

MENSAJE - FUNDAMENTOS

La concepción moderna del Estado hace a este garante de la salud de sus habitantes. Este concepto ha sido incorporado al texto de nuestra Constitución. Si es uniforme la concepción anterior, no lo es la alternativa que puede escogerse para aplicar tal principio. Así algunos países -en general los socialistas- hacen desempeñar al Estado la función de prestador directo de los servicios; otros -en general los del Occidente de Europa- hacen participar al Estado, como financiador o cofinanciador y como codirector del sistema de prestaciones. En otros países el Estado suministra servicios a sectores especiales (fuerzas armadas, veteranos de guerra, empleados del Estado) o desprotegidos (indigentes, ancianos, enfermos crónicos).

Es obvio que, en nuestro medio, la definición del Estado al respecto ha resultado incoherente, pues por períodos ha propugnado una u otra conducta, y a veces hasta todas simultáneamente.

La historia de los últimos 30 años de nuestro país ejemplifica este aserto. Con el advenimiento del primer Gobierno Peronista se dió impulso al sector estatal, ampliándose notablemente la capacidad instalada por el Gobierno Nacional y poniéndose bajo su dependencia los establecimientos de la ya anacrónica Sociedad de Beneficiencia. En setiembre de 1947 se redacta el proyecto de la Ley(13012)("de Bases") en el cual se establecía la organización de la salubridad general e higiene pública de la Nación, se fijaban las bases para la acción efectiva y se creaba un Fondo Nacional para la Salud, destinado a financiar este servicio en el orden nacional, provincial y municipal.

En esta misma época surge el sector de obras sociales, a punto de partida de la acción del Gobierno y los trabajadores organizados.

En el interregno militar 1955-58 se señalaron ~~diversas~~ deficiencias de organización y limitaciones en la formación de personal directivo y de enfermería, pero en la práctica se inició una disminución progresiva del sector estatal en la participación del gasto en Salud. Desde entonces, a la vez que el Estado desprotegía sus establecimientos, estimuló el desarrollo de Obras Sociales para sus propios empleados, dando así ejemplo y confirmación a quienes pudieran desconfiar de la aptitud del Sector gubernamental para la organización y manejo de la atención de la Salud. Esta última tendencia llegó a su culminación con la creación del INOS, sancionando así el propio Estado la existencia de otra estructura de planificación y financiación paralela a la gubernamental, y dando un paso fundamental hacia la estratificación de la población en tres sectores: pudiente, trabajador en relación de dependencia; indigente, cada uno con su propia medicina.

Mientras tanto, diversas reformas parciales (Servicios Provinciales de Salud, Reforma Hospitalaria, Descentralización de Establecimientos, Modelos de Planificación Sectorial) demostraron su inoperancia para resolver globalmente el problema, puesto que no lograban salvar dificultades de financiación o de real integración del trabajo profesional.

Es objeto de esta ley afirmar el principio de solidaridad nacional, superando el concepto ya añacrónico de la mutualidad profesional o por nacionalidad de origen, sólo defendible ante la desconfianza generada por sucesivos gobiernos desentendidos de las necesidades populares e incapacitados de llevar las decisiones a los niveles de base.

En el campo más específico de la atención médica, es indispensable que el Estado asegure principios de igualdad, accesibilidad, calidad y oportunidad.

La experiencia nacional e internacional enseña que si la solidaridad mutual permitió a principios de siglo el acceso a la medicina de grupos cuyos individuos aislados no podían pagar los honorarios médicos y los derechos de internación, hoy en día sólo la solidaridad nacional permite evitar que los grupos económicamente más privilegiados se apropien de los servicios de cada vez mayor calidad, complejidad y costo, en desmedro de los grupos de menores ingresos.

En este proyecto se procura superar de raíz estas deficiencias. A tal fin, se define en forma específica la función del Estado, como garante económico y cogestor en la dirección del sistema.

Se establece un sistema integral y unificado que pretende ser único, si bien respeta el derecho del ejercicio profesional fuera del mismo -para los profesionales que no ingresen al sistema- y aun -como proceso de transición- la existencia de sistemas de atención propios para grupos profesionales o comunitarios.

Se asegura la continuidad jurídica de los servicios preexistentes, obediendo a nuestro ordenamiento jurídico-institucional, a circunstancias económicas y a razones de orden práctico-profesional.

Estas consideraciones hacen que esta Ley se postule de orden público, con el fin de superar barreras jurisdiccionales que harían materialmente inaplicable este proyecto.

Todo el proceso transicional ha sido especialmente considerado, dada la natural desconfianza de los grupos de la comunidad acerca de la eficacia de los sistemas propugnados por nuestro Estado.

Se plantea como primera y fundamental etapa la unificación de las dos superestructuras estatales existentes en materia de salud, como paso elemental que debe dar el Estado para poder convocar a la unificación en el Sistema al Sector privado.

En efecto, en la actualidad coexisten dos superestructuras estatales independientes en materia de salud: una integrada por la Subsecretaría de Salud Pública de la Nación y sus similares provinciales y municipales; la otra el sistema de obras sociales centralizadas por el INOS (Ley 18.610). Se ha obviado el camino de hacer predominar a la una sobre la otra y a punto de partida de un renacimiento de la confianza en el Estado, se adopta la solución, unificarlas a través del Sistema Nacional Integrado que se propone y que tiene en el Consejo Federal de Salud, integrado por el Estado, beneficiarios y prestadores de salud, su organismo de aplicación.

El Consejo Federal de la Salud retoma y unifica la planificación, organización, financiación y ejecución de todas las acciones concernientes a Salud, en un núcleo inter estatal. El INOS y las obras sociales, en general retienen su autonomía y estructura, pero en lo correspondiente a Salud transfieren su responsabilidad y los fondos pertinentes al Sistema. Las obras sociales estatales se incorporan de inmediato al Plan, las obras sociales sindicales, los hospitales de comunidad y los servicios privados en general, incluidos clínicas y consultorios pueden incorporarse en cualquier momento toda vez que se ajusten a las normas administrativas y técnicas del Sistema. El criterio es conferirle la suficiente flexibilidad como para evitar colisiones entre intereses de sector, pero sin permitir que los mismos interfieran con el interés general de la Nación.

Un hecho a destacar es que el Sistema Nacional de Salud absorberá gradualmente la estructura y funciones actuales de las Subsecretarías de Salud Pública de la Nación y Provincias.

El proceso transicional plantea desarrollar el Sistema por etapas -a fijar por el Consejo Federal de la Salud- pero limitadas en cuanto a lograr la puesta en marcha para toda la República en no más de tres años. Se trata en este sentido de una Ley-Plan.

Los principales fundamentos normativos del proyecto son dos: el primero es la unificación de todas las actuales fuentes de financiación; el segundo la concentración del trabajo profesional en relación a un solo centro o área programática.

Como consecuencia, la integración de los servicios y su racionalización, con la consecuente eliminación de estructuras y administraciones superpuestas.

En concordancia con los principios de la justicia social, esta Ley-Plan establece una política definida que redistribuye las cargas de los actuales sistemas. El salario deberá ser progresivamente desgravado, a punto de partida de los actuales índices de aportes. Se suprimen los aportes de jubilados y pensionados y se disminuirán o suprimirán los co-seguros de prestaciones de alta complejidad (en general muy costosas) y de otras que -por lo cotidianas- den como resultante alivio para la economía de los sectores más necesitados.

En cuanto al gasto en Salud y específicamente en materia de Atención Médica, se establece una cláusula de re-aseguro por la cual el Estado Nacional debe subsidiar cualquier déficit, y asegurar, en todos los casos que el Sistema pueda disponer de no menos del 6% del PBI para atender tales prestaciones específicas. Este índice es una media razonable, que surge de lo que actualmente gastan 20 países extranjeros con muy diferentes organizaciones y grado de desarrollo y probablemente, se aproxima a nuestra realidad actual, aun no exactamente determinable. Dicho porcentual se ha fijado teniendo en cuenta que se producirá un incremento de la demanda, a raíz de la supresión de barreras actualmente vigentes (co-seguro, gasto directo, etc.); además, la desgravación de los salarios y la implantación progresiva de la Carrera Sanitaria Nacional aumentarán significativamente el gasto a cargo del Estado.

En lo referente a financiación el Sistema se inicia en situación desfavorable. En el momento actual, tan sólo el conjunto de prestaciones de atención médica, insume -o debería insumir- 1 1/2 Billones de pesos m/n por año, de los cuales 600 mil millones, o sea la mitad, estarán (no lo podemos precisar exactamente- siendo aportados por el usuario en el momento de la prestación.

Idealmente, el monto propagado debería ascender a no menos del 75-80% del total. Se ha optado por iniciar el Sistema tal como ahora está financiado, pero resaltando la necesidad de ajustar progresivamente el monto del gasto total al PBI, y de hacerlo a través de impuestos que no graven al trabajador ni al usuario.

La introducción del concepto de área programática y su jerarquización, constituye un criterio fundamental. Por esa razón se propone la puesta en marcha del Sistema integrado de prestaciones por áreas, presuponiéndose que se organizarán más fácilmente las que no incluyan los mayores centros urbanos y cuyo desenvolvimiento servirá de efecto demostrativo para el avance del Sistema.

Esta estrategia facilitará una adecuada participación de todos los protagonistas del proceso a nivel de área.

La organización del Sistema de prestaciones por área delega en éstas la capacidad de contratar al cuerpo profesional -dentro de normas generales a determinar por el C. F.- con el objeto de que haya la mejor adaptación posible a variantes regionales que aseguren la mayor eficiencia del trabajo profesional y eviten, en especial, la funcionalización.

La funcionalización del cuerpo profesional y la burocratización del sistema son quizás los principales peligros que deberán sortearse. La acentuación de la desconcentración -tanto en el manejo administrativo como en los aspectos propiamente técnicos- poniendo la dirección de las áreas en manos de profesionales idóneos (que hoy existen ya en calidad y cantidad) bajo el control de prestadores y beneficiarios directos, es la alternativa juzgada eficaz para evitar tal problema. Solo un Gobierno asentado sobre bases auténticamente populares puede afrontar con confianza y seguridad el paso decisivo que importa poner en las manos de los directamente interesados el manejo del Sistema.

Todos los trabajadores de salud en el ámbito del Sistema ingresarán, serán promovidos y egresarán del mismo conforme con una carrera Sanitaria Nacional. Es propósito de la misma -para los niveles profesionales- evitar efectos indeseables, como la medianización y congelación de aspiraciones científicas y sociales. Por esa razón, el nuevo régimen de trabajo establece estímulo o incentivo para los profesionales además de asegurarles un ingreso compensador, capaz por si mismo de traducirse en adecuado bienestar social económico. El trabajo "ad-honorem" será suprimido. La justa retribución y la posibilidad de promoción será igualitaria para todos, cualquiera fuese el lugar de desempeño, facilitando así la radicación del equipo de salud en zonas desfavorables, con toda la cobertura de la seguridad social y las ventajas de la educación de post-grado.

La Ley prevé la continuidad y progresión del personal del Sistema a través de todas sus estructuras y niveles, pretendiéndose limitar los efectos de las interferencias partidistas o de los cambios políticos a los altos niveles de conducción.

La incorporación de la Universidad a los niveles de conducción tiene por objeto dotar a todo el proceso, y en particular al de la formación del recurso humano, de la indispensable visión perspectiva que requieren las empresas de largo aliento.

Un aspecto esencialísimo que el proyecto plantea es el de establecer, más que un régimen específico y rígido de financiación, organización y prestaciones, un sistema bajo el cual puedan ser ensayadas y modificadas -en función de la experiencia y las cambiantes necesidades sociales- variantes encuadradas en las normas generales de la Ley y las que den luego sus organismos de aplicación.

Se propugna la cogestión del sistema en todos los niveles y la mayor desconcentración de funciones -inclusive normativas- compatible con la formulación centralizada de la Política General de Salud, a encuadrar dentro de los lineamientos de las Políticas Nacionales que establecen los organismos competentes del Estado: el P.E. y el Congreso Nacional. A partir de tal idea, el proyecto destaca la participación predominantemente estatal de los niveles superiores que hacen a la definición política, mientras que el manejo de las áreas -donde se concentran todas las decisiones que hacen al funcionamiento regular de los servicios- queda en manos de profesionales idóneos bajo el control directo de los beneficiarios y prestadores de servicios.

Dado que el principal componente del gasto en salud lo constituye el rubro medicamentos, -se ha dimensionado en nuestro medio mucho más allá de lo que es razonable y se observa en países de similar desarrollo económico y social- se postula la necesidad de que el sistema pueda tener acción efectiva en su industrialización y comercialización. Otro tanto ocurre en relación con los rubros que representan importantes factores en el proceso de inversión y que, como en el caso anterior, también colocan al Sistema -y a nuestro país- en clara situación de dependencia económica y tecnológica del extranjero.

El Anteproyecto que se presenta ha reflejado -finalmente- las numerosas iniciativas originadas por las organizaciones estatales, legislativas, sindicales y profesionales desde 1945 (1132) hasta la fecha- De ellas se ha rescatado lo que es positivo y vigente, soliciándolo al documento en sentido prospectivo y cuidando que el mismo resultara equilibrado en cuanto a ajuste y flexibilidad. Podríamos definir sumariamente el proyecto como de claro contenido nacional, puesto que se ha pensado en función de Argentina 1973, sin encuadrarlo en ningún modelo extranjero.

No obstante, el análisis de resultados al cabo de muchos años de implantación de servicios y sistemas de salud en varios países, ha permitido rescatar doctrinas y procedimientos, evitando repetir errores y resultados indeseables.

Toda redistribución de cargas implica cesión parcial de derechos, en este caso a favor del pueblo entero. Por consiguiente y dadas las circunstancias históricas por las que atraviesa el país -nunca se han dado coincidencias más favorables para producir un cambio sustancial en materia de salud- descontamos la favorable acogida que ha de tener el presente anteproyecto.