

ES NECESARIO REDISEÑAR EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO?

Se reconocen cuatro grandes modelos de organización de los sistemas de salud en el mundo: el estatista puro, presente en escasos países, donde todo está ordenado por el Estado; el de libre mercado; el sistema nacional de salud único de cobertura universal iniciado en Inglaterra y luego imitado por otros países y el de la seguridad social de origen alemán. Podríamos agregar que existe un quinto modelo: el argentino que se caracteriza por tener un poco de cada uno, sin reglas claras, sin orden, sin coordinación, sin rectoría y sin complementariedad pero con superposiciones, competencia por los beneficios sin compartir los riesgos, subsidios cruzados, ineficiencia y malos resultados para el país y las personas.

Si aceptamos esto último como cierto tenemos contestada la pregunta del título. Pero si no creemos que esto sea verdad,

Consideremos algunos de los problemas de los sistemas de salud que quizás nos convenzan:

Los cambios demográficos que implican envejecimiento de la población con más enfermedades y más gasto en salud.

Los cambios epidemiológicos que suponen nuevas, graves y más costosas enfermedades (accidentes, cardiovasculares, cáncer).

La certeza de que el gasto en la atención de la salud aumenta más que el aumento de la riqueza.

Los cambios culturales, sociales y ambientales causados por el hombre que inciden negativamente sobre el nivel de salud.

El uso innecesario de recursos tecnológicos.

El predominio de intervenciones sanitarias basadas en un abordaje biomédico centrado en los problemas de salud y no en sus determinantes.

Variabilidad de las prácticas clínicas que cuestiona la calidad, induce a errores y aumenta los costos.

La dificultad para coordinar y comunicar entre sí los niveles asistenciales.

La insatisfacción de los usuarios por la ausencia de una atención personalizada.

Estos problemas son muy importantes pero....., por qué cambiar si las cosas más o menos funcionan?

Porque el sistema de salud debe garantizar que se cumplan ciertos objetivos que hoy no se cumplen totalmente:

Equidad y accesibilidad para dar igual atención ante necesidades iguales y acceso universal a un mínimo suficiente de servicios de salud.

Eficiencia para asegurar el mayor nivel de salud posible en relación a un gasto sanitario determinado.

Calidad técnica y percibida que significa hacer bien las cosas que corresponden y a la primera vez y lograr la satisfacción del ciudadano con los servicios.

Participación social es decir libertad de acción, acceso a la información y capacidad de decisión de los usuarios del sistema.

Todas las políticas públicas deben contribuir a la salud asumiendo que las acciones del sistema de salud son insuficientes por si solas para mejorar y mantener un nivel de salud adecuado.

Entonces, cual es el cambio que necesitamos?

El sistema de salud debe asegurar y cumplir cuatro grandes funciones: Rectoría, Financiación y distribución de recursos, Aseguramiento y compra de servicios y Provisión de servicios.

- **Rectoría.** Es la conducción global del sistema y determinación de las normas básicas que deben plasmarse en una ley marco de salud consensuada entre todas las fuerzas políticas representadas en el Congreso Nacional que establecerá las reglas de juego para todos. Esta función debe ser ejercida por el estado nacional y las provincias.
- **Financiación.** Constituir el Fondo Único de Salud gestionado por el Ente de Financiación del seguro de salud, alimentado por una alícuota del salario de trabajadores en relación de dependencia; contribuciones de los autónomos y monotributistas relacionadas con los ingresos, y aportes del Estado provenientes de rentas generales (impuestos nacionales o provinciales) para las personas sin recursos.
- **Aseguramiento y compra de servicios.** Creación de Entes Primarios del Seguro, de titularidad pública, privada o mixta, libremente elegidos por los aportantes que no podrán rechazar asociados.

Todos los trabajadores (dependientes o autónomos) deberán asociarse a un Ente Primario de Seguro realizando sus aportes correspondientes Fondo Único de Salud.

Cápita según riesgo. Los Entes Primarios del Seguro recibirán del Ente de Financiación del seguro de salud una cuota por persona asociada relacionada con el riesgo conocido (edad, sexo, enfermedades preexistentes, lugar de residencia y otras variables específicas del beneficiario). Los beneficiarios podrán cambiar de Ente Primario de Seguro.

Se crea el Seguro Público de Salud para las personas que carezcan de trabajo o recursos. Éste estará constituido por recursos del Estado (rentas generales), los que se entregarán a los Entes Primarios del Seguro que elijan las personas.

El Ente de Financiación del seguro de salud tendría a su cargo determinar las condiciones y requisitos que deberían reunir las entidades que pretendan operar como Entes Primarios del Seguro y autorizar a aquellas que las cumplan.

Los Entes Primarios del Seguro conformarán su cartera de servicios de primero, segundo y tercer nivel a partir de un conjunto básico de servicios definido. Podrán diversificar sus ofertas (técnica y de confort), servicios anexos que serán a cargo de los asociados.

Reaseguros. Los Entes Primarios del Seguro contarán con un sistema de reaseguro administrado por el Ente de Financiación del seguro de salud para cubrir los gastos originados por las enfermedades de baja frecuencia y alto costo.

Adecuación de las Obras Sociales. Las actuales organizaciones de la seguridad social podrían actuar como Entes Primarios del Seguro adecuándose a la normativa que se determine.

- **Provisión de servicios de salud.** La provisión de servicios de salud se hará por medio de redes públicas, privadas o mixtas contratadas por los Entes Primarios del Seguro las cuales se harán cargo de la atención integral de los problemas de salud de los asociados.

La puerta de entrada y base del sistema de provisión es el equipo de salud con población a cargo. Los Entes Primarios del Seguro financiarán la atención primaria a través del pago per cápita a los profesionales elegidos.

Los hospitales públicos o privados que sean aceptados como proveedores del sistema de salud adoptarán la organización interna y el modelo de funcionamiento que les permita ser eficientes subsidiando la demanda.

Los proveedores públicos tendrán capacidad plena y autónoma para la determinación de la planta de personal y el tipo de relación laboral con sus agentes.

El rediseño que presentamos, más que una propuesta cerrada, es una invitación al debate, al aporte de los actores del sistema interesados y conscientes de la necesidad de ofrecer a los ciudadanos una respuesta mejor, de más calidad, transparente y eficiente a sus problemas de salud.

Los autores, Dr. Enrique Quesada, Dr. Carlos Thomas y Lic. Patricia Zapata, son integrantes del Instituto de Salud Pública y Gestión Sanitaria.

ESQUEMA DEL REDISEÑO DEL SISTEMA DE SALUD

