

65
cuaderno



proyecto de gestión social participativa ante intento gerenciar salud en córdoba

febrero 2000



INTRODUCCIÓN

En Córdoba nos encontramos ante una decisión gubernamental en el área de la salud, de transferir la administración del sistema hacia lo privado –"gerenciamiento"– , con eje en el IPAM¹ pero afectando a todo el sector, dado que los Hospitales Públicos deben adherir a la modalidad de autogestión que en realidad sólo significa autofinanciamiento.

Dicha decisión está fundamentada "en los defectos del actual esquema: la falta de control, la sobrefacturación de los prestadores, el desfinanciamiento que suponen los 427.000 carenciados que cubre el IPAM, el cobro de plus y la mala calidad de los servicios" (ver La Voz del Interior del 30-12-99, pag. 17^a; declaraciones del Asesor del Ministerio de Salud Dr. Raúl Quiroga), quien además aseguró que "el nuevo modelo garantizará transparencia y generará un ahorro de más de 2 millones mensuales".

Ante tal situación los representantes de los Afiliados Obligatorios del IPAM y los de los Prestadores Asistenciales –las dos partes esenciales del sistema– consideran necesario y posible ofrecer una alternativa conjunta de gestión social y participativa, no lucrativa, de todas las prestaciones que brinda el Instituto, que garantice calidad, accesibilidad, equidad, oportunidad y eficiencia, con una concepción integral de la salud que contemple los tres niveles de prevención y se apoye verdaderamente en la estrategia de la Atención Primaria de la Salud. Se prevee analizar en forma conjunta con el gobierno la problemática de las poblaciones no aseguradas en el sistema de salud, que según datos oficiales rondarían el 40% de la población, y tienen a los Hospitales Públicos como alternativa prestacional.

La propuesta actual –tal como se está manejando– de licitar los servicios al "mejor postor", o sea dándoselos al que aporta el seguro de caución más alto, es meramente una propuesta economicista que está destinada al fracaso, con altos costos político-sociales porque:

- a) Transformará la Obra Social Provincial, que tantas soluciones aportara a los cordobeses a lo largo de casi treinta años, en una empresa aseguradora de riesgos;
- b) Propone el desvío de fondos hacia consultoras y gerenciadoreas privadas de variado tipo que deben vender y gerenciar el nuevo sistema;
- c) Transferirá una alta tasa inicial de ganancia a la/las gerenciadoreas que la llevarán fuera de la provincia y probablemente del país, en el período inicial –cuando los afiliados aún no se "acomodaron" al nuevo sistema y por lo tanto no lo usan– mientras que a la primera merma en los ingresos se retirarán sin más, como han hecho en varios países;
- d) Generará malestar entre los afiliados al eliminar la práctica actual de la libre elección, pues por ejemplo su médico general puede quedar en una red y su especialista en otra;
- e) El pago por capitación generará subprestación, es decir, la contención de costos limitando acceso, para que crezca el lucro de la gerenciadorea;
- f) Deja afuera del sistema a muchísimos profesionales y establecimientos, pues las gerenciadoreas eliminarán a todos los que pasen el número considerado redituable; esto generará un fuerte problema laboral y social en la Provincia;

¹ IPAM: Instituto Provincial de Atención Médica.

- g) Genera una equidad invertida, donde el que más paga tiene mejores servicios y el que menos paga casi nada (ver en el proyecto AR O120, minuta técnica, marco conceptual, punto 3: "En resguardo de la equidad en el financiamiento, el IPAM administrará modalidades de planes diferentes según la categoría de afiliados que registre...");
- h) Lo anterior conlleva el predominio de los criterios economicistas sobre los científicos;
- i) Llevará a la reconversión del Recurso Humano que trabaje en salud, llevándolo a un "sistema de contratación flexible", aunque disfrazado de "incentivos por productividad, calidad y cobertura de servicios", que en la experiencia conocida significa sobreexplotación, disminución de empleados no funcionales al nuevo sistema, etcétera.

Es para nosotros un compromiso ante la sociedad cordobesa y también ante el propio gobierno provincial –a la luz de las consecuencias nefastas que ha tenido este sistema en Estados Unidos y los países europeos donde se intentó implantarlo– ofrecer una alternativa distinta que le ofrezca calidad y equidad real en las prestaciones, con el presupuesto que se consensúe.

Partimos de la certeza de que mayor salud no depende de mayor gasto sino de criterios éticos, racionales y científicos que aplicados a la misma permiten que la relación costo/beneficio sea favorable.

Esos criterios son consecuencia de una concepción bio-psico-social del proceso de salud/enfermedad, de poner énfasis en lo preventivo más que en lo asistencial y de generar respuestas solidarias más que lucrativas. Todo lo cual no se puede lograr sin la participación protagónica de la Sociedad Civil.

EL SISTEMA SANITARIO ARGENTINO HOY

La característica de la Atención Médica en nuestro país continúa teniendo la distribución de los recursos en tres subsectores –Público, Privado y de las Obras Sociales– que si bien interactúan entre sí en el macrosistema, conforman tres sistemas independientes, lo que provoca heterogeneidad y fragmentación, con una ineficaz asignación de los recursos, expresada en la existencia de una sobreoferta prestacional muy elevada por un lado y por el otro una importante carencia prestacional para grandes sectores de la población. Esto determina, entre otras contradicciones, que haya médicos sin pacientes y pacientes sin médicos (al igual que en las otras profesiones de la salud).

Algunas de las particularidades más importantes del modelo actual son las siguientes:

- Desvalorización de la Atención Primaria de la Salud, aquella que consiste en atender a las causas que provocan las enfermedades, y en brindar la atención básica en el lugar de residencia del beneficiario, asegurando al mismo tiempo el acceso a todos los niveles de complejidad por mecanismos de referencia hacia centros más complejos, de manera de garantizar una atención integral.
- Modelo sanitario dirigido a la reparación de las enfermedades, que al no cubrir las prácticas preventivas, ni adecuadamente las prestaciones ambulatorias, favorece la instalación y progresión de las enfermedades, y facilita su cronicidad.
- El sistema de retribución económica privilegia las prestaciones con valor agregado incorporado (léase tecnología) y desvaloriza el trabajo médico mano de obra intensiva, que es el fundamental.
- Circulación económica entre financiadores y efectores, caracterizada por el pago por prestaciones, lo que favorece la sobreprestación, o por capitación o pago por módulos, lo que favorece la subprestación.
- Conformación de un mercado de medicamentos irracional y costosísimo. El medicamento se ha constituido, por varias razones, en una síntesis de los pro y los contra del modelo médico: por un lado fue aporte fundamental a la cura y alivio o prevención de la enfermedad, pero por el otro, al desplazar los otros "remedios" a los que la humanidad recurrió con éxito –como hablar y escuchar sobre dolencias, alimentación adecuada, cambio de hábitos, ejercicio, recreación, etc.– se convirtió en el mito falso de panacea contra todos los males. A su paso, y sin que se le atribuyan generalmente sus efectos adversos, queda a veces la postergación de la cura verdadera, el ocultamiento de síntomas, la continuación subclínica de la enfermedad, y un gasto que ocupa un porcentaje desmesurado del presupuesto familiar y social.
- Utilización irracional e indiscriminada de la aparatología, que debería regirse por las normas internacionales, incluso en la cantidad de aparatos por habitantes. Recordemos que la realidad actual supera toda lógica, promoviendo la sobreprestación, y que tiene como dijimos una historia de más de 20 años, cuando se facilitó el ingreso irrestricto de tecnología, eliminando todos los controles estatales de racionalidad, que la democracia no ha vuelto a incorporar en la medida necesaria.

- Deterioro creciente de los establecimientos públicos, que se ven desbordados por una sobredemanda sobre la media histórica, ya que se suman a los sectores carenciados los nuevos sectores empobrecidos en aumento constante (como veremos luego), incluyendo a quienes tienen obra social pero no pueden hacerse cargo de los pagos adicionales. A pesar de ello, una política irracional de Ajuste en el sector de la salud pública prácticamente desmanteló establecimientos y prestaciones que son el único servicio posible para amplias mayorías poblacionales, precisamente las más necesitadas.
Por otra parte, las medidas propuestas, que son los llamados "hospitales de autogestión", y son en realidad de autofinanciamiento, se han convertido en una nueva barrera al ingreso a los mismos, ya que se implementan cobros compulsivos.
- Ausencia de controles de calidad. Auditorías médicas limitadas a la autorización de facturación de prestaciones.

En conclusión, las manifestaciones de esta situación son las siguientes:

- a) incapacidad de garantizar el acceso igualitario a las prestaciones brindadas por el sistema.
- b) creciente inequidad con respecto a la cobertura de los distintos sectores de la población.
- c) incapacidad para asignar eficientemente los recursos destinados a la atención de la enfermedad, que en conjunto (sumando los tres subsectores) son suficientes para garantizar una adecuada cobertura. El dinero que se gasta en la República Argentina –más de 25.000 millones de pesos según los cálculos más conservadores– es más que suficiente.

En síntesis, una transformación de la concepción en salud, la que deja de tener un carácter de derecho universal de cuyo cumplimiento el Estado es responsable, para convertirse en un bien de mercado que los individuos deben adquirir.

LAS CAUSAS DE ESTAS TRANSFORMACIONES

Desde mediados de los años 80, el Banco Mundial desplazó y subordinó en el dictado de políticas de salud a la Organización Mundial de la Salud –aquél organismo que después de la Segunda Guerra Mundial sugería normas más justas y científicas para todos los países del mundo–, dado que había encontrado un espacio para la acumulación de capital mayor que cualquier otra actividad industrial o de servicios.

Desde 1987, el neoliberalismo dicta las pautas que se deben cumplir a través del Banco Mundial. En su reciente informe "Invertir en Salud" demuestra sus objetivos:

- 1) Compatibilizar lo que se refiere a la salud con la doctrina neoliberal que ubica a aquélla en el ámbito privado, y sólo bajo ciertas condiciones como tarea pública.
- 2) Subordinar estas políticas a las prioridades del Ajuste fiscal, lo que significa disminuir y reestructurar el gasto social público, incluyendo el de salud.
- 3) Delinear políticas para amortiguar los costos sociales y políticos del Ajuste, utilizando para ello a las organizaciones no gubernamentales y a las organizaciones de mujeres, desvinculando al Estado de su rol fundamental de garante de la salud de la población.

Las premisas en las que se basa son:

- La salud pertenece al ámbito privado
- El sector público es ineficiente.
- Los recursos públicos para salud son y seguirán siendo escasos. (Aclaremos que esto es así por sus exigencias a los gobiernos de que éstos destinen los fondos públicos principalmente al pago de los servicios de la Deuda Externa).

Las responsabilidades que deja para el Estado son las siguientes:

- Combate contra vectores y contaminación
- Brindar cierta información de educación para la salud
- Aplicación de algunas vacunas
- Tratamiento de enfermedades muy contagiosas.
(O sea: todo lo que no es rentable).

Las responsabilidades de lo privado:

- La salud es un hecho individual, no social. El Banco Mundial opina que lo que hace cada uno con su vida y la de sus hijos es su problema, y no hay responsabilidad estatal en ello.
- Las organizaciones no gubernamentales son más eficientes que el Estado para controlar el conflicto social.
- Los servicios "discrecionales" (léase aquellos con alto valor agregado y por lo tanto muy rentables, que en general tienen que ver con la tecnología, no con las prestaciones básicas) deben manejarse con criterios mercantiles y para garantizar el acceso a las mismas deben estar las Aseguradoras y/o Gerenciadoras Privadas.

Lo que propone:

- Impulsar diversidad y competencia en el mercado de los bienes de salud (seguros y servicios), lo que significa además la intervención y el apoyo estatal activo para consolidar este sector privado –las Aseguradoras y/o Gerenciadoras– a través de campañas, subsidios, etc. (similar a lo que se hizo con las AFJP).
- Como los "servicios discrecionales" se deben cobrar aún en los establecimientos públicos, y eso será un obstáculo para mucha gente, propone flexibilizar ese criterio induciendo la afiliación masiva a las Aseguradoras Privadas que cubran, por una "módica" cuota, estos servicios.
- Como previene que puede ocurrir la selección adversa (que no acepten a los enfermos o a la gente en condiciones de riesgo, como los ancianos), la sobreprestación (se realicen prácticas innecesarias), y que la libre elección del cliente a los servicios y Aseguradoras sea relativa, recomienda que el Estado regule, e informe a los usuarios de las características de cada uno.

¿Cómo logra el Banco Mundial que se concreten sus políticas?

- Condiciona los préstamos a los gobiernos.
- Da ayuda canalizada a la ejecución de sus políticas (el préstamo de varios cientos de millones para desregular las Obras Sociales, los préstamos para construcciones y compra de tecnología innecesaria, etc.).

¿Por qué actúa así el Banco Mundial?

- Los servicios de salud absorben en los países desarrollados entre el 8 y el 12 % del PBI, y en los subdesarrollados entre el 3 y el 5%, lo que es mucho más que casi cualquier otra actividad industrial o de servicios. Recordemos que en la Argentina se gastan más de 25.000 millones de dólares al año en el sector salud.
- El fin último, además de legitimar la salud como una mercancía, es convertirla en un nuevo campo de acumulación capitalista.

Muchos de estos conceptos son tomados de "Salud: ¿derecho social o mercancía?", de Cristina Laurell. Esta investigadora sueca, Directora de uno de los Posgrados en Salud Pública más importantes del mundo –el que se dicta en la Universidad de Xochimilco, México– estuvo dirigiendo un seminario que sobre el tema organizara la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional de Córdoba, en 1993, en los predios del Complejo Ferial Córdoba. En el mismo muchos especialistas cordobeses estuvieron presentes y les parecía imposible que se llevaran adelante en nuestra Provincia tales reformas, particularmente cuando la especialista afirmaba que se planteaba la instrumentación de carnets de carenciados como forma de incorporar a los hospitales al mercado y sobre todo de romper en los más necesitados el criterio de derecho a la salud, reemplazándolo por uno mercantil. Decía: "si una persona tiene un carnet por el que le dan un número limitado de prestaciones, ya que las mismas tienen un costo, sabe que apenas puede aspirar a ello, y deja de pensar que la salud es un derecho tan elemental como la vida". Y agregaba: "el problema es la mercantilización del concepto, no es lo privado el problema, porque si el Estado controla, regula, tiene presencia, está garantizando la salud de la población; en cambio cuando se busca que el sentido común crea que cada acto reparador pertenece al mercado se está incorporando el criterio mercantil y ése sí es el problema..."

Si no oponemos otra alternativa, ¿cuáles serán las consecuencias?:

- Lo privado concentrado –lease los grupos económicos– concentrará las mayores decisiones y recursos y estará al servicio de una minoría. Lo público (que sostenemos los pobladores con nuestros impuestos y aportes) tendrá cada vez menos recursos dedicados a la salud para la mayoría.
Queremos aclarar que compartimos el criterio de las pequeñas y medianas empresas de salud de que lo privado puede gestionar y bien, siempre que el control de esa gestión esté en manos del Estado (o del Estado ampliado, que incluye organizaciones de la sociedad civil). Esto no es lo que sostienen las Aseguradoras ni las Gerenciadoras, que se manejan como factores supranacionales (la experiencia fallida de Clinton de implementar un sistema de salud más justo habla del peso político corporativo de estos grupos).
- Es evidente cómo el médico, los otros profesionales y el resto de los trabajadores de la salud pasan a insertarse de manera aún más subordinada en el nuevo modelo a favor de la tecnología y los capitales.

Uno podía cuestionar a la Organización Mundial de la Salud por burocratización, por llegar a los problemas mucho después de que éstos aparecían, pero sabía que, como muchos de los organismos supranacionales, estaba condicionada por los fondos gubernamentales, por el consenso tan difícil de lograr, etc. Y lo que no se le cuestionaba, porque se coincidía y parecía una verdad eterna, era su caracterización de la salud como un derecho social. Además, sus trascendentes

estrategias de Atención Primaria de la Salud y Medicamentos Esenciales removieron totalmente los tergiversados criterios con que se movía el modelo médico hegemónico.

Como vimos, el Ajuste plantea explícitamente –y esto es lo nuevo con respecto a los tradicionales planes de dominación que padecemos– que salud y educación no son derechos sino mercancías que deben comprarse y venderse en el mercado. He ahí por qué conduce las políticas el Banco Mundial. Pero además, es necesario detenerse sobre la manera sutil e inteligente en que plantea las cuestiones, enmascarando sus objetivos de lucro bajo la apariencia de "preocupación social".

Para ello modifican el contenido de la terminología, incluso designando con la misma a su opuesto, por ejemplo: al autofinanciamiento le llaman "autogestión"; a la municipalización, o dicho de otro modo desconcentración de los hospitales públicos sin los fondos correspondientes, "descentralización"; a la atención primaria de la enfermedad, "atención primaria de la salud"; a quitarle fondos a los Servicios Asistenciales Públicos, "dejar de subsidiar la oferta y subsidiar la demanda", o sea crear los carnets para carenciados para que los Hospitales y Dispensarios compitan en el mercado; a la administración privada de fondos públicos, "atención gerenciada"; y así sucesivamente.

Analicemos por ej. el problema de la "descentralización" de los hospitales, que es uno de los emergentes en estos momentos, y que acarrea la necesidad del autofinanciamiento, dado que a quienes se los pasa no se les remiten los fondos y por su parte no cuentan con ellos.

La descentralización verdadera es un hecho crucial de la democracia, porque sirve para aproximar el poder y la toma de decisiones a la población, otorgando así una mayor permeabilidad al aparato estatal. El Estado municipal está más cerca de la gente que el provincial, y mucho más que el nacional. Así facilita que la población general y los trabajadores de la salud en particular puedan discutir la planificación de lo que luego los afecta o ejecuten.

La OMS planteaba y desarrollaba al respecto la creación de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), que proponen como estrategia la Atención Primaria de la Salud: la que sostiene que la forma de enfocar la salud practicada hasta ahora –con un énfasis dominante en las enfermedades y en esa parte de la organización sanitaria que está representada por hospitales y sanatorios– es muy parcial, más bien distorsionante con respecto a las necesidades de salud. Que la práctica de la salud tiene que ser invertida, y volver a poner sus raíces en la tierra, dado que no son las enfermedades y los establecimientos los protagonistas, sino que las raíces y el objeto de la salud son las necesidades cotidianas de la gente, de la mayoría de la gente, como alimentación adecuada, agua potable, vivienda digna, trabajo suficiente y sin riesgos, educación, etc., y que las enfermedades son sólo una consecuencia de la carencia de ello.

En síntesis, con esa descentralización, que debe ser consensuada, se desata un mecanismo progresivo de profundización de la democracia y una búsqueda de remoción de las causales de las enfermedades.

Todo lo contrario a esta impuesta desconcentración que se practica actualmente, que es una reforma parcial y regresiva que sirve en los hechos para consolidar el modelo neoliberal, cuya

propuesta como vimos pretende reducir la intervención del Estado y achicar lo que ellos llaman el gasto público.

Por ello los estados provinciales transfieren a los municipios actividades y tareas de la atención médica, sin democratizar las decisiones, y sin los fundamentales fondos correspondientes.

Es de suponer que cuando los municipios pobres, con limitada capacidad de presión y escaso desarrollo del sistema público no puedan responder a las necesidades de la gente, aumentará el descrédito de lo público, uno de los objetivos de la desconcentración, induciendo la afiliación masiva a las Aseguradoras privadas, y dejando a quienes no puedan acceder a ellas en total indefensión.

Gracias al Ajuste, la pobreza se ha convertido en la principal causa de muerte en nuestro país. Esta nueva vuelta de tuerca apunta a limitar también la atención paliativa de las consecuencias de esta situación.

LA REALIDAD SANITARIA Y EL SISTEMA DE ATENCIÓN MÉDICA DE CÓRDOBA

Como es natural, en nuestra Provincia los datos y particularidades expresados a lo largo de la historia sanitaria de nuestro país, tuvieron su correlato particular.

Tan es así que uno podría acercarse a la información cuali y cuantitativa nacional, sacar el 12% y se aproximaría bastante a los números que luego aparecerán en los hechos reales.

Las estadísticas vitales y de recursos que reconoce oficialmente el Ministerio de Salud para esta provincia de poco más de 3 millones de habitantes son las siguientes:

Total de nacimientos: (1998)		54.020
Tasa de natalidad:	17,9	por mil
Total de defunciones generales:		22.608
Tasa de Mortalidad:	7,5	por mil
Total de defunciones menores de 1 año:		910
Tasa de mortalidad infantil:	16,8	por mil
Tasa de mortalidad neonatal:	11,3	por mil
Tasa de mortalidad postneonatal:	5,6	por mil
Total de defunciones fetales:		537
Tasa de mortalidad fetal:	9,84	por mil
Total de defunciones maternas (1997)		15
Tasa de mortalidad materna:	" 2,7	por 10 mil
Porcentaje de partos en establec.	"	99,4
" de nacimientos con muy bajo peso		0,9
" " " con bajo peso		7,0
" " madres menores de 15 años		0,4
" " " " " 20 "		15,0
Tasa de mortalidad de 1 a 4 años:	0,9	por mil

INDICADORES DE RECURSOS Y COBERTURA

Número de Médicos (1999)	12.033
" total de camas en E. A.	17.005
" " " " " E. Públicos	8.311
Número total de camas en E. Privados	8.694
" " de E. A. –todos los subsectores:	1.561
Número de E. con internación – todos los subs.	573
" " " sin " " " "	988
Total de E. con internación –subs. Oficial	144
" " " sin " " "	579
" " " con " " Privado	429
" " " sin " " "	409
Porcentaje sin cobertura de la S.S.(pub.ó priv)1991	37,38%

Esto en cuanto a estadísticas vitales y de recursos, que sin embargo deja mucho sin aclarar, por ej. ¿Cuál es la proporción de médicos por habitante? Si tomamos el total general podemos decir que es de 1 por 254, lo que no aclara que en la Capital es de uno cada 160 y en Tulumba de 1 cada 2.255; en cuanto a la situación de pobreza se reconocía según datos del INDEC que para 1993 la población con NBI era de un 14%, para 1998 sin embargo se estimaba en alrededor de un 20% (de acuerdo a las estimaciones para otorgar los carnets de carenciados del IPAM).

Por otra parte, el envejecimiento relativo de los datos, por ej. el relativo a la población sin cobertura sanitaria que data de 1991, permite inferir que, teniendo en cuenta los altos niveles de informalización del mercado de trabajo y la fuerte desocupación abierta que se instalaron desde 1991 en el país, hoy la carencia de cobertura sanitaria provincial está aumentada con respecto a los ya críticos valores de aquel momento.

Interesa conocer cuáles son los principales déficit que reconoce en el área pública el Ministerio de Salud en su reciente informe al Banco Mundial:

- No existe una adecuada integración entre los distintos niveles por falta de formación del recurso humano y de una red adecuada de referencia y contra referencia.
- No existe trabajo en las comunidades porque los servicios de primer nivel están superados por la demanda y por no contar en sus equipos con trabajadores sociales.
- Caída de Programas como el de control de crecimiento y desarrollo.

El gasto anual que reconoce es de 223 millones.

Propone reforzar el Recurso Humano, la infraestructura y el equipamiento tanto en los Centros Periféricos como en los Hospitales Provinciales. Partiendo de una adecuada integración entre el Municipio y la Provincia.

En cuanto a la Seguridad Social informa que un 33% de la población está cubierta por dos Obras Sociales del sector público, IPAM (19) y PAMI (14); que otro 22% pertenece a alguna otra Obra Social y que un 5% está afiliado a sistemas de medicina prepaga. Plantea que la mayoría del

40% restante es atendida en forma gratuita en los Hospitales Públicos nacionales, provinciales o municipales.

Qué análisis hace el Ministerio de este sector:

- a) Le dedica especial énfasis al IPAM, destacando que la nueva administración que asumiera en Julio de 1999 lo encuentra con una serie de problemas, el principal de los cuales era una deuda con los prestadores equivalente a 3 (tres) meses de su trabajo, pero nada dice que al IPAM, diversos organismos del Estado le deben el equivalente a 15 (quince) meses de su funcionamiento global.
- b) El presupuesto anual de erogaciones de las principales obras sociales de la Provincia es el siguiente (en millones): IPAM 216; PAMI 150; Otras Obras Sociales 80; Prepagos o diferenciadas 30; Total 476.

Las conclusiones generales que saca de este cuadro de situación son, en resumen, las siguientes:

- a) Los recursos económicos que la sociedad en su conjunto destina a los servicios de salud son suficientes para asegurar a la totalidad de la población un excelente sistema de salud. Sin embargo una parte importante de la población recibe una atención deficiente.
- b) En Córdoba existe, a primera vista, una oferta prestacional que excede la demanda. Sin embargo se convierte en ineficiente cuando se analiza más a fondo la situación.
- c) Realiza una fuerte crítica a pequeñas clínicas por su mala capitalización, ineficiente uso de recursos, falta de economías de escala, falta de adecuados servicios médicos, ofrecimiento de servicios de alta complejidad que no cuentan con la infraestructura hospitalaria y profesional requerida; etcétera.

Propone como soluciones definir un marco regulatorio para los prestadores, con dos líneas de acción:

- a) pago capitado.
- b) categorización y acreditación de los prestadores.

Vaticina una concentración de la demanda como resultado de la fusión de Obras Sociales y una concentración de la oferta a través de la desaparición o integración de prestadores pequeños.

El informe al Banco Mundial que ocupa otros rubros termina con un párrafo sugestivo: "El gobierno de la provincia pretende convertir a Córdoba en un verdadero corazón del país, no sólo por ser su centro geográfico, sino porque quiere ser el corazón productivo que impulse en todo el país la transformación del sector público en los umbrales del tercer milenio, para bien de los cordobeses y de los argentinos".

Conocemos por múltiples fuentes qué entiende el gobierno, en el área de la salud, por impulsar la transformación del sector público: lo dice su proyecto de Atención Médica, lo corrobora el Proyecto del BID, AR 0120, que financiará el 60% del programa de reconversión con un préstamo (el 40% restante lo tiene que poner el Gobierno Provincial, y ya lo está haciendo, habiendo

entregado 3 cuotas de un total de 10, de \$ 45.000 c/u, de dinero de IPAM para que funcione la unidad ejecutora de la reconversión).

Lo que dice es que se debe dar la administración de esta especie de Seguro Provincial de Enfermedad, que hará eje en el IPAM, a entidades privadas, entre tres y cinco para garantizar competencia, que manejarán cada una un monto determinado de dinero, con el que deben brindar la atención médica a los afiliados del IPAM, pagándoles a su vez a los Prestadores Asistenciales directos montos determinados, que quedarán de deducir sus gastos de funcionamiento y la tasa de ganancia respectiva, (para todas las prestaciones auxiliares y complementarias se propone el mismo mecanismo de gerenciamiento).

Aunque no lo aclare en detalle también significará una transformación global de los Servicios Asistenciales Públicos, teniendo en cuenta que les ordena transformarse en Hospitales Públicos de Autofinanciamiento (aunque como vimos antes se les llame de autogestión). Por esa vía y la integración a las redes de las gerencadoras, los hospitales dejarán de ser un servicio público y gratuito para convertirse en una parte del "mercado".

LA "ATENCIÓN GERENCIADA"

Para analizar en la práctica esta propuesta no es necesario realizar futurología, nos basaremos en la investigación realizada por un equipo de expertos internacionales que a pedido de la Organización Mundial de la Salud y de universidades norteamericanas realizaron un seguimiento de los resultados de la "Atención Gerenciada" en EEUU y Latinoamérica (Waitzkin, Iriart, Leone, Faraone y otros):

"La primera conclusión es que los procesos de reforma en el sector salud no son procesos naturales, a los que se llega descartando otras opciones para mejorar la salud de las poblaciones, sino construcciones sociales impulsadas por los Organismos Multilaterales de Crédito cuyo exponente más representativo es el Banco Mundial."

Es útil y necesario hablar de los por qué encuentran un terreno abonado estas propuestas, lo que les permite por primera vez en la historia crecer de manera considerable:

- a) En las décadas del '50 y '60 se comienza a hablar de la necesidad de lograr instituciones más eficientes, que mantengan una adecuada relación costo/beneficio, por lo que fueron ya utilizados los términos hoy reflatados: eficiencia, eficacia, libre elección, descentralización, participación comunitaria, programas locales, seguro de salud, etc. Estos conceptos se enmarcaban en modelos de acumulación basados en el pleno empleo, que necesitaban de un Estado de Bienestar y que por lo tanto consideraban a la salud como un bien público y de responsabilidad de los Estados.
- b) A mediados de los '80 muchos técnicos e intelectuales retoman estos conceptos, para dar respuesta a la profunda crisis de los sistemas de financiamiento y atención de la salud en América Latina, pero el contexto ha variado totalmente y ante los problemas notablemente agravados de nuestros países, los organismos multilaterales de crédito les van a exigir la contracción del gasto público, el control de la expansión monetaria y la reforma del Estado. Estas exigencias de reformas de los Estados encubren cuatro elementos principales: a) la necesidad del capital de controlar las áreas de producción y servicios que antes estaban en manos de los Estados; b) la necesidad de controlar los excedentes líquidos de capital; c) la disminución

de la demanda de mano de obra por la transformación de la producción, debido a los desarrollos de la informática y a su reorganización en base a un consumo que se expande por la diversificación y no por la masividad; y d) la necesidad de los países centrales de salir de la forma menos traumática de la crisis.

- c) La respuesta de la mayoría de los gobiernos latinoamericanos a la crisis fue, en los '90, la aceptación de las políticas impulsadas por los organismos multilaterales de crédito (BM, BID, FMI) que implicaron el sobreendeudamiento, la apertura de la economía a los capitales y a la producción internacionales, y la reestructuración del estado vía privatizaciones y disminución de gastos, en especial los sociales. Esto da origen a los planes de Ajuste estructural, de cuyo cumplimiento dependerá el acceso a nuevos recursos financieros internacionales.
- d) En el ámbito sanitario implicará la aceptación de los proyectos de reforma impulsados por estos organismos. Por ej. En nuestro país el proyecto del BM de 1985 (N° 2984) coordinado por UNICEF estaba destinado a cuatro áreas: descentralización hospitalaria, desarrollo de los recursos humanos, red de información en salud y promoción y protección; sin embargo fue reformulado y quedó convertido en un proyecto de reconversión de las instituciones estatales (autogestión hospitalaria y desregulación de las Obras Sociales).
- e) En la medida que se formulan estos proyectos van acompañados de normativas legales, que junto a experiencias traumáticas vividas por la población, como la hiperinflación por ej., (que hábilmente atribuyen al Estado), operan facilitando no sólo la transformación del Estado de Bienestar, sino la del sentido común que lo facilita, así éste termina aceptando que la salud también se debe adquirir en el mercado.
- f) En el ámbito sanitario un importante número de tecnócratas sostendrá las siguientes ideas: a) la crisis en salud obedece a causas financieras; b) el gerenciamiento introduce una "nueva" racionalidad administrativa indispensable para salir de la crisis; c) es imprescindible subordinar las decisiones clínicas a esta nueva racionalidad si se quiere disminuir los costos; d) la eficiencia aumenta si se separa el financiamiento de la prestación y se generaliza la competencia entre todos los subsectores (estatal, seguridad social y privado); e) se debe desarrollar el mercado de salud porque es el mejor regulador de la calidad y costos; f) no se debe subsidiar a la oferta sino a la demanda; g) la flexibilización de las relaciones laborales es el mejor mecanismo para lograr eficiencia, productividad y calidad; h) la administración privada es más eficiente y menos corrupta que la pública; i) los pagos a la seguridad social son propiedad de cada trabajador; j) la desregulación de la seguridad social permitirá al usuario la libertad de elección para poder optar por el mejor administrador de sus fondos; k) el pasaje del usuario / paciente / beneficiario al de cliente o consumidor, es la garantía para que exija que sus derechos sean respetados; l) la garantía de la calidad está dada por la satisfacción del cliente(...).

RESULTADOS:

Las soluciones se centran en la implantación de la denominada Atención Gerenciada. Esta política implica reformas de tipo administrativo-financieras, ya que consideran como la causa de la crisis del sector el crecimiento de los costos de las prestaciones. Por ello plantean la necesidad de una intermediación entre prestadores y usuarios, para separar la administración financiera de la prestación de servicios. La propuesta implica la introducción de empresas que administren bajo el concepto de riesgo compartido el financiamiento (sistemas capitados), y contraten con prestatarias. (...)

Esta propuesta de reforma, cuyo marco de referencia son los procesos que se están operando en el sistema de salud de los Estados Unidos, tiende a producir cambios fundamentales en la práctica clínica. En el actual proceso se está produciendo la subordinación de los profesionales de salud a la lógica administrativo-financiera, y la drástica reducción de la práctica profesional independiente, ya que los profesionales deben ofrecer sus servicios a las aseguradoras o a los propietarios de grandes centros profesionales(...).

Además, las políticas que implementan la reforma se dirigen secuencialmente al sector público, al privado o a la seguridad social, no abordan el proceso de conjunto, y muchas evitan la discusión en el Poder Legislativo...(...)

DISCUSIÓN:

(...) Las propuestas parten de diagnósticos que tuvieron cierto grado de veracidad, y por ello fueron aceptados a nivel del sentido común de la población, y de muchos trabajadores e intelectuales del campo sanitario. Pero veracidad no es verdad. Veracidad es aquello que en una situación determinada aparece como verídico o verificable en base al conocimiento generalizado y a las experiencias vividas en un momento histórico. Mientras que verdad remite al punto de lo real contra el que choca un saber y lo declara caduco e insuficiente. A partir de este punto es posible hacer una apuesta hacia otro sentido, que puede ser completamente diferente a lo que parecía evidente en la situación anterior (Badiou,1990)*

Desde esta perspectiva, los diagnósticos que hablan de falta de eficiencia en el manejo de instituciones estatales y de la seguridad social, de escasez de recursos que limitan la accesibilidad, de supresión de servicios, de excesiva burocratización, de baja capacidad de acoger y dar solución a las demandas de la población, de crecimiento de los costos, etc.; son veraces, y por ello compartidos por los usuarios y el conjunto de los actores del sector, porque hacen parte de su experiencia con los servicios. Estas experiencias constituyen un sustrato facilitador para la aceptación del discurso que las toma como base en la elaboración de sus proyectos de reforma, porque las experiencias se integran en los razonamientos realizados por las propuestas, mostrándolas como naturales y evidentes. Esto posibilita la modificación del sentido común sobre el proceso salud/enfermedad/atención, poco a poco se naturaliza una concepción que pretende mercantilizar todas las relaciones que se establecen en dicho proceso".

Efectivamente, el diagnóstico de los problemas existentes no implica que la solución sea que deben administrar los privados con fines de lucro porque son los únicos eficientes. ¿Por qué no puede gerenciar lo público sin fines de lucro? (un gerenciamiento social?).

Esta decisión de que sean los privados los que administren tiene connotaciones particulares: se plantea que la "seriedad" de los mismos se garantizará con seguros de caución altos que se les solicitarán previamente; todos sabemos que los únicos que pueden garantizar seguros de caución muy altos son sólo los grupos económicos concentrados, así que esto también demuestra la direccionalidad evidente del resultado final: a pesar de la amplitud declarada de las licitaciones, las

* Nota del autor: Una versión de la realidad no implica toda la verdad - los ciegos que describían al elefante de acuerdo a la parte que tocaban eran veraces- y por lo tanto es posible ver todo desde una perspectiva totalmente diferente.

pequeñas y medianas empresas nacionales nunca pueden ganarlas (sólo a veces ser socios menores absolutamente dependientes de dichos grupos).

Según lo planteara en reciente reunión de expertos en Buenos Aires el eminente investigador estadounidense Howard Waitzkin, la experiencia internacional sobre la actuación de estos grupos es de que gracias a mecanismos similares a los que se quiere implantar aquí, ganan todas las propuestas, toman la ganancia inicial, que es muy alta porque los grupos poblacionales no consumen servicios hasta adaptarse en esa primera etapa, y cuando comienza la curva descendente de ganancias se retiran con diversas excusas en momentos en que por la crisis inevitable con los usuarios, el gobierno se ve forzado a intervenir.

¿QUÉ SIGNIFICA EL PROYECTO AR-0120?

El proyecto Argentina 120 es el título que ya le había colocado el BID (Banco Interamericano de Desarrollo) al pedido de créditos realizados por los gobiernos de Salta y La Pampa, al que luego se suma Córdoba, y no es más que la explicitación o adecuación a la particularidad cordobesa de todos los criterios que venimos explicando con respecto a las políticas de los organismos multilaterales de crédito, de los cuales el proyecto del Consejo de Médicos de la Provincia en el cual se basara el Ministerio de Salud fue un adelanto. Como bien dice en el qué hacer del proyecto: "debemos adecuarnos a las tendencias actuales", aunque no aclara que no son tendencias "naturales" ni correspondientes a las necesidades de salud de nuestro pueblo, sino que corresponden a las del capital financiero mundial.

Celia Iriart, del equipo de investigadores ya mencionados, en conocimiento de este proyecto, opina:

"El proyecto plantea algo positivo: 'unificar el desarticulado sistema de salud de Córdoba y hacerlo bajo el control de una institución estatal, el IPAM', pero lo hace para entregarlo a la atención gerenciada" (administración privada con fines de lucro, no nos cansaremos de decirlo).

"El IPAM se debe someter a una reforma que lo convierta en una aseguradora de riesgos. Es decir, no ser más una Obra Social sino una 'empresa' que administra el financiamiento y contrata las prestaciones bajo el concepto de riesgo compartido, y de acuerdo al aporte de cada beneficiario o paquete de beneficiarios" (recuerden que plantea el concepto de equidad exactamente al revés: dar menos al que menos tiene...).

"La eficiencia pregonada en el capítulo anterior termina siendo la subprestación, es decir, la contención de costos limitando acceso, para que crezca el lucro.

El proyecto AR-0120 también expresa que la reforma implica la transformación de los hospitales públicos en hospitales de autogestión." (o sea de autofinanciamiento).

En relación al financiamiento de la reforma, el documento señala que será de U\$S 100 millones, de los cuales 40 corresponden a la contrapartida provincial. Se impone preguntarse: ¿de dónde va a sacar el Estado provincial esa cifra, dada la crisis que parece atravesar, y qué le impide hacer frente a la deuda que tiene con el IPAM en este momento?(...)

Es decir, es un ocultamiento de que los préstamos son siempre mínimos. Porque incluso seguramente implican plazos de varios años para hacerse efectivos, y que las reformas se realizan con el financiamiento de la propia provincia que, de inmediato, debe empezar a ponerlo, como lo demuestra el tema de la contratación de una consultora para iniciar el proceso. Asimismo, hay que destacar que, pese a proveer un financiamiento limitado, los organismos multilaterales se reservan el control de las reformas" .

LOS ORGANISMOS MULTILATERALES DE CRÉDITO

Sobre el rol que están cumpliendo estos organismos en salud quiero transcribir algunos de los conceptos fundamentales que el economista Martín Hourest, especialista en el tema que nos preocupa, vertiera en la Conferencia que dio en Buenos Aires el día 5 de Noviembre de 1999.

..."La herencia de los últimos cuarenta años de evolución mundial muestra dos grandes etapas: una etapa más profunda de ampliación de los derechos colectivos, de ampliación de la ciudadanía social, y esta etapa más fuerte de impugnación de esa ciudadanía social, remitiendo los derechos originales a condiciones muy básicas de acceso a partir del dinero. Esto no sólo pasa en el sector de la salud, sino aún en las relaciones personales más inmediatas.

(...)En el marco de esta ofensiva a nivel internacional aparece el papel de los organismos multilaterales de crédito, que para la Argentina y en relación con salud son dos: el Banco Mundial y el Banco Interamericanos de Desarrollo. ¿Qué papel juegan los organismos en esta cuestión y en qué han cambiado? Estos organismos –BID y Banco Mundial– eran especialistas en financiar represas, caminos, construcciones, obras, cosas; sólo había algunos convenios de asistencia técnica, por ejemplo, entre el Conicet y el BID (fortalecimiento de la educación técnica). Pero lo cierto es que ahora han modificado su inserción en dos sentidos: no financian ya prioritariamente obras, sino que financian políticas, y el nivel de sus condicionalidades no tiene que ver con condiciones macro –es decir con los grandes números– sino con intervenciones micro que configuran y reconfiguran las sociedades en las cuales se aplica.

Por decirlo de alguna manera, mientras que antes la intervención de los organismos era financiar (o no) objetivos que las sociedades se planteaban, ahora la intención es participar no sólo en la elaboración sino también en la ejecución fina de las distintas políticas, para que las sociedades las lleven adelante. Es decir: los niveles de condicionalidad son internos y los niveles de supervisión también; antes estos niveles eran externos. Aquí se ha "endogeneizado" la forma de condicionar, de demostrar un proceso de dominación por parte de los organismos en este plano.

En el caso de América Latina, de Argentina, esta lógica de los organismos ha estado asociada al problema de la eficiencia. (...) Con este argumento de la eficiencia en función de los "cambios sociales", sobre los que no abre juicio ni menciona en términos de valor, de análisis, si son positivos o negativos, el Banco Mundial en particular dice: éstas son las políticas que hay que aplicar. Y en primer lugar el Banco dice que hay que romper el monopolio estatal de emisión de políticas públicas en materia de salud. Segundo: abrir los mercados de salud a efectores domésticos o internacionales, con el objetivo de –a partir de la competencia– generar economías de escala, es decir gente que hace lo mismo en muchos lugares, tiene más saberes incorporados, y por lo tanto, puede dar mejor resultado y a menor precio. En consecuencia, sumando ruptura de los monopolios

estatales con modelo de apertura, reconfigurar el sistema de salud sobre dos bases centrales: modificaciones institucionales por un lado (que tienen que ver con el quiebre del monopolio de la salud) y por el otro lado centrar la discusión de la salud en la capacidad adquisitiva de la demanda. (...) Si ya era una discusión teórica perdidoso entender el tema de la salud del lado de la demanda, porque la población tiene poca información y porque está sesgada desde el lado del ingreso, en este contexto de vulnerabilidad del empleo, de desestructuración de los mercados de trabajo, de retiro estatal en materia de provisión de los bienes públicos y de un creciente acortamiento de la capacidad de selección en materia de ingresos de los sectores de más bajos ingresos, resulta absurdo siquiera plantearlo.

(...) La pregunta es ¿cuánto representan los organismos multilaterales de crédito en el proceso de salud? Porque da la impresión de que si fuese solamente por la carga simbólica que representan, los recursos que movilizan serían fenomenales, y entonces, el presupuesto de salud tendría que estar básicamente asentado sobre las contribuciones de los organismos multilaterales de crédito. Si por el contrario, la contribución de los organismos multilaterales de crédito fuera marginal, el problema de sobreprestarles el oído a las recomendaciones de un aportante marginal, es de naturaleza política y de predilección ideológica, no de necesidad de fuentes de financiamiento.

Lo que voy a hacer es presentar algunas cifras. La contribución del Banco Mundial –porque el BID no está financiando en este momento obras en salud a nivel nacional, sino saneamiento–, el total de los préstamos del BM que comprometen al sector salud nacional es de U\$S 591 millones de dólares. De los cuales hay U\$S 275 millones para la reconversión del PAMI, U\$S 101 millones para redistribuir en provincias, U\$S 100 millones del programa de nutrición y U\$S 15 millones del programa de enfermos terminales (oncológicos y de SIDA). La cifra, convengamos, no es muy elevada, porque inmediatamente podemos ver si efectivamente esa contribución es tan relevante en relación con la contribución del ya menguado sector público nacional, que no tiene hospitales. Miremos estos U\$S 591 millones no como un flujo efectivo, año tras año, sino como un stock plurianual, que de eso se trata: son U\$S 591 millones que se gastan en una cantidad de años no menor a 5. Si lo dividimos tenemos unos U\$S 100 millones por año. Comparémoslo con el flujo del gasto en salud nacional: para el presupuesto nacional de 1999 el gasto en salud del sector público nacional –no estoy contando las provincias– es de U\$S 3.100 millones de dólares, de los cuales para el sistema de salud de los jubilados son U\$S 2.066 millones, para la administración central del sistema de salud son U\$S 364 millones y para los beneficiarios de pensiones no contributivas son U\$S 203 millones de dólares. O sea que año tras año, de los 4 rubros principales del gasto en salud, el Banco Mundial financia menos de la mitad del rubro Pensiones no contributivas del Presupuesto Nacional.

Conclusión de esta presentación de cifras: en primer lugar, estamos ante una contribución marginal, que a lo largo del tiempo se convierte en irrisoria en relación con el gasto efectivo del sector salud nacional, repito sin considerar todo el gasto de provincias. En consecuencia, ante lo que estamos, al discutir estas cuestiones, no es ante la necesidad de realizar concesiones políticas para acceder a una fuente de financiamiento imprescindible, sino que estamos ante una rendición en materia política para recibir una contribución material marginal.

Finalmente, creo que no hay que plantear en este sentido condiciones de fatalidad. La negociación con los organismos multilaterales de crédito no es de resultado unívoco; hay países que

son beneficiarios de aportes de los organismos multilaterales de crédito, planteando programas locales que reclaman financiamiento.

(...)Lo que varía es el marco conceptual en el cual esa negociación se da: si uno afirma, por el contrario, al iniciar esa negociación, que la salud es una condición de autonomía y de profundización de la ciudadanía y que en consecuencia no es una relación de mercado."

Queda claro, nos parece, a la luz de estas reflexiones, las razones profundas a las que responde el AR-0120: los Bancos quieren hacer negocios que les permitan hacer más negocios...; el Estado puede pedirles dinero pero lo que vaya a hacer con él debe depender de decisiones del propio Estado, y si como se supone defiende el interés del conjunto de la población, este dinero debe estar al servicio de proyectos que sirvan a esas mayorías, no a los intereses económicos hegemónicos.

Simultáneamente, para entender por qué hay tantos interesados, además de los grupos económicos y sus socios, conviene recordar, como dice Celia Iriart, que el 31,5% de los fondos se destinarán a actividades que implican explícitamente la contratación de "firmas especializadas" y consultores, por ej. los ítems: comunicación social, fortalecimiento institucional, construcción, sistemas informáticos y programas de información, capacitación de personal, etc.; y que los potenciales beneficiarios están en condiciones, al contrario que el común de la gente, de influenciar en la opinión pública a través de los medios masivos de información.

En síntesis este proyecto implica: la privatización del sistema, el control de la práctica profesional por administradoras privadas, una atención "primitiva" de la salud para la mayoría de los cordobeses y mayores pagos de bolsillos para los que puedan hacerlo o no tengan otra alternativa.

Antes de introducirnos en nuestra propuesta, nos parece oportuno analizar lo que viene ocurriendo en la Institución que se plantea como eje de la reforma, el IPAM, y los por qué de tales situaciones.

I P A M

El Instituto Provincial de Atención Médica es una entidad autárquica con independencia económica, pero que en los hechos funcionó durante largos períodos como fuente de apoyo financiero del Estado Provincial. Depende del Ministerio de Salud, quien tiene a su cargo el control y la fiscalización económica, financiera y médica del Instituto.

El órgano de conducción es el Directorio que está a cargo de tres miembros, Presidente y dos Vocales, que son nombrados por el Poder Ejecutivo. Aunque en la Ley de creación de 1972 se enfatizaba en la necesidad de representantes de los afiliados y prestadores, la Dictadura lo eliminó por un decreto y esto no fue reparado aún por la democracia. Su organigrama está dividido en tres Direcciones con sus respectivas Subdirecciones: Operativa, Administración y Personal, y Planeamiento y Control de Gestión. Directores y Subdirectores son nombrados políticamente, a pesar de los reclamos de los gremios que los consideran parte de la carrera administrativa.

En la historia de su funcionamiento pueden reconocerse períodos con características muy particulares, los que son útiles de analizar para entender no sólo su problemática actual, sino también alternativas para mejorar su situación.

El período inicial va de Setiembre de 1972 a Marzo de 1976; su creación se afirmó en el aporte previo y solidario de todos los trabajadores estatales provinciales durante nueve meses para permitir crear el colchón financiero que permitiera su funcionamiento; contaba con 180.000 afiliados promedio y una planta de personal de 440 empleados (1 empleado por cada 410 afiliados). Este primer período se caracterizó por la estabilidad, por la participación de los representantes de los afiliados, no formal pero sí en los hechos en el marco de un modelo de país fuertemente participativo, donde se planteaba la necesidad de controles de calidad (hecho que, posteriormente hasta la actualidad, no va ser replanteado); integrándose a un proyecto nacional de Sistema de Obras Sociales Provinciales, ocupando el IPAM la presidencia de este organismo, la COSSPRA, durante los primeros y cruciales períodos.

La primera gran crisis fue a partir de abril del '76, (comienzo de la dictadura militar y nuevo modelo de país) llegándose a julio de ese año con el 100% en rojo, de cada cien pesos que entraban, salían 200: 80 se iban en medicamentos y 80 en prestaciones médicas; el resto era para las otras prestaciones y funcionamiento (históricamente, el gasto era de alrededor del 20% para medicamentos y 60% para prestaciones). Lo que realmente había pasado y ni siquiera se investigó, era que con una inflación anual del 154% para 1976, la "inflación" del medicamento era del 604%, llegando en algunos de mucho consumo y de venta libre al 748%...He aquí a quién servía la dictadura.

A esta crisis se la trató con tres medidas, a partir de la resolución 491/76:

- 1) disminución del reconocimiento del porcentaje en medicamentos
- 2) eliminación del reconocimiento de psiquiatría y alergia
- 3) cambio de café con leche a mate cocido a los empleados.

El gasto efectivamente bajó: de cada 10 pesos que ingresaban en julio del '76, 8 pesos se iban en medicamentos; a mediados del '77, sólo 1,2 pesos se iban con el mismo objetivo. Quiere decir que se le transfirió el problema al afiliado. Las dos últimas medidas no tuvieron ningún impacto: psiquiatría es barata por ser mano de obra intensiva, y ese gasto se canalizó hacia psicofármacos y consultas a médicos generales. Alergia ídem. Del desayuno es ridículo hablar, pues equivale siempre a menos del 0,01% del gasto.

A partir de allí, con el sobrante mensual se comenzó a jugar en la "Patria Financiera", que en pocos años se convirtió en el "colchón de los 10 millones de pesos" allá por el '79. Sin embargo, y rápidamente, fue devorado sin prisa y sin pausa por medicamentos y aparatología, que sin ningún control volvieron a crecer en el gasto (fue la aparición triunfante del Complejo Médico/Industrial que desplaza y condiciona al actor dominante hasta ese momento, las corporaciones profesionales). También tuvo algo que ver en esta disminución del sobrante la famosa estafa por un millón de dólares que con la excusa de repartir carnets de afiliados embolsara el EMGE (Estado Mayor General del Ejército; ver primer discurso del Gobernador Angeloz al asumir en la Legislatura).

Se llegó a la democracia con una inyección previa de dinero por parte de la dictadura para ocultar el déficit que tenía el IPAM, y sobre todo para que no saltaran las causas.

La democracia en el '84 y los primeros meses del '85 restableció el equilibrio inicial, controlando los productos del Complejo Médico Industrial –medicamentos y aparatología– que son en definitiva los que desequilibran estos sistemas.

Los planes de ajuste que comienzan en junio del '85 se perciben en IPAM dos meses antes, cuando los fijadores de precios (nuevamente el Complejo Médico Industrial) se posicionaron ante el futuro congelamiento de precios y salarios que vendría. Esto fue comprobado en un estudio comparativo de ingresos y egresos, y el gasto de la canasta familiar en el rubro Atención de la Salud.

El déficit comienza a partir de allí a ser progresivo y constante, y la forma débil en que se instrumentó el Formulario Terapéutico en el '87 mejoró pero no cambió la situación de fondo. Lo que pudo ser un triunfo a partir de ganar el juicio que los laboratorios le habían hecho al IPAM por privilegiar el uso de medicamentos del Formulario –al demostrar la irracionalidad científica del planteo– y de ese modo profundizar las medidas reconociendo exclusivamente el Formulario, se diluyó en la debilidad de las respuestas y en la no difusión de ese logro.

La hiperinflación tuvo el conocido efecto catastrófico general –a excepción de los grupos económicos que la generaron– y se sale de ella con un lento y progresivo superávit, a partir de que los prestadores instauran el plus como una normalidad, que nuevamente hace recaer el peso de la crisis en los sectores más desprotegidos. Este plus tenía como causa que la variable honorarios profesionales había quedado atada en el INOS al aumento salarial de las jubilaciones, y que como sabemos están enormemente desajustadas con la inflación real.

El superávit es una constante a partir de ese momento, si se analizan los indicadores referidos a ingresos y egresos genuinos durante los últimos 7 años por ej.; puede aparecer un mes con déficit, pero la tendencia permanente es la contraria. Claro que esto va aparejado de dos fenómenos habituales de las sucesivas administraciones: uno es que el IPAM, siendo como dijimos el apoyo financiero de sucesivas administraciones de los gobiernos provinciales, no maneja sus fondos de manera totalmente independiente; esto además permite que se le postergue el pago de las

deudas municipales o de otros organismos como la Caja de Jubilaciones y Pensiones, de la misma Administración Central, los Ministerios, etc. según necesidades coyunturales (tanto que a IPAM hoy en día le deben estos organismos más de un año de funcionamiento), y eso determina que los pagos a los prestadores se atrasen. El otro fenómeno es que muchos afiliados no tienen acceso a sus servicios por los plus (en general determinados por los malos pagos y esos atrasos), los coseguros y otras trabas como el no reconocimiento de algunas nuevas prestaciones, porque no se sabe qué opinar científicamente de ellas.

Un hecho que no se puede ignorar es que el vaciamiento del IPAM comenzó junto con el resto de la de todo el Estado, a título de ejemplo mientras el número de Afiliados obligatorios y voluntarios creció a un poco más de 500.000 y los carenciados suman alrededor de 400.000, la planta de personal decreció hasta los 237 actuales dando una relación empleado/afiliado de 1 para casi 4000 (comparémoslo con las cifras iniciales de 1972).

Es de destacar que todos estos problemas tienen que ver con la concepción de salud hegemónica: biológica, unicausal, asocial, ahistórica, a predominio de respuesta asistencialista y con fines lucrativos; por lo que se debe reconsiderar en primer lugar el modelo de salud, incluyendo en él no sólo la respuesta reparadora.

Para ello se debe cambiar la concepción estratégica pero también la táctica. A título de ejemplo, se propuso hace varios años enfrentar el problema del SIDA que recién comenzaba en IPAM cubriendo los casos únicamente con lo científicamente válido en ese momento –dado que se reconocía todo lo que los profesionales pedían–, y realizar una fuerte campaña de prevención. Se hizo caso omiso de esto último, y hoy asistimos a un crecimiento tan espectacular de esta patología, que si se cubriera con todo lo que el criterio médico propone a los 2.500 infectados que se calcula que aproximadamente tiene IPAM, se tendría un gasto mensual equivalente a la mitad del presupuesto, y dentro de dos años –tiempo en que en nuestro país, por la falta de prevención, se duplican los enfermos, según declaraciones del Director del Hospital Rawson, Dr. Hugo Roland– el gasto equivaldría al total del presupuesto.

Este repaso por circunstancias concretas de la historia de IPAM, va mostrando el efecto y la causa, para entender el planteo "veraz" de problemas en la Institución y no adjudicarlo gratuitamente a la "ineficiencia estatal".

Si el proyecto oficial se instrumenta como está planteado, los intereses privados ligados a su permanencia y profundización crecerán. Y lo más importante es que este avance conlleva el debilitamiento y la posible destrucción del IPAM, que constituye la base material necesaria para construir otras alternativas más equitativas y basadas en la acción pública.

LA PROPUESTA ALTERNATIVA

FUNDAMENTOS

Hemos visto y analizado que el Plan de Salud Gubernamental provincial queda reducido así a un mero proyecto de atención médica que se adecua a las propuestas de los organismos multilaterales de crédito.

Basados en diagnósticos "veraces", su única propuesta, como la hemos visto reproducida hasta el hartazgo en casi todos los servicios públicos, es la gerenciación privada de su manejo, aunque esto generará servicios reparadores de la enfermedad, caros para los pocos que los puedan pagar, y cada vez de menor calidad según disminuya el dinero del aportante, en esa singular interpretación que hacen de la equidad.

Y ¿cuál es la nueva estructura social de Córdoba? Recientes estudios han demostrado que los pobres estructurales, aquellos pobladores con necesidades básicas insatisfechas son el 18,2% de la población, o sea 550.000 cordobeses. Que el 35% son pobres por ingreso, poseen ingresos por hogar tipo menores a \$ 500 mensuales, o sea pertenecen a esta categoría 1.060.000 cordobeses. Que el 31% es clase media vulnerable, poseen ingresos por hogar tipo menores a \$ 1.000, o sea 940.000 cordobeses. Que sólo el 16% posee ingresos considerados medios y altos, o sea 490.000 cordobeses...

Por otra parte la población cordobesa con severos problemas de empleo, (desocupados más subocupados) abarca al 25,9% de la población económicamente activa (313.608 personas), cifra que viene aumentando sistemáticamente desde hace varios años; ningún dato de la realidad permite inferir que esta tendencia puede variar para disminuir.

La descripta es la grave situación por la que atravesamos; se debe entonces imaginar lo grave que puede ser para una población empobrecida, apelar a soluciones que estén atadas al lucro que debe obtener una empresa sobre ellos. Pero en definitiva sabemos que, ante todo, lo que significa privatizar los derechos es pasar de una sociedad de derechos a una de pura economía, y por ende de pura violencia, como dice el asesor de OMS Dr. Gianni Tognoni, donde los valores del Evangelio son reemplazados por los valores económicos de los memorandums del Banco Mundial. "Valores" que plantean en última instancia que sólo pueden vivir los hombres "económicamente" viables.

DESARROLLO

Y como no creemos, ni queremos, que ése sea el destino de la humanidad; en el caso particular de nuestra provincia, en el área que nos compete, la salud, proponemos como alternativa ante un gobierno que tiene tomada la decisión de tercerizar el gerenciamiento de la atención médica, que ella sea administrada por un organismo de la sociedad civil o público, constituido por beneficiarios y prestadores (asociaciones gremiales, profesionales, sociales), por ende sin fines de lucro, que gestione o administre en forma social y participativa un seguro provincial de salud.

Respecto a los hospitales y servicios públicos la sociedad debe continuar discutiendo su rol, ya que la forma de "subsidio a la demanda" propuesta por los organismos ha demostrado que agudiza el problema. Pensamos que la responsabilidad de garantizar la salud de los que no pueden

hacer ningún pago por atención médica es responsabilidad del Estado, y debe seguir siendo solventada por los fondos públicos. Los carnets de carenciados implementados a través del IPAM – eso es el subsidio a la demanda– han demostrado serias falencias, entre otras razones porque el aporte que el gobierno hacía al IPAM por cada carenciado equivalía al 12% del aporte y gasto promedio de un afiliado obligatorio, lo que a corto plazo llevaría al quiebre de la obra social o la imposibilidad de respuesta de los hospitales, ante un pago incompleto y a destiempo.

De hecho estamos diciendo, además, que el reemplazo del rol estatal por una entidad con fines de lucro es un atentado al derecho de los cordobeses. Por otra parte ha variado el escenario político sanitario nacional, y de un Ministerio Nacional de Salud que proponía la privatización sistemática de todos los servicios, se ha pasado a otro que plantea para la seguridad social: "...se pondrá especial atención en lograr acuerdos con Asociaciones Profesionales y sanatorios, sin intermediaciones que abultan gastos y no garantizan un mejor servicio" (ver diario Clarín 20/01/00, pág.14)

El organismo de la sociedad civil que proponemos para hacerse cargo de esta gestión social participativa, debe ser conformado en una primera instancia (dada la urgencia con la que el Gobierno Provincial plantea su necesidad de delegar la administración de un seguro de salud con eje en IPAM) por todas las entidades representativas de Afiliados y Prestadores del mismo, con mecanismos de integración y representatividad democráticos y por lo tanto a ser consensuados. Se dejarían establecidos en los Estatutos de la fundación de la entidad los mecanismos futuros de conformación que respondan a las nuevas realidades organizativas posibles.

No es una propuesta sin antecedentes. En el plano nacional a lo largo de la historia del sistema sanitario las entidades más eficientes y económicas fueron las sociedades de socorros mutuos, las mutuales, las cooperativas, las obras sociales manejadas por sus beneficiarios. Lo mismo ocurre en el plano internacional con las gerenciadoras sin fines de lucro de Estados Unidos (en otros órdenes sociales con el manejo participativo del presupuesto en muchas comunas brasileñas). Dice Patrucco, arquitecto sanitarista cordobés residente en Estados Unidos, Director de Medical Architecture:

"La atención gerenciada de orientación social comprende tres tipos principales, todos arraigados en planes originales sin fines de lucro.

Primero, estos planes dan énfasis a la prevención y educación de pacientes, además de tratar enfermos. Esta inversión en prevención, a su vez, asume un vínculo lógico y a largo plazo entre los asegurados y su plan.

Segundo, como no existe ningún incentivo monetario para tratar a los pacientes, los planes de salud persiguen una atención de rentabilidad efectiva. Fondos ahorrados en la reducción de cirugía innecesaria, días de internación excesiva o dolencias evitables pueden ser invertidos en mejor prevención y cuidado médico. Cualquier tendencia a incurrir en negligencia o tratamiento excesivo es así evitado poniendo los médicos a sueldo, produciendo como resultado decisiones clínicas neutras respecto a su remuneración.

Tercero, los planes controlan cuidadosamente las actividades de sus médicos para educarlos sobre "buenas prácticas" y reducir así desviaciones injustificadas. Los planes integrados también

estimulan la comunicación y el gerenciamiento de casos entre médicos participantes. Sistemas de computación facilitan estas estrategias permitiendo la diseminación de historias clínicas, la protección de archivos y el establecimiento de protocolos estándar a lo largo del sistema de atención."

El Estado cordobés debe controlar la calidad de las prestaciones que se brinden a través de la gerenciadora social, a partir de parámetros consensuados con la misma (nos referiremos a ello más adelante).

Pero es necesario aclarar que no proponemos un proyecto alternativo de atención médica, sino un plan integral de salud que contemple el proceso de salud/enfermedad en su totalidad, y que dé respuesta a lo largo de toda la historia natural de la enfermedad con los tres niveles de prevención.

Porque ha sido una gran hipocresía alimentada por el modelo médico hegemónico sostenido por el complejo médico/industrial y por las aseguradoras y gerenciadoras, ocultar que se conoce la historia natural de las enfermedades y que éstas tienen un período prepatológico sobre el que se puede y debe actuar para cortar la cadena epidemiológica que permite la aparición de las enfermedades.

Quiere decir que en primer lugar es preciso partir de un diagnóstico epidemiológico de la morbi/mortalidad de los cordobeses, que recurra tanto al apoyo técnico oficial, como a los propios recursos que genere la comunidad a través de la metodología de la epidemiología comunitaria. De esta manera se puede conocer con precisión los recursos reparadores que se necesitan y en qué lugar deben estar para atender con eficiencia, oportunidad e igualdad. Notablemente, nunca a lo largo de la historia del IPAM se contó –ni hubo interés en ello– con información para saber de qué se enferman sus afiliados y mucho menos para conocer los por qué.

El diagnóstico epidemiológico, con monitoreo permanente de la situación, permitirá que el nivel de prevención primaria –promoción de la salud y protección específica– se realice efectivamente y no quede en mera declamación como ocurre con educación para la salud y varios de los componentes teóricos de la promoción; a su vez protección específica no es sólo vacunación, sino protección ante las condiciones y medio ambiente de vida y trabajo, fundamentalmente por ejemplo entre los afiliados del IPAM muchos viven o trabajan en contacto con sustancias tóxicas sin ningún nivel de protección ni de conocimientos, que es aún más grave pues de tenerlos elaborarían alternativas, también se conocería por qué los docentes presentan el altísimo nivel de alteraciones mentales que denuncian otros estudios realizados por el gremio; etcétera.

Los trabajadores de la salud, si bien no son formados en las facultades en este enfoque integral del problema, sin embargo lo conocen por su práctica, pero habitualmente no actúan porque la dinámica del modelo les permite dedicarse exclusivamente a la reparación, dado que se retribuyen sólo estas prácticas, con una lógica perversa que tiende entonces a la perpetuación de las enfermedades.

La no aparición, o la disminución de casos esperados de acuerdo a las estadísticas de morbilidad, debe y puede ser retribuida. Por otra parte, esta nueva tarea de tantas implicancias humanas, científicas y éticas, como es actuar sobre las causas de las enfermedades antes que en las

consecuencias, puede ser una nueva fuente laboral para los trabajadores de la salud a muy bajo costo para el sistema –dado que la mano de obra es el rubro más barato de todo el gasto en salud– y con resultados muy económicos a mediano plazo, porque disminuye la morbi-mortalidad. Sabemos que los sistemas más costo/beneficio favorable en el mundo –como los países nórdicos y Cuba– son los que tienen estas características.

La composición del gasto actual en nuestro país, que corrobora lo que venimos afirmando, observa las siguientes distorsiones:

- Medicamentos : 35,6% del total, cuando no debiera superar el 10% según OMS.
- Remuneraciones a los trabajadores de la salud: 24,8%, cuando debería superar el 60%.
- Tecnología innecesaria: no se conoce su porcentaje, pero se lo sabe muy alto.
- Gastos sin especificar: 17,3%. Este "agujero negro" no debería existir.

El nivel de prevención secundaria, que se refiere al diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, sólo puede ser llevado a la práctica si está promocionado y garantizado el acceso a la consulta ante la primera duda, el primer síntoma; con un eficaz ejército de médicos y de los otros profesionales bien formados y actualizados permanentemente.

La formación permanente de todos los integrantes del equipo de salud, la rotación de los mismos por funcionalidades de trabajo no paralizantes, no anquilosantes, es uno de los requisitos fundamentales de la calidad.

Los médicos de cabecera, como fue en la reciente experiencia del PAMI y como pretende este proyecto gubernamental provincial de las redes manejadas por gerencadoras, tienen entre sus requisitos no ser facilitadores de nada, sino por el contrario meros guardianes de entrada, porque las cláusulas mordaza hacen que la calidad se subordine al gasto, lo que genera muchas dificultades para derivar a especialistas, pedir estudios, informar opciones de tratamiento a los jubilados, etcétera.

Recordemos que en la clasificación de niveles de prevención todo –menos la muerte ya ocurrida– es prevenible, porque tratar la enfermedad ya instalada previene su progresión hacia la muerte, rehabilitar lo hace con las secuelas permanentes y/o también con la muerte, etcétera.

El estadio tardío de la prevención secundaria, o sea el diagnóstico de la enfermedad ya instalada es casi lo único que este modelo hace, (aunque mal, con poco acceso, y determinado por los "valores" económicos que posea el demandante), y esto es así porque en este estadio es donde se puede agregar mayor valor agregado a las prácticas de diagnóstico y a las reparadoras. Vale la pena recordar que en este nivel el gran ganador es el complejo médico industrial, o sea los productores de medicamentos y aparatología, y en mucha menor medida los prestadores que manejan estos elementos también obtienen un rédito mayor que aquél que sólo tiene su conocimiento profesional.

Esto que venimos describiendo es lo paradójico: el trabajo profesional, mano de obra intensiva, el que realmente determina todas las posibilidades de incidir positivamente en el proceso de salud/enfermedad está notablemente desvalorizado, tanto con respecto a todo

el complejo tecnológico (medicamentos y aparatología) que debería estar a su servicio y no someterlo, como también ante esos "gastos sin especificar", que sospechamos puedan contener la corrupción, la intermediación, etcétera.

De una realidad compleja y contradictoria sólo se puede salir con la participación protagónica de todos los sectores, caso contrario ocurrirá como hasta ahora, en que cada uno intenta ocupar la mejor posición, ganando como corresponde los sectores que ya vienen con concentración previa de capital. Por ello mismo colocar como intermediaria a una entidad con fines de lucro, implica que éste se obtenga a costa de alguien: de ahorrar en el proceso diagnóstico o terapéutico, en los honorarios de los profesionales y trabajadores de la salud, etcétera.

La participación de los interesados –usuarios y prestadores– es, como en los principios cooperativos, la clave para resolver las dos contradicciones precedentes: si el uso de la tecnología puede facilitar los procesos de la reparación en salud, pero a su vez generar un gasto que atenta contra la retribución de quien lo utiliza, mientras por otro lado se ha constatado un sobreuso irracional, lo que corresponde es analizar el problema y las soluciones con los propios interesados, que son los únicos que lo han resuelto en sistemas sanitarios altamente eficientes y competitivos en la relación costo/beneficio como los nórdicos, por ejemplo.

Lo cierto es que los recursos tienen un límite, que se deben repartir en forma equitativa, que deben contemplar el tiempo y la especialización empleadas, la actualización permanente de conocimientos y que deben salir de la trampa que generan como hemos visto los pagos por acto médico (sobreprestación), o por cápita (subprestación), debiéndose tender a un pago acorde a resultados de calidad, etcétera.

Cuando se analiza la satisfacción profesional con su tarea, su formación continua, el trabajo en equipo y su remuneración, el ejemplo que surge es el de Suecia, donde la inmensa mayoría quiere seguir dentro del servicio nacional de salud, el que responde a las características de un seguro social altamente perfeccionado, en el que los profesionales cobran un salario acorde a su formación, dedicación, antigüedad, etc. Y donde la formación permanente es garantizada por el sistema.

Entre ese ejemplo y las particularidades de nuestro sistema actual se debe situar la urgente y necesaria discusión que deben establecer todos los profesionales sobre su forma remunerativa, que permitirá romper con las falsas opciones que quieren presentarse como únicas: por cápita o por acto médico.

La acreditación y categorización de los servicios asistenciales de 2° y 3° nivel es el comienzo y no la totalidad –como dan a entender las respuestas oficiales–, de lo que proponemos como control de calidad, y que es uno de los ejes en el que se sustenta nuestra propuesta. No asistimos a una sobreoferta prestacional o a una plétora profesional (recordemos que es el tipo de modelo lo que determina los términos), a lo que asistimos es a una mala y no programada calidad de oferta, producto de la habilitación indiscriminada y sin control que realizan los entes oficiales.

La ausencia programada y progresiva del Estado en salud, a la que llevan en los países subdesarrollados las políticas de los organismos multilaterales de crédito, es otra de las grandes discusiones que se debe la sociedad civil, con el fin de reconfigurar salidas alternativas en todos los sentidos.

El control de la calidad implica necesariamente dar alternativas para cumplir con los parámetros, como formación e información adecuadas. En los países preocupados por la salud de sus poblaciones y por los servicios que éstas reciben, como los europeos, se viene trabajando desde hace bastante tiempo sobre calidad, entendiendo por ésta la que responde a la aplicación efectiva del conocimiento científico adecuado para cada situación al menor costo (el costo no desaparece de ninguna consideración porque los recursos son siempre escasos y como en cualquier otro ámbito de la vida se debe ser precavido, más ante necesidades de los conjuntos sociales), pero ello no implica disminución de calidad según el sujeto pueda o no pagar sino todo lo contrario, estableciendo entes controladores y reguladores que consideran a todos los ciudadanos iguales ante los derechos.

Los italianos, por ejemplo, trabajan sobre calidad entendiendo por tal –entre otras cosas– a los instrumentos que contengan las recomendaciones de comportamiento clínico, producidas a través de un proceso sistemático, con el fin de asistir a los médicos y los pacientes en el decidir sobre cuáles son las modalidades asistenciales más adecuadas en específicas circunstancias clínicas. Se sustenta en la "medicina basada en la evidencia", que vuelve a poner el eje en la comprobación científica de la validez de las intervenciones externas.

Este principio había sido progresivamente abandonado en general, ante una serie de circunstancias donde no tiene menor impacto la ausencia de planes oficiales de formación permanente, lo que determina que la misma sea asumida por entidades con fines de lucro, tal el caso de los laboratorios de productos medicinales (¿se necesitan más ejemplos de lo que puede pasar con la ciencia sometida a principios del lucro, que las barbaridades farmacológicas que han logrado introducir en algunos médicos?).

Los ejemplos de otros países son válidos si los resultados por ellos obtenidos les fueron significativos y si se puede generar un proceso en el que los actores locales corroboren esta significación y sean protagonistas también de la conformación de los instrumentos, para que éstos tengan validez teórica y produzcan efectivos beneficios.

Lo que planteamos es que debemos realizar este proceso con nuestros profesionales, midiendo el impacto de las intervenciones en términos de capacidad de cambiar los comportamientos técnico/profesionales, y también en términos de capacidad de optimizar el objetivo final, como es modificar positivamente el proceso de salud/enfermedad, el uso de los recursos, los costos, etcétera.

El nivel de prevención terciario, referido a la rehabilitación, requiere la aplicación de los mismos criterios enumerados; máxime si tenemos en cuenta que como es una práctica mano de obra intensiva está bastante abandonada tanto por el sistema privado como por los terceros pagadores (corroborar esta afirmación el mal pago a los profesionales que se dedican a esta práctica, por ej.). El sistema público a su vez está totalmente desbordado por la demanda y los escasos recursos con que cuenta actualmente. El envío a Cuba de casos rehabilitables muestra esta situación.

Si como afirmamos el enfoque que proponemos da un giro de 180 grados y pasa de centrarse en las consecuencias a hacerlo en las causas, o sea de las enfermedades al modo de vida y trabajo de la gente, donde radica la mayoría de los problemas que ocasionan las enfermedades, entendiendo que salud y enfermedad no son entidades separadas sino parte de un proceso continuo donde la

causalidad es múltiple: biológica, psicológica, social, cultural, económica, etc.; también este enfoque revaloriza la atención e internación domiciliaria.

La asistencia domiciliaria programada y la asistencia domiciliaria integrada se colocan en la intersección de diversas exigencias asistenciales socio-sanitarias que están asumiendo cada vez mayor relieve en los sistemas sanitarios más serios. La des-hospitalización y la consiguiente reducción del costo son dos objetivos determinantes en el desarrollo de esta modalidad que está mostrando muy buenos resultados en relación al adelanto del tiempo de las curaciones (el ambiente familiar facilita la recuperación), así como también en el tratamiento de los estadios terminales, donde mejora notablemente la calidad de vida de los pacientes.

HACIA UNA ALTERNATIVA

Como vemos, está en juego el derecho a la vida y a la democracia, por lo que tenemos la obligación histórica de impedir la consolidación de este proyecto y realizar uno que nos pertenezca. Para ello no es necesario esperar un cambio global, una nueva construcción se hace de muchos ladrillos.

Es preciso definir si deseamos ser autores de nuestro propio destino, autogestionándolo en el día a día junto a los pares, respetando las diferencias, las dificultades y las características de cada contexto. La situación actual nos muestra que la mayoría de los participantes del sistema sanitario argentino se siente desamparada porque delega en el gobierno la responsabilidad de tomar iniciativas, y no encuentra respuestas satisfactorias. Para modificar la situación deberemos trabajar por un sistema sanitario alternativo, que puede instrumentarse a nivel local con las siguientes características:

- Que instrumente la Atención Primaria de la Salud, entendida no como el medio desvalorizado para atender a los pobres, ni tampoco como el primer escalón para ingresar al sistema reparador, sino rescatándola en sus concepciones auténticas, como la manera más científica y técnicamente adecuada para abarcar las más amplias zonas poblacionales, dándole fundamental importancia a los factores que provocan las enfermedades, allí donde trabaja y vive la población.
- Que ponga en práctica el Programa de Medicamentos Esenciales de la OMS, (no desconocemos que en el IPAM se ha intentado llevar adelante este proyecto, pero se lo ha hecho en forma tan débil e imperfecta, sin constituir un grupo técnico sólido y adecuado que lo sostenga, que ha generado más conflictos que los que corresponden, tanto a los afiliados como al personal especializado y técnico que en mínimo número lo sostiene como puede, en lo que parece una lucha contra el afiliado, cuando lo que corresponde es que los profesionales prescribientes lo asuman luego de un eficiente análisis y discusión, y que no opten por mandar al afiliado contra el equipo técnico o lo receten por fuera del sistema (con el costo a cargo del paciente) dado que el mercado actual es irracional y costosísimo, provocando muchas veces la postergación de la cura verdadera, el ocultamiento de síntomas, la continuación subclínica de la enfermedad, y un gasto que ocupa un porcentaje importantísimo del presupuesto familiar y social. Recordemos que el gasto en medicamentos ocupa entre el 30 y el 40% del gasto total en salud, cuando según la OMS no debería superar el 10 %.

El control en este rubro no es recorte, es salud; porque lo que no sirve o es irracional, no sólo es mayor gasto sino también daño a la salud: a) directo, por agresión del fármaco, b) indirecto, por el tiempo que se pierde al usar lo incorrecto y por el dinero que se gasta, que podría ser destinado a cosas más eficaces.

Las medidas a instrumentar –algunas ya en ejecución– son las siguientes:

- a) reconocimiento sólo de los medicamentos que sirven, los llamados Esenciales del Formulario Terapéutico, normatizando las respuestas para los aproximadamente 700 casos mensuales que se presentan en la sede de la Institución solicitando mecanismos de excepción, (sobre un total de 300.000 medicamentos indicados en IPAM por mes), los que deberán ser perfectamente indicados según normas de calidad farmacológica.
- b) negociar con las entidades representativas, las que reiteradamente han ofrecido una rebaja sobre los medicamentos de alto costo, la que llegaba a un 50% de su valor si además se realiza un pronto pago; analizar, considerar y negociar estas propuestas es importantísimo pues permitiría eliminar los engorrosos mecanismos licitatorios, etc..
- c) para poder llevar a cabo todos estos cambios y no reiterar el descontrol anterior, es imprescindible consolidar el Comité de Expertos, y extender sus normativas al interior provincial.
- d) los números de la facturación actual, particularmente lo de los Programas Especiales de oncológicos al 100%, con un mecanismo gerenciado solo por IPAM hablan por sí solos de lo que se puede lograr: la famosa licitación que había realizado la anterior conducción de IPAM, primera medida cuestionada públicamente por la actual, había bajado el gasto de oncológicos de \$ 1.300.000 mensuales a \$ 700.000, cuando se suspende y se decide ante la emergencia hacer la compra directa y entrega al afiliado por parte de IPAM, el costo se reduce a \$ 380.000 ...
- e) Control de infecciones hospitalarias: por este rubro se calcula, aplicando datos nacionales, que el IPAM gasta más de cinco millones de pesos anuales en ellas, entre medicamentos, días extras de internación, terapia intensiva, etc. Y son un factor de riesgo muy importante para la salud de los afiliados.

Se debe realizar un trabajo conjunto con los prestadores, que permita fijar normas de cumplimiento obligatorio para el control de las mismas, y un uso correcto de los antibióticos (ya que suelen generar resistencia cuando son mal utilizados, y es necesario entonces reemplazarlos por otros de altísimo costo).

- Que racionalice la aparatología, logrando una tasa científica de aparatos/habitantes, equivalente a los de los países con los mejores sistemas de salud, a fin de propiciar la utilización racional de los métodos de diagnóstico y tratamiento.
- Este es el segundo rubro en importancia del gasto, tanto en Atención Ambulatoria como en Internación.
- Es un punto crucial que requiere una fuerte auditoría, pero antes necesita una selección por calidad de prestadores y acuerdos previos con ellos. No puede tener el IPAM una tasa de aparatos/hombre tan superior a la media internacional reconocida.
- Que incentive la prevención y la educación sanitaria, que como dijimos sólo se puede hacer en sistemas sin fines de lucro, que tengan en cuenta la salud y vida del afiliado, porque éste es el elemento fundacional de estas instituciones, con el que casi nunca se estableció un diálogo

orgánico y permanente, dependiendo entonces su actitud hacia la institución de la experiencia personal, la que en general no lo lleva a defenderla como algo propio y a su servicio, como debería ser. En cambio, si el afiliado siente que se lo protege, protegerá a su Obra Social.

- Prevención, información y difusión sistemática de las propuestas y criterios, permitirá capacitar a la población en el cuidado de su salud de manera más racional y eficiente (no pedirá medicamentos o prácticas innecesarios, por ejemplo, y controlará mejor las prestaciones), lo que a su vez redundará en una disminución del gasto.
- Que articule la participación de los tres subsectores de salud (público, obras sociales y privado) en el desarrollo de programas de educación, prevención y promoción sanitaria y en una calidad equitativa de la atención médica. Se pretende así comenzar a resolver los problemas del sistema vigente y poner en práctica los principios constitucionales sobre el derecho a la protección de la salud y la seguridad social integral, solidaria y pública.
Si lo que se busca es fortalecer las políticas públicas de protección social y ampliar su cobertura a toda la población, se debe fortalecer, desburocratizar y humanizar las instituciones públicas de salud y seguridad social que a pesar de su deterioro, disponen de una amplia infraestructura y sólida experiencia para construir, a partir de ellas, un sistema universal de protección social. Esto permitiría avanzar desde un seguro provincial de salud, hacia un Sistema Integral de Salud.
- Que revalorice el trabajo profesional mano de obra intensiva, privilegiando racionalmente su pago.

Todos estos enunciados pueden quedar en buenas intenciones si no participan de la toma de decisiones y de la gestión todos los sectores involucrados: la comunidad, los profesionales y trabajadores de la salud, y el gobierno local:

- Los profesionales y trabajadores de la salud solos, se centrarán en respuestas a la enfermedad, que es para lo que han sido formados; por eso es que a través de sus entidades representativas debe generarse el gran debate sobre el tipo de sistema en el que se quiere trabajar y realizar la formación continua, sobre su rol integral frente a la historia natural de las enfermedades, sobre las formas de pago que no condicionen la práctica profesional, sobre el papel del complejo médico industrial, sobre los límites de las aseguradoras, sobre cómo lograr que las decisiones médicas –la calidad científica– no estén subordinadas a las económicas, sobre su relación con la sociedad civil, con el gobierno, etcétera.
- La comunidad sola, tampoco es eficiente porque necesita del recurso técnico, ése que contribuyó a formar con sus aportes. Por otra parte debemos tratar el tema de los mecanismos de representación actuales, porque decir "la comunidad debe participar" y no explicar cómo suele ser tramposo; recordemos que IPAM se creó con el aporte gratuito y voluntario durante nueve meses de los trabajadores estatales, afiliados en su inmensa mayoría a gremios que los representaban.

La situación y representatividad de los gremios ha variado por una serie de circunstancias que no corresponde a este proyecto analizar, pero se debe reconocer que aún y a pesar de todo son el mecanismo representativo más genuino con que cuentan los afiliados y son los únicos que han elevado su voz ante cambios o propuestas desfavorables para aquellos.

Tal situación no desconoce otras representaciones como las que ejercen las mutuales de afiliados obligatorios y de jubilados y pensionados, o las entidades intermedias de voluntarios por ejemplo, o incluso empleados o funcionarios de comunas pequeñas, u otras entidades a analizar.

La cuestión de la representación, tanto sindical, como profesional, comunitaria o de otra naturaleza es un debate esencial que necesita la sociedad civil, sin manipulaciones interesadas de los factores de poder.

- El Gobierno, en su situación actual de presiones externas e internas, la primera para que adecue su política a los dictados de los organismos multilaterales de crédito, y la segunda para que mitigue el problema social, se encuentra debilitado como para hacer algo más en este sistema que el control de calidad, que sí es su responsabilidad indelegable, además de cubrir eficientemente los servicios públicos para los sectores carenciados, y todo lo que haga a la promoción y protección de la salud en la población general.

La participación de todos los sectores deberá tender a una estrategia que permita superar la fragmentación, heterogeneidad e injusticias actuales, e impedir la implantación del modelo deshumanizado que pretende imponernos el Banco Mundial.

BIBLIOGRAFIA

- Apolone Giovanni y otro: "Proposta di un modello e di una tassonomia utili per valutare il valore delle linee-guida." En Ricerca & Pratica N° 87. Maggio-Giugno 1999.
- Barri Horacio: "Reflexiones sobre las Obras Sociales y el Sistema de Salud en la Argentina". IDEP.
- Consejo de Médicos: "El proyecto de salud del Consejo de Médicos". Revista Ethica.1998.
- Departamento Estadísticas. Ministerio de Salud. Gobierno de Córdoba. 1999
- Escudero José Carlos y otro: "La construcción de una hegemonía: el Banco Mundial en la salud argentina." Salud Problema y Debate N° 20.
- Escudero José Carlos: "La salud que tenemos y la que podríamos tener". Conferencia
- Juan César García. VII Congreso Latinoamericano de Medicina Social.
- Hourest Martin: " El rol de los organismos multilaterales de crédito con respecto a la salud". Conferencia dictada en Buenos Aires el día 5-11-99. En imprenta.
- Iriart Celia: "Análisis del Proyecto AR-0120. Programa de reforma de la APS en Córdoba. BID-Gobierno de Córdoba.
- Iriart Celia: "El papel de la atención gerenciada en la reforma de las sistemas de salud". Conferencia dictada en el CISPREN. Córdoba el 4-11-99 .
- Laurell Cristina: " Avanzar hacia el pasado" Publicación sobre el Seminario dictado en Buenos Aires en 1997.
- Laurell Cristina: "La reforma contra la salud y la seguridad social. Una mirada crítica y una propuesta alternativa" Fundación Fiedrich Ebert. México.
- Laurell Cristina: "La salud, de derecho social a mercancía". Publicación de la Fundación Friedrich Ebert. México.
- Leone Francisco y Faraone Silvia: "Presentación de los resultados de la investigación multicéntrica sobre la atención gerenciada en Estados Unidos y América Latina"
- Conferencia en el salón Regino Maders de la Legislatura en Agosto 1999.
- López Artemio: "El nuevo mapa de la pobreza estructural". IDEP. Cuaderno N° 43.
- López Artemio: "La alianza que no fue, nuevos pobres y pobres estructurales en las elecciones a gobernador de Córdoba. Diciembre de 1998." IDEP. Cuaderno N° 59.
- Lozano Claudio: "Las privatizaciones en la etapa menemista, síntesis de sus desarrollo y resultados." Instituto de Estudios y formación CTA. Julio 1999.
- Ministro de Salud de la Nación Dr. Héctor Lombardo: declaraciones al diario Clarin. Diciembre 1999.
- Patrucco Héctor A.: "Atención gerenciada de la salud en los Estados Unidos". Revista Ethica.1999
- Testa Mario: Planificación estratégica.Conferencia en Córdoba, 1992.
- Tognoni Gianni. "Análisis del último informe del Banco Mundial: La carga global de la enfermedad". En Ricerca & Pratica N° 82 . Julio-Agosto 1998.
- Tognoni Gianni: "Neoliberalismo: ¿genocidio por planificación de desigualdad". Boletín de Salud N° 1 del Instituto de Estudios y Formación. CTA, Buenos Aires, diciembre de 1999..
- Tombesi Massimo : "Assistenza domiciliare programmata / assistenza domiciliare integrata". En Ricerca & Pratica N° 87. Maggio-Giugno 1999.
- Watzkin Howard y otros: "La atención gerenciada en América Latina; su papel en la reforma de los sistemas de salud". Universidad de Nueva México. 1999.