

CONTENIDO

	<u>Pág.</u>
INTRODUCCION	1
SALUD	
- Ideología	1
SITUACION DEL SECTOR SALUD EN LA REPUBLICA ARGENTINA	
- Evolución y Análisis histórico	3
- Diagnóstico de Situación Actual	9
POLITICA DE SALUD	
- Política General	16
- Atención Médica	17
- Saneamiento Ambiental	18
- Servicio Unico Nacional de Salud	18
- Recursos humanos	20
- Financiación	20
- Medidas Inmediatas	22

INTRODUCCION:

El presente informe se compone de cuatro partes. Primeramente un documento llamado Salud, de neto corte ideológico, que expresa el sistema al que apuntamos como meta. Este sistema de salud no es alcanzable sin un cambio total del sistema social en que se incluye.

La segunda parte es un estudio histórico del desarrollo del área abordado desde fines de siglo hasta el presente, con énfasis en el período de gobierno justicialista.

Luego, una semblanza del estado actual de la situación sanitaria del país, descripta a través de indicadores objetivos, con cifras tomadas de estadísticas oficiales, además de una descripción del sistema actual de salud y su utilización.

Finalmente, un conjunto de propósitos y estrategias políticas a mediano plazo. Estas tratan de reflejar en hechos concretos las propuestas del documento inicial, sin agotarlo en sus posibilidades. Es un plan de cambios posibles a partir del sistema existente en el plazo de un período de gobierno y presupone cambios generales en una política coherente.

SALUD:

Salud es considerada actualmente de diferentes formas:

- Como concepto moral abstracto con débil contenido sociológico, carente de una teoría del hombre en sociedad, y que cae en una transformación de los agentes de la salud y sus instituciones en ideales verbales, sin correspondencia con la realidad.
- Como un medio al servicio de la producción y un bien de consumo, dinamizador económico de la sociedad de producción y consumo, es decir como una "inversión" social, productivista y eficientista.
- Como servicio social, muy eficiente, pero que no se plantea la máxima realización individual, dejando de ser una fuerza positiva y progresista.
- Como válvula de escape paliativa y conformista para tensiones sociales, que sirve a la vez para impedir la corrección y la prevención de las causas que las motivan.
- Como un proceso comercial entre dos individuos, uno "sano" y el otro "enfermo", en relación paternalista, jerárquica y autoritaria, donde se ena-

jenan las cualidades humanas.

La salud es una función de la filosofía política de los diferentes sistemas sociales, y ha estado históricamente al servicio de las clases dominantes, quiénes la han usado para reforzar la perdurabilidad del sistema vigente. En nuestro país, hoy el campo de la salud se limita a la enfermedad, siendo por lo tanto un monopolio de los médicos. Los planes se limitan a la atención médica.

El concepto de salud escapa de la jurisdicción limitativa de la antinomia "enfermedad" - "No enfermedad". Todo individuo, durante toda su vida, enferma, cura o previene, a sí mismo y a los demás, por lo cual se debe intensificar y sistematizar la parte preventiva y curativa de esta interacción. Así la salud pasa a ser una preocupación general de toda la comunidad, de la que todos deben ser agentes.

Entendida en su más amplia acepción, y tomando en cuenta todos los factores que determinan el estado físico y psicológico de un individuo, la salud se convierte en el objetivo último de la organización social. Implica la obtención de igualdad de condiciones para la realización individual y el máximo de posibilidades para todos.

Presupone el cambio de los sistemas de producción y relación humana, con una concepción humanista, socialista y nacional, para que haya un cambio cualitativo y no un mero cambio cuantitativo de la estructura social vigente.

La política sanitaria debe estar inserta en el marco de una política nacional, con ideología y objetivos definidos, y en una sociedad con alta participación popular en las decisiones, igualitaria en la distribución de bienes, planificada y socializada.

Los conceptos de salud deben incluir nuevos valores frente al consumo, el trabajo y la sociedad, con criterios nuevos de selección de prioridades, asignación de recursos, evaluación de métodos y tipos de organización, de tecnologías y ciencias requeridas, de viabilidad en términos de recursos nacionales planificados y su administración en términos de condiciones locales.

Los trabajadores de salud en equipo interdisciplinario, deben integrar y orientar el proceso siempre en contacto con el sistema productivo y creativo en un trabajo de participación, ensayo y error, con desmitificación del rol científico donde los roles sociales se vuelven fluidos e inter-

cambiables en la relación médico-paciente, sano-enfermo, profesor-alumno, jefe-subordinado.

SITUACION ACTUAL DEL SECTOR SALUD EN LA REPUBLICA ARGENTINA

- Evolución y análisis histórico:

A comienzos del presente siglo ya están esbozadas las instituciones de salud que configurarán, hasta el año 1916, la fisonomía particular del sector. Las transformaciones sociales y económicas y el papel a veces activo de aquellas instituciones da lugar a un firme y progresivo cambio en la salud de la población, caracterizado, fundamentalmente por la elevación de la expectativa de vida al nacer y de la paulatina desaparición de enfermedades epidémicas que producen alta mortandad en la población.

Se esbozan, asimismo, muchas de las contradicciones que aún persisten en nuestro país, vinculadas al fuerte desequilibrio en el desarrollo entre áreas o regiones y a la persistente vigencia de instituciones tradicionales de escasa o relativa eficacia, imbricándose o enfrentándose con aquellas nuevas que las mencionadas transformaciones impone. Estas, de acuerdo al esquema agroexportador, sólo son acentuadas en la pampa húmeda y áreas adyacentes; por consiguiente, los cambios en la salud son significativos solamente en estas áreas. Tanto desde múltiples puntos de vista, como desde el particular de la salud, se configuran dos países diferentes, con disponibilidad de recursos y nivel y estructura de salud disímiles.

A comienzos de siglo encontramos a la Medicina lanzada efectivamente en la línea del progreso tecnológico, ampliándose sus perspectivas con la aplicación de técnicas eficaces de prevención y tratamiento de las enfermedades. Ello da lugar a modificaciones profundas en las organizaciones de salud: surge el hospital con sus características actuales de institución "curadora", que reemplaza la imagen de depósito de incurables y moribundos que poseía anteriormente, y se expanden las acciones de tipo preventivo -principalmente las vacunaciones y servicios de mejoramiento del ambiente urbano- lo que da lugar al crecimiento y consolidación de nuevas organizaciones que, habitualmente, pertenecen al Estado.

El médico argentino se forma, o termina de formarse, y se especializa en los grandes centros continentales europeos, especialmente franceses. De allí regresa con la particular filosofía de la Medicina vigente en la

época y sus "modelos" de organización y práctica profesional, los que no tardan en ser aplicados aquí. Una mezcla de anarquismo, liberalismo y aristocratismo conforma la mentalidad médica de la época, y la impregna de tal manera que aún mantiene poderosa vigencias en nuestros días.

Las instituciones pertenecientes al estado se desarrollan lenta y progresivamente. El énfasis particular está puesto, como se ha dicho, en las acciones preventivas y en el saneamiento urbano, a los que se agregan actividades de fiscalización (fronteras y transportes, farmacias y medicamentos, etcétera), pero también, y siempre con el criterio de estado subsidiario, se amplía la capacidad instalada pública para la medicina curativa. El Estado cumple un rol creciente construyendo y manejando una red cada vez más amplia de hospitales, pero al mismo tiempo contribuye a financiar a instituciones privadas que cumplen el mismo papel, por ejemplo, la Sociedad Argentina de Beneficencia.

El hospital es una institución cerrada: su diseño arquitectónico responde exclusivamente a expectativas del médico, carece de consultorios externos porque para la atención del paciente ambulatorio está el consultorio privado del médico, no intenta producir más salud en la comunidad que lo rodea porque al médico no le interesa, se limita a recibir pacientes que concurren espontáneamente o enviados desde el consultorio privado. Una vez ingresado el enfermo, todo lo que él es y representa desaparece; su personalidad, su capacidad de decidir y opinar y hasta su nombre se reducen a un número (el de la cama donde está internado) o a una denominación de la taxonomía médica habitual.

Tanto las instituciones de medicina curativa del Estado como las de la Sociedad de Beneficencias son destinadas a dar servicios a un tipo determinado de clientela: las clases sociales humildes y desposeídas, especialmente las pertenecientes al incipiente proletariado urbano. Comienza a tener vigencia práctica, también, cierta concepción productivista de la Medicina, en función de evitar pérdidas de horas-hombre de trabajo al aparato productivo urbano y de la dificultad de reemplazo de esta mano de obra calificada. Dado el tipo de explotación rural en nuestro país -extensivo, antes que intensivo- y al fácil reemplazo de la mano de obra rural, nada es lo que se hace por esta clase de proletariado.

El sanatorio sirve inicialmente para las operaciones quirúrgicas de los pacientes de clase acomodada que no quieren mezclarse con la cliente-

la del hospital. Con el avance de la tecnología médica el sanatorio amplía sus funciones a otras áreas de la Medicina, pero siempre con la característica de limitarse a la atención de pacientes internados ya que el consultorio privado funciona como elemento de atención de pacientes ambulatorios. Las ciudades de Buenos Aires y Rosario cuentan, ya a principios de siglo, con grandes y lujosos sanatorios donde la Medicina alterna con la vida mundana de la oligarquía local.

Otro tipo de instituciones que se desarrollan lentamente desde fines del siglo pasado son las asociaciones mutuales; éstas tienen mucha importancia puesto que constituirán más tarde, al promediar este siglo, el fundamento de organizaciones sociales de envergadura. Como lo indica su nombre, son asociaciones de ayuda mutua y son traídas de Europa por las distintas colectividades que integraban la tremenda corriente inmigratoria de nuestro país. Las variadas contingencias de la vida, entre ellas la enfermedad, son cubiertas por estas instituciones, ya sea mediante ayudas financieras o de prestaciones de servicios.

Las mutuales están financiadas mediante aportes periódicos de los beneficiarios y, en algunos casos, también por los gobiernos de los países europeos de donde proceden tales colectividades.

Así bosquejada la situación y evolución del sector salud en las primeras décadas del siglo, se producen ciertos hechos trascendentes que conducen a cambios significativos en la salud de la población y en la fisonomía de las organizaciones respectivas. El advenimiento en forma franca y desenmascarada de la oligarquía vacuna al poder, luego de 1930, las frustraciones populares consecutivas, el fracaso del esquema agro-exportador y la extrema debilidad del país ante la crisis económica mundial, entre otras, preparan las condiciones básicas para cambios significativos e irreductibles de la vida política, social y económica del país.

Al producirse la Revolución del 4 de junio de 1943 la situación sanitaria nacional, en una apretada síntesis, es la siguiente:

- a) ya han comenzado a producirse migraciones desde los medios rurales hacia los urbanos, en forma coincidente con el desarrollo de la industrialización,
- b) se producen, en forma creciente, mayores demandas y aspiraciones de los grupos más amplios de la población, con una consiguiente mayor presión sobre los servicios de salud.
- c) las organizaciones de salud, que mantienen esquemas de acción que se per-

- petúan sin modificaciones desde principios de siglo, se encuentran incapaces de hacer frente a las mayores demandas,
- d) el carácter benéfico y paternalista de la Medicina es cuestionado en forma creciente y, entre las luchas reivindicativas, surge la concepción del de recho a la salud,
 - e) la tecnología médica tiene un fuerte desarrollo, con lo que puede enfrentar más eficazmente los problemas asistenciales cotidianos; se produce una mayor especialización médica así como la incorporación de nuevas áreas de trabajo hasta entonces inexistentes,

El período iniciado por el General Perón tiene como directo responsable de la gestión en el campo sanitario al Dr. Ramón Carrillo. Ya antes de la puesta en marcha del primer plan quinquenal, siendo el Gral. Perón Secretario de Trabajo y Previsión, y por su directa inspiración, surge la primera legislación que, en materia de salud, intenta asegurar la vigencia de los mencionados derechos humanos; ella se refiere concretamente a la salud del trabajador rural y a los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales.

Los problemas que debe afrontar el gobierno revolucionario peronista exigen mucho esfuerzo nacional y, sobre todo, mucha inteligencia y capacidad creadora. El esquema general de gobierno se ajusta al siguiente resumen:

- a) fuerte aumento de los servicios y de la capacidad instalada de salud en el país, especialmente en las áreas marginales,
- b) llevar servicios a las áreas más pobres y aisladas del país, prescindiendo de toda concepción economicista de los efectos de salud a producir en la población,
- c) eliminar definitivamente la beneficencia aplicada a la Medicina y quitarle toda capacidad de decisión y presión política a la Sociedad de Beneficencia; sus instituciones pasan definitivamente a manos del Estado y de la Fundación Eva Perón,
- d) modernizar la capacidad instalada ya que ella no se adecua a los avances tecnológicos de la Medicina ni a una concepción más integrada, curativo-preventiva, de la misma, y definiendo un nuevo modelo de hospital que reemplaza al anterior,
- e) eliminar las trabas financieras para el uso de los servicios por parte de la población y las diferencias por clase o categoría social y económica, es decir, brindar servicios gratuitos e igualitarios, de acuerdo al principio de justicia social,

- f) de acuerdo a lo anterior, es el Estado el que asume la responsabilidad primordial de la atención a la población, ya no con criterio subsidiario sino como principal ejecutor,
- g) erradicar definitivamente aquellas enfermedades epidémicas de los medios urbanos y rurales que los gobiernos anteriores, por desidia e incapacidad, no habían sabido enfrentar; se inician los programas de erradicación del paludismo, la fiebre amarilla, la ancilostomiasis y otras parasitosis, etcétera,
- h) ampliar los servicios de mejoramiento del ambiente urbano, especialmente a través de programas de potabilización del agua, letrinización, control de alimentos, mataderos, etc.,
- i) desarrollo de programas de control de la salud de la madre, del niño y de población trabajadora sometida a riesgos importantes,
- j) ante la presión de las organizaciones gremiales y de la gran mayoría de la población asalariada del país se constituyen las obras sociales y servicios médicos gremiales las que son financiadas por aporte bipartito -trabajador y empleador- y, entre otros, dan beneficios de salud a los afiliados,
- k) desarrollar estructuras administrativas, nacionales y provinciales, que sirvan de soporte eficaz para la enorme acción a desarrollar, así como una legislación adecuada para el cumplimiento de los objetivos expuestos.

El gobierno justicialista transforma el viejo Departamento Nacional de Higiene y, en pasos sucesivos, crea el Ministerio de Salud Pública de la Nación; estimuladas para ello las provincias repiten tal organización, de modo tal que en pocos años se cuenta, a escala nacional, con la infraestructura pública necesaria como para afrontar las nuevas demandas que se generan. El número de camas de hospital existentes en 1946 son duplicadas en 1955, y se construyen cientos de nuevos establecimientos asistenciales y preventivos a lo largo y a lo ancho del país.

La etapa justicialista imprime marcas definitivas a la salud argentina: los indicadores de salud -mortalidad infantil, mortalidad general, mortalidad por tuberculosis, morbilidad por paludismo, etc., se modifican substancialmente y no sólo en la pampa húmeda, sino en todas las provincias del país. La concepción benéfica de la Medicina queda sepultada, reemplazada por una valoración humana y social más profunda, que, en el marco de la justicia social, implica el reconocimiento de un derecho humano inalienable.

A partir del año 1955 se inicia una nueva etapa para el país. Co

mienza a desarrollarse y a afianzarse una nueva concepción de tipo cientificista vinculada a la Medicina y su aplicación, que reemplaza definitivamente la figura del médico artesano de principios de siglo. Tal tipo de Medicina requiere una elevadísima utilización de tecnología, nuevos tipos de especialización que lleven a la superespecialización y organizaciones extremadamente complejas y diversificadas. Ello representa llevar a sus últimas consecuencias el mencionado desarrollo de la tecnología médica y a producir, nuevamente, cambios en las instituciones médicas a fin de adaptarlas a los nuevos conocimientos y de hacer frente a los elevados costos que suponen las correspondientes aplicaciones.

En los años 1956 y 57 se produce un hecho significativo para la salud pública argentina. Se refiere al regreso de gran número de técnicos y científicos que, resistentes al justicialismo, buscaron cobijo en el extranjero, principalmente en los Estados Unidos. Ellos, conjuntamente con otros que permanecieron en la penumbra en el país, toman las riendas en las Facultades de Medicina existentes y, con bastante buen éxito, logran aliarse con distintos grupos de poder y así poder ejercer presión en las organizaciones de salud. De aquí surge un conjunto amplio de experiencias, en las que, fundamentalmente, se intenta repetir en el país los modelos norteamericanos de organización médica y de formación, capacitación y práctica profesional.

DIAGNOSTICO DE SITUACION:

En el momento actual se asiste a nuevas situaciones, que superpuestas a otras viejas, manifiestan una crítica y desesperanzada marcha de las organizaciones que tienen que ver con la salud del pueblo. Estas situaciones se vinculan, por un lado, a que los viejos problemas de salud que afectan a la población siguen aún sin resolverse y, por otra parte, a la aparición de nuevos problemas a los que la Medicina y la salud pública actual no pueden aportar soluciones efectivas. Las enfermedades asociadas al deterioro socio-económico continúan agrediendo a núcleos importantes de la población, como lo prueba el hecho de las elevadas tasas de mortalidad infantil que persisten constantes.

Este hecho se explica por las fallas estructurales de todo el sistema social que condiciona, por un lado, la aparición de ciertos riesgos de enfermar y morir y por otro, una deficiente organización sanitaria incapaz de adecuarse a las necesidades reales de la población.

En el sistema de atención médica de nuestro país coexisten 3 subsectores: el público, el de obras sociales y el privado; que tiene distintas finalidades y que compiten entre sí en la prestación de servicios de salud. Esta competencia por la clientela da lugar a derroche de recursos, cobertura desigual de grupos de población y encarecimiento innecesario de los servicios de atención médica, conformando una situación caótica en la que existen grupos privilegiados que disponen de servicios de alta calidad mientras otros grupos marginados no tiene acceso a ninguna clase de atención en materia de salud.

En la Argentina es el Estado el que ha asumido, desde 1946, la principal responsabilidad por la salud de la población. Posee el 70% de las camas hospitalarias y es el único que ha desarrollado programas especiales para prevenir la aparición y/o pro pagación de las enfermedades. Las grandes luchas sanitarias, organizadas durante la gestión de Ramón Carrillo, los programas de la madre y el niño, etc., son ejemplos de las actividades públicas orientadas hacia la prevención.

El hospital público, base del subsector estatal, cumple una finalidad social, aparece en las zonas más alejadas contribuyendo a la accesibilidad geográfica de la población y presta sus servicios sin ningún tipo de discriminación a todo individuo que lo requiera. En general, los hospitales públicos son más complejos y sus funciones más diversificadas que los establecimientos de los otros subsectores y prácticamente es el único que atien

de a los pacientes con enfermedades infecto-contagiosas y crónicas y las necesidades de rehabilitación, a la vez que cumple, aunque deficientemente, las funciones de docencia e investigación.

A partir de 1955 el Estado comienza a resignar su responsabilidad rectora en la conducción de la atención médica y por consiguiente se desentiende cada vez más de su responsabilidad de asegurar el derecho a la salud de toda la población. Esta actitud, produce una retracción en la asignación de recursos que llevan a un deterioro progresivo del hospital público hasta arrastrarlo a la situación actual de abandono casi total.

En la actualidad el Estado, en el orden nacional, ni coordina, ni ejecuta, ni normatiza, habiendo perdido la jerarquía de Ministerio que adquirió en 1946 para transformarse sucesivamente en Secretaría y Subsecretaría en los años 1966 y 1971 respectivamente.

Las obras sociales, mutualidad y servicios médico gremiales, son instituciones cuyo objetivo es el de proteger a la población afiliada a través de la prestación de servicios que mejoren las condiciones de vida de los beneficiario. Las prestaciones médicas constituyen uno de los principales servicios que dan tales instituciones permitiendo asegurar la vigencia del derecho a la salud de los beneficiarios.

Algunas de ellas operan a través de servicios propios, otras contratan con terceros, -habitualmente del subsector privado - y otras presentan modalidades mixtas. Los beneficios que otorgan y la forma que éstos son efectivizados son dispares en grado tal, que es posible decir que no existen dos instituciones iguales.

En escala nacional el panorama es anárquico y desigual entre instituciones, ya que existen algunas con abundancia de recursos que dan beneficios mayores y mejor calidad de las prestaciones que otras que tienen recursos muy escasos.

En general, los servicios médicos que prestan están limitados a la atención médica reparadora siendo muy poco lo que se hace en prevención y rehabilitación de la salud.

A pesar de los defectos mencionados, la filosofía de estas instituciones es válida, mereciendo especial atención la participación por parte de los beneficiarios en el control de la institución.

El subsector privado, constituido por las empresas sanatoriales y los consultorios médicos privados, tratan, en general, de mantener una alta tasa de consumo a través de la repetición de contactos que aseguren un ingre-

MEDIDAS INMEDIATAS:

Las medidas que se proponen apuntan a dar las bases legales mínimas para poner en práctica las políticas enunciadas y a orientar dentro del nuevo marco ideológico propuesto la filosofía y práctica del actual sistema de atención médica.

- Ley de creación del Servicio Único Nacional de Salud. Organizado en base a las actuales estructuras oficiales (Nacionales, Provinciales y Municipales) y de Obras Sociales.
- Ley de Registro Nacional de Trabajadores de Salud.
- Ley de Medicamentos.
- Congelamiento del precio de los medicamentos hasta la promulgación de la Ley, Formulación de un Vademecum Nacional.
- Gratuidad absoluta en la consulta médica, internación y prestaciones de diagnóstico en los subsectores público y de Obras Sociales.
- De acuerdo a los recursos económicos disponibles se fijarán prioridades para la provisión gratuita de medicamentos, prótesis y otros elementos necesarios.

so mayor. Así como existe un mercado de bienes y servicios económicos, en torno a la medicina se ha generado un mercado similar que se ha tratado de subordinar a las leyes de la oferta y la demanda. Todo enfermo o persona potencialmente enferma es considerada un "consumidor".

Los consultorios privados fueron fuente de prestigio, status e ingresos materiales más o menos substanciales hasta hace unos pocos años, en la actualidad, la gran cantidad de médicos, estimada en alrededor de 45.000, unido a la afiliación a obras sociales de una alta proporción de la población hacen que el gremio médico se pauperice rápidamente. Esta pauperización afecta fundamentalmente a los médicos jóvenes que egresan de las nueve Facultades de Medicina del País. Sus perspectivas se limitan a lograr algún cargo rentado que les permita subsistir y muy frecuentemente son empleados por las empresas de prepago privadas que venden atención médica barata a expensas de la explotación de estos médicos.

Esta medicina liberal de mercado, con su práctica profesional individualista y competitiva, no favorece el trabajo en equipo, no permite la correcta distribución del recurso humano médico que se concentra en las zonas de mayores posibilidades económicas y está en contradicción con la práctica de una atención médica integral al servicio de la necesidad popular.

MORTALIDAD:

El nivel de mortalidad general para todo el país, se mantiene dentro de valores que corresponden a la estructura por edad de la población, advirtiéndose, sin embargo diferencias acentuadas entre distintas zonas del país. Es así, que la Capital Federal presenta una tasa de 9.6 x 1.000 con estructura de población envejecida, mientras que en el otro extremo Jujuy, con una alta proporción de población menor de 15 años, tiene una tasa de mortalidad de 14.8 x 1.000.

Esta diferencia, a pesar de ser grande, no es un reflejo acabado de las diferentes condiciones de vida (nivel socio-económico, oferta de atención médica, etc.) que se dan entre ambas jurisdicciones, y que se ponen en evidencia cuando se utilizan indicadores más sensibles, tales como: la mortalidad infantil y la mortalidad en niños de 1 a 4 años de edad, que traducen claramente el impacto que las reales condiciones de vida producen en estos grupos especialmente vulnerables a la agresión del medio social.

En 1965 la mortalidad de los niños de 1 a 4 años era del 1.0 x 1.000 para la Capital Federal y del 22.6 x 1.000 para Jujuy. Durante los 10

la desnutrición y en las inadecuadas condiciones en las que transcurre la vida de importantes sectores de nuestra población, castigados por la falta de trabajo, el salario insuficiente, la mala vivienda y las dificultades de acceso a la educación y a la atención médica.

ESTADO NUTRICIONAL:

Es difícil elaborar un cuadro preciso del estado nutricional de nuestra población por falta de información completa y adecuada, no obstante podemos aproximarnos al problema a través de algunos indicadores indirectos o estudios parciales que ponen en evidencia la gravedad del déficit nutricional.

Hasta hace algunos años la Argentina era una de las poblaciones mejor ubicadas del mundo en cuanto al consumo de proteínas animales por habitante. Las restricciones al consumo y el alza de los precios han producido, de acuerdo con los planes del gobierno, un gran descenso del consumo, que ha influido en el estado nutricional de los grupos humanos de menores recursos, que agobiados además por el descenso de su poder adquisitivo han debido restringirse en el consumo de alimentos esenciales, que paradójicamente son los más costosos.

Estudios parciales han demostrado que en ciertas áreas, la situación nutricional está extremadamente deteriorada. Encuestas realizadas en Salta en 1967 muestran que en la ciudad capital de esta provincia el 31.8% de los niños menores de 5 años presentaban grados moderados o graves de desnutrición, elevándose este porcentaje al 69% en la localidad de Cachi.

La Investigación Interamericana de Mortalidad de la Niñez realizada por la OPS en algunos países de América, mostró que en las provincias de Chaco y San Juan, en el 57% y 37% respectivamente de las defunciones de menores de 5 años, aparecía la deficiencia nutricional como causas asociada a la enfermedad que había provocado la muerte.

Por otra parte, la aparición en varias provincias de las deficiencias nutricionales entre las 10 primeras causas de egresos en los niños menores de 5 años, internados en hospitales públicos y la ya indiscutible asociación entre la desnutrición y la patología infecciosa como causa de muerte en la niñez, son fehacientes indicadores que bastan para destruir el mito de que en Argentina no hay hambre.

La persistencia del sarampión como causa de muerte, que en el año 1968 cobró más de 2.000 vidas infantiles, refuerza lo mencionado acerca

de las condiciones nutricionales de la población a la vez que señala la ineficacia del sistema de atención médica.

DEMANDA DE ATENCION MEDICA:

La proporción de personas que consultan al médico en un año, muestra para el año 1970, que en el Area Metropolitana, zona de la más alta demanda en atención médica del país, el 66% de los individuos habían consultado al médico durante ese año. Este porcentaje desciende al 52% en la región Noroeste del país para el mismo año; las restantes regiones de desarrollo se ordenan entre estos dos valores.

Sabemos que aún en el área metropolitana, que muestra los valores más altos de demanda, existen barreras económicas y culturales que limitan el acceso a los servicios de atención Médica. Esto nos indica, indirectamente, que la cobertura en el resto del país estaría muy lejos de satisfacer las necesidades de la población.

Otra manera de mostrar la insuficiencia de la cobertura, es a través del comportamiento que adopta la población que percibe algún problema de salud; en el Area Metropolitana pudo comprobarse que del conjunto de la población que no había consultado al médico un 24% percibió enfermedad, razones de índole económica y cultural hicieron que pese a sentirse enfermos no demandaran atención médica.

La observación de otro indicador, la tasa de consultas por habitante y por año, muestra para el país un valor promedio aceptable (5 consultas por habitante/año), pero vuelve a marcar, como tantos otros indicadores, las grandes diferencias que se viven en nuestro territorio según las regiones que observemos. Así en el Area Metropolitana alcanza su máxima expresión 7,5 consultas por habitante/año, mientras que en la Patagonia y el Noroeste la tasa es de sólo 3.5 consultas/año, la región del Noroeste no muestra por cierto, una mejor situación pues su tasa es de 4.3 consultas habitante/año.

El más alto promedio de consultas por habitante y el mayor porcentaje de consultantes hace que en la Capital Federal y conurbano se concentre el 50% de los 120 millones de consultas médicas que se estiman para un año en todo el país.

En estudios recientes se ha comprobado que en el acceso a la atención médica tiene importancia relevante la posibilidad económica del individuo, observándose una asociación directa entre la tasa de consultas y el

nivel de ingresos.

El impacto de estas restricciones es amortiguado en parte por los servicios, que aunque de calidad inadecuada y de dudosa gratuidad, ofrece el Estado. Donde surge con todo vigor la discriminación económica es en la atención odontológica, área en la que el Estado y las obras sociales ofrecen cobertura mucho más restringida que en el campo de la consulta médica.

Es conveniente destacar nuevamente que la atención médica en nuestro país presenta además del déficit en cobertura, déficit de calidad que se pone de manifiesto en un tipo de atención coyuntural que ni siquiera contempla integralmente el problema de la enfermedad, limitándose a la atención de los síntomas, y con gravísimas falencias en el área de la rehabilitación. Basta para dar una idea de nuestra afirmación que de las 40.000 defunciones de niños menores de 5 años que se producen en el país cada año, más de la mitad se producen por afecciones curables y/o evitables. De estas defunciones el 25% aproximadamente se produjeron sin atención médica, es decir, en Argentina por lo menos la cuarta parte de los niños que mueren no llegan al sistema de atención médica.

FINANCIACION:

Se estima que el gasto total en salud para el año 1971 es alrededor de los \$ 8.000.000.000.- (Ocho mil millones de pesos ley), cuya distribución es aproximadamente la siguiente: 50%, gasto directo de la población y 50%, presupuesto oficial y aportes a Obras Sociales y Mutuales.

La distribución de los cuatro mil millones que constituyen el gasto directo de la población, es decir lo que pagan las familias para "comprar" salud, y que no incluye las retenciones salariales, muestran que la mayor proporción se deriva al gasto en medicamentos (45%), consulta médica (22%) y consulta odontológica (22%) aplicándose el resto a internación, laboratorio radiología y prótesis.

En un país como la Argentina, donde el Estado posee una red de servicios amplios y un 60% de la población está afiliada a algún sistema de cobertura social, no es admisible que las familias gasten en promedio alrededor de \$ 700 ley por año para atender su salud.

Es evidente que el alcance de los servicios públicos y de obras sociales se limitan a la consulta médica y a la internación, cubriendo en menor escala la necesidad de medicamentos y tratamiento odontológico que concentran las 2/3 partes del gasto directo.

Un aspecto importante que merece ser analizado es cómo se canalizan los fondos de Obras Sociales. Como ya se ha comentado las Obras Sociales y Mutuales poseen escasa capacidad instalada propia en relación a la población afiliada y contratan las prestaciones que no pueden cubrir con el subsector privado, volcando una parte sustancial de sus recursos económico a este subsector en detrimento del subsector público.

El Estado cubre y financia aproximadamente el 30% de las consultas médicas y el 42% de las internaciones. Las Obras Sociales y Mutuales dan cerca del 12% de las consultas y financian algo más del 20%; en internación estos valores son del 7% y 28% respectivamente, esto significa que las Obras Sociales están contribuyendo a mantener una medicina liberal que lucra con las prestaciones pagando, al subsector privado, aproximadamente 10 millones de consultas y 550.000 internaciones.

POLITICA SECTORIAL DE SALUD:

Las medidas propuestas definen el marco político del sector salud, que no debe estar separada de soluciones nacionales de fondo, dentro del contexto ideológico y de la política general enunciada a través de los principios de la Doctrina Justicialista.

Es en este marco que se proponen medidas a partir de la comprensión de que sólo un verdadero cambio, que signifique la ruptura de los lazos de dependencia y una auténtica autonomía nacional, basada en la efectiva participación de las mayorías populares en el poder, puede permitir la organización y puesta en marcha de un sistema de salud que brinde prestaciones en consonancia con estos principios.

Acorde con lo expresado precedentemente el propósito es reemplazar la medicina liberal-cientificista, cuya ideología pone énfasis en el lucro con las prestaciones de salud, por un Sistema de Salud al servicio del pueblo.

POLITICA GENERAL:

Siendo la Salud de la población el objetivo último de la organización social, el Estado es responsable de asegurar el acceso a la misma en forma gratuita e igualitaria a través de un Sistema Nacional único de Salud que incluye a todos los recursos humanos, materiales y financieros del Sector.

- Los servicios y prestaciones deben darse por la mera condición humana de

quien lo recibe no admitiéndose diferencia. Para ello se eliminarán todas aquellas barreras que dentro del sistema restringen el acceso de la población a los servicios de salud.

- Los servicios serán gratuitos no mediando ningún tipo de pago. Todo aquel que recibe una prestación no deberá efectuar ningún tipo de retribución antes, durante o después de ella.
- Las rentas generales del Estado son las que deben financiar el sistema. Los mecanismos financieros del tipo de la Seguridad Social son injustos pesando negativamente sobre una equitativa distribución de la riqueza, ya que frecuentemente invierten el criterio de solidaridad social por el que se fundamentan.
- No debe existir libre empresa con relación a las acciones de salud ya que ésta favorece la estéril competencia entre organismos y sistemas, el incremento de costos, las desigualdades en la atención de la población, el uso indiscriminado de tecnología e inadecuada distribución de recursos, la práctica individualista y deshonestas de la medicina, el consumo superfluo de medicamentos y drogas y favorece las formas sofisticadas y triviales de la práctica médica.
- El Sistema Nacional Unico de Salud será responsable de asegurar el acceso a la salud de toda la población. Todas las organizaciones que cumplen actividades de salud y sus respectivos recursos deben formar parte del sistema organizativo. Sus objetivos deben ser definidos en el contexto del sistema social global con la activa y plena participación del pueblo organizado a todo nivel.
- Esta participación deberá ser efectiva, y asegurar el flujo ascendente de la programación, canalizando las expectativas y necesidades populares. Tendrá como fin evitar el desfasaje entre el accionar de los equipos técnicos y las necesidades sentidas de la población, y a su vez promover la toma de conciencia de otras necesidades en salud.

ATENCIÓN MÉDICA:

Propósito:

Lograr el 100% de cobertura de la población por el Sistema Unico Nacional de Salud, con carácter igualitario, en todo el país.

Estrategia:

El Sistema Unico Nacional de Salud (S.U.N.S.) y el pueblo organizado estarán en interacción permanente. La participación popular en la planificación, ejecución y control de las actividades del sector constituye la base fundamental del sistema para el logro del propósito enunciado.

El S.U.N.S. se hará cargo del total de las modalidades o categorías de prestaciones que surjan de la tecnología disponible. Toda la población tendrá asegurado el acceso al sistema para acciones de promoción y prevención, control de salud, atención de la patología y rehabilitación. El S.U.N.S. operará a través de las modalidades consultas, internación y visita domiciliaria.

En un primer momento para definir la extensión de cada una de las acciones se tendrá en cuenta:

- Grupo socioeconómico que requiera mayor atención.
- Area geográfica que como consecuencia de su nivel de salud e infraestructura sanitaria deba ser asistida con preferencia.
- Problema de Salud de mayor impacto social.
- Grupos que por su edad o características biológicas seas más vulnerables.

SANEAMIENTO:Propósitos:

Extensión del suministro de agua potable por medio de conexiones domiciliarias a la población urbana y suburbana y aprovisionamiento de zonas rurales.

Provisión de medios sanitarios de eliminación de excretas a la población que no dispone de esos servicios.

Establecimiento de métodos para la recolección, transporte, tratamiento y disposición de desechos sólidos.

Control de fuentes de contaminación del agua, atmósfera y suelo.

Control de alimentos, de riesgos ocupacionales, de accidentes y vectores de enfermedades.

ORGANIZACION DEL SERVICIO UNICO NACIONAL DE SALUDPropósito:

Creación de un S.U.N.S. responsable de la conducción, planifi-

cación y administración de las acciones de salud, con alto grado de descentralización y un máximo control popular en todos los niveles de decisión.

Estrategia;

Incorporar al sistema estatal los recursos humanos, físicos y financieros del subsector de Obras Sociales y Mutuales y del subsector privado.

Desarrollar en cada una de las provincias un esquema de regionalización a través de un sistema escalonado de servicios partiendo de una unidad mínima hasta una de máxima complejidad que permita asegurar prestaciones de cantidad y calidad igualitaria para toda la población. Todo este conjunto constituirá la red nacional de servicios.

- Las estructuras provinciales, responsables de la conducción a nivel jurisdiccional, adecuarán su organización y funcionamiento a las pautas generales dictadas por el S.U.N.S. El Sistema Unico Nacional de Salud propenderá una descentralización basada en un auténtico federalismo, y no un federalismo formal concebido como instrumento de defensa de los intereses de los grupos dominantes oligárquicos provinciales.
- La unidad de acceso al sistema estará constituida por los actuales servicios de baja complejidad y consultorios médicos y odontológicos particulares. Estas unidades de base son las que deberán promover la interacción del S.U.N.S. y el pueblo organizado. Los restantes escalones del sistema estarán constituidos por los establecimientos oficiales, de obras sociales y mutuales y privados de mediana y alta complejidad.
- En cada área sanitaria el establecimiento de mayor complejidad será el responsable de la ejecución y control de las actividades a brindar a la población asignada a dicha área, así como de supervisar y evaluar la calidad de las prestaciones.
- La planificación y programación de las actividades se hará a nivel local con amplia participación popular, consolidación por área y jurisdicción y compatibilización a nivel nacional.

Hasta tanto se logre la absorción por el Estado de la totalidad de los recursos en operación, el mismo actuará como ente coordinador. Con respecto al subsector privado se podrán realizar convenios u otras formas contractuales que permitan el uso de estos recursos en beneficio de la población

general.

RECURSOS HUMANOS:

Propósito:

Disponer de la cantidad y calidad adecuadas del personal de salud necesario para el cumplimiento de las acciones programadas en el sector.

Estrategias:

Establecer un registro nacional de trabajadores de salud a fin de obtener información sobre existencia, distribución, utilización y capacitación del personal asignado al sector y de habilitarlo para el ejercicio de su profesión.

Redefinir las profesiones, roles y funciones del personal en salud en función de las necesidades de la población y de las características de las acciones a realizar.

La incorporación al S.U.N.S. será por dedicación exclusiva tratando de incluir el máximo de personal de salud disponibles.

Favorecer la utilización de los trabajadores de salud mediante su redistribución, capacitación y adiestramiento, jerarquización de las funciones, remuneración adecuada y oportunidad de movilidad vertical.

Cooperar con las acciones de las instituciones docentes y el S.U.N.S. para conciliar la formación y educación continuada del personal de salud.

Dar prioridad en los programas de formación al personal de enfermería, técnicos y auxiliares de áreas críticas.

FINANCIACION:

Propósito:

Asegurar el funcionamiento del S.U.N.S. en óptimas condiciones, de acuerdo a las posibilidades del país y asegurando la gratuidad total de todas las prestaciones.

Estrategias:

El monto de los recursos necesarios para el sistema de salud serán los aportes que el Estado provenientes de las rentas generales de la Nación, realizadas sobre la base de un criterio de recaudación tributaria sustentada en la equidad social.

Orientar y controlar el gasto en salud a fin de evitar erogaciones superfluas y canalizarlo hacia las reales prioridades sanitarias.

Esto se logrará a través de:

- La participación activa y el control del Estado en la determinación de precios, producción, volumen, tipo, variedad, especificaciones, técnicas, distribución y comercialización de los siguientes productos: medicamentos y drogas farmacológicas, equipos, aparatos e instrumentos médicos y de alimentos y bienes de consumo que puedan afectar la salud.
- De que todas las organizaciones que cumplen actividades de salud deben formar parte del sistema organizativo, y su objetivo, régimen de trabajo y propiedad será determinadas por el S.U.N.S.
- Se promoverá la industria nacional de medicamentos y productos biológicos, equipos, aparatos e instrumental médico, regulando su importación y eliminando la libre comercialización, incluyendo la publicidad que se hace de estos productos.

El S.U.N.S. determinará el presupuesto necesario para su correcto funcionamiento, así como asignará los recursos correspondientes para cada uno de los servicios a nivel provincial, tanto sea para operación como para inversión, según la escala de prioridades antes señalada.

Las inversiones de nuevas plantas físicas y equipos serán controladas por el S.U.N.S.

La remuneración de los integrantes del S.U.N.S, al cual los trabajadores de salud deberán pertenecer en forma exclusiva, se regulará a través de salario o régimen de capitación, el cual tendrá su correspondiente estímulo en aquellas áreas geográficas o especialidades críticas.

En una primera etapa y hasta tanto se efectúen las reformas al sistema tributario, el financiamiento se basará en los fondos del presupuesto general de la Nación, de la Obras Sociales y Mutuales, y de toda otra fuente oficial que aplique recursos al cuidado de la salud.