilidad, nivel óptimo de trabajo, promoción, capacitación, remuneración, beneficios sociales y derecho a ser representado por sus entidades gremiales.-
Deben destacarse dos conceptos: jornada de labor a tiempo limitado, y supresión de la demanda como condicionante de la compensación económica. Ambos, de fundamental importancia en relación con la receptividad del Proyecto por parte del médico.-
- 5.- La participación de la Universidad en la conducción del S.N.I.S. asegura decisiones imprescindibles en la formación de los recursos humanos, en calidad y cantidad.-
- 6.- Un proceso de implementación por etapas, con plazo máximo de tres años. Se ha omitido la mención -podría sobreentenderse-, de una evaluación intersectorial del S.N.I.S. en cada etapa, antes de pasar a la siguiente.-

II.- ASPECTOS CUESTIONABLES

- 1.- La implementación de una Reforma Sanitaria debe incluir en los distintos niveles de conducción el reconocimiento de la representatividad de COMRA y sus Filiales.-
- 2.- El principio de CO-GESTION es de fundamental importancia para la implementación del sistema. Para COMRA co-gestión significa co-administración, es decir, responsabilidad compartida en todo el proceso de planificación, ejecución y evaluación. -
Esta auténtica co-gestión intersectorial debe tener vigencia decisiva a nivel de área programática y a nivel provincial admitiendo que al más alto nivel se aplique una fórmula que armonice lo intersectorial con lo federativo.-
De ninguna manera puede aceptarse que se denomine "co-gestión" a una simple participación -y además optativa- de sectores no gubernamentales, desdibujados en el seno de un cuerpo multitudinario poco apto para una eficaz conducción y administración del sistema.-
- 3.- El sistema a implementar debe constituir necesariamente una etapa intermedia cuyo objetivo final sea un Sistema Unico de Salud.-
Para esta etapa, los efectores pertenecientes a los subsectores estatal, obras sociales y privado, deben supeditarse a una planificación única, conservando cada uno su individualidad jurídica, y administrativa, con la sola limitación de la autonomía técnica en función de los requerimientos de la planificación.-
Sería conflictivo e inconveniente un Sistema que estableciera una "estación" de los efectores en esta etapa del proceso. Las actuales estructuras asistenciales deben ser adecuadas y perfeccionadas respondiendo a las normas técnicas surgidas de la planificación y deben adherirse al sistema a través de convenios que resguarden la actual titularidad de los mismos.-
- 4.- El nuevo sistema deberá implementarse sobre la base de una financiación real y concreta, que garantice fehacientemente las necesidades de Salud de la población y la satisfacción de los justos requerimientos de los trabajadores sanitarios.-
Esta financiación deberá realizarse, mediante una adecuada reforma impositiva, a expensas de la renta o ganancia, sin admitir la imposición al salario ni al acto médico (co-seguro).
Todo cálculo de "recursos" deberá realizarse teniendo en cuenta los siguientes aspectos:
 - 1.- Definición de programas de atención médica en Area Programática
 - 2.- Definición de programas de atención médica en Area Regional
 - 3.- Definición de programas de atención médica en Area Interregional
 - 4.- Competencia en programas de saneamiento ambiental
 - 5.- Definición de programas de recuperación de la capacidad instalada
 - 6.- Política de remuneración profesional y no profesional
 - 7.- Política de medicamentos (producción, distribución, comercialización)

Será necesario, además, evitar la distorsión de la financiación del sistema, para lo cual habrá que contemplar:

- 1.- Pasos económicos en la implementación de las etapas del plan.
- 2.- Oportunidad del remplazo de los recursos (gravamen salarial, coseguro, etc.).
- 3.- Estudio de la capacidad tributaria de la población y límite de saturación.
- 4.- Estimación del error de cálculo económico al ponerse en marcha el plan de salud, por cambio de actitud de la población.
- 5.- Estudio de los mecanismos de compensación del punto anterior.
- 6.- Efectos de la redistribución de las cargas del gasto total en Salud.

Los aspectos precedentemente mencionados representan elementos imprescindibles para proyectar una financiación segura del Sistema.-

- 5.- El sistema debe asegurar soluciones propias para cada medio, contemplando las características particulares de cada región, respetando el federalismo.-
La conducción central debe ser fundamentalmente normativa, sin estar facultada para desvirtuar la descentralización ejecutiva que se propone.-
- 6.- El sistema debe ser compatible con todas las formas de trabajo y remuneración que fueran concertadas con las organizaciones representativas de los profesionales.
Además, el sistema deberá garantizar la absorción de toda la oferta médica actual, planificando el recurso humano cualitativa y cuantitativamente.-
- 7.- Un catastro de recursos humanos adquiere un valor inestimable para el funcionamiento del nuevo sistema respetando las entidades de ley que controlan la matrícula profesional y la conducta ética de los profesionales.-
- 8.- El sistema exige una legislación que signifique un efectivo control sobre la industrialización, promoción y expendio del medicamento, en términos de definida rentabilidad social.-