

Hacia un nuevo "Shock de Acceso" en la Argentina

Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (*)

Médico. Especialista en Salud Pública.



Comencemos analizando la salud en nuestro país desde tres perspectivas.

La primera tiene que ver con el nivel de salud de nuestra población

Si analizamos el comportamiento de dos indicadores que miden el nivel de salud como son la Mortalidad Infantil (MI) y la Esperanza de Vida al Nacer (EVN) vemos que han mejorado en las últimas décadas. Efectivamente la MI descendió un 80% en los últimos 60 años y la EVN aumentó alrededor de un 20% en ese mismo período. O sea hoy los argentinos vivimos unos 13 años más que en aquel entonces. Pero la realidad es que todos los países del mundo han mejorado su salud y lo que cobra importancia entonces es el ritmo o la velocidad de las mejoras de estos indicadores. Desde ese punto de vista la Argentina pasó del 2^{do} lugar en AL de la década del 50 a un 7^{mo} lugar en la actualidad en cuanto a ambos indicadores mencionados. Y así con la mayoría de los indicadores de salud. O sea hemos perdido mucho terreno.

La EVN es un indicador que integra además el índice de desarrollo humano. En la primera medición de dicho índice la Argentina estaba primera en AL y actualmente descendimos a un 2^{do} lugar detrás de Chile y con otros países acercándose.

En cuanto a la Mortalidad Materna estamos lejos de cumplir las metas propuestas para el 2015 de los Objetivos del Milenio compromiso asumido por nuestro país en el año 2000. Obviamente los peores indicadores se observan en la población de menores recursos y sin cobertura explícita. Además la Argentina enfrenta una doble carga de morbilidad con una prevalencia muy alta de Enfermedades No Transmisibles.

La segunda perspectiva es la de la respuesta organizada que se da un país justamente para resolver sus problemas de salud, o sea la organización de su Sistema de Salud.

Varios estudios demuestran diferencias en cuanto al nivel de acceso a los servicios según el nivel de cobertura de la población. Quienes poseen cobertura explícita de obra social o prepaga médica acceden más y mejor a los servicios de salud. Incluso entre los que dependen exclusivamente de la cobertura del Estado (sector público exclusivo), los que tienen algún plan de salud como el NACER, Seguro Público Provincial u otro, tienen mejor acceso que quienes no lo tienen. Esto nos habla de la importancia de avanzar hacia un modelo de inclusión hacia sistemas de protección social en salud.

La gran fragmentación y segmentación del sistema (más de 250 obras sociales, múltiples prepagas médicas, 24 provincias autónomas, sistemas municipales,

etc.) complican este panorama. Esto habla de la necesidad de coordinación y de generar Rectoría a nivel Nacional.

La tercera perspectiva es desde el financiamiento de la salud

El gasto en salud en nuestro país es de alrededor del 9% del PBI, similar (en cuanto al porcentaje destinado, no a la cantidad total) a muchos países desarrollados. Pero la diferencia es que mientras que aquí alrededor del 40% de ese gasto es privado (o sea gasto del bolsillo de las personas fundamentalmente) en otros países como Inglaterra, España, Canadá, etc. más del 80% del Gasto es público. Esto habla de una enorme inequidad en nuestro país en donde quien más tiene mejor salud puede obtener.

Alrededor del 33% del gasto es de la Seguridad Social y el 22% es público. Del gasto público el gasto mayoritario lo realizan las provincias, luego los municipios y por último la Nación. El Ministerio de Salud de la Nación solo aporta el 0,3% del PBI. Esto nos habla a su vez de la escasa Rectoría que el gobierno Nacional ejerce sobre el sistema, agravando la fragmentación y segmentación. Esta situación no se modificó en esta década en donde se aumentó exponencialmente el gasto público. La Salud es una gran deuda social.

¿Qué hacer entonces en Salud? Un Nuevo Shock de Acceso

Debemos tener en cuenta que el ritmo de mejoras en los niveles de salud descriptos más arriba, no fue parejo en estas décadas. Del total de mejoras en estos indicadores el 60% ocurrieron entre los años 1945-55 y 1970-75. Justamente ambos periodos en donde se forjaron nuestros dos subsistemas mayoritarios: el Público durante la gestión Carrillo en el 1^{er} gobierno de Perón y el de la Seguridad Social a partir de la ley 18.610 en 1970. En ambas experiencias, en donde los indicadores de salud mostraron una mejora sustancial, lo que se logró fue que la gran mayoría de la población accediera en forma masiva a la tecnología adecuada en un periodo corto de tiempo. En ambos se logró masificar y poner al alcance de las mayorías, las tecnologías de la época en un tiempo muy corto lo cual impactó en los niveles de salud al resolver gran cantidad de demanda oculta.

Estos shocks de acceso fueron determinantes para mejorar los niveles de salud de la población, especialmente de los más desprotegidos.

Teniendo en cuenta este análisis, algunas de las grandes líneas estratégicas para avanzar estarían dadas por lograr nuevamente un acercamiento masivo de la tecnología disponible a la gran mayoría en un periodo

de gobierno. Consideramos aquí al acceso no como un valor absoluto (hay o no acceso) sino como un valor continuo que va desde un extremo de acceso oportuno en el tiempo a servicios de calidad hacia otro extremo de acceso inoportuno y de baja calidad. En general podemos afirmar que las personas con mejores coberturas acceden cercanas al primer punto y quienes tienen menor cobertura explícita acceden más cercanos al segundo extremo del continuo configurando grandes brechas de inequidad.

Este nuevo shock de acceso se debe configurar ensamblando varias políticas.

Algunas de ellas podrían estar dirigidas a:

✓ **Incluir a las personas a los sistemas de protección social existentes o nuevos:**

En la actualidad el shock de acceso se debería manifestar incorporando al 34% de la población que trabaja en negro a los sistemas laborales en blanco que le brinden cobertura en salud de la seguridad social. También debemos incorporar a la población sin cobertura a sistemas provinciales de aseguramiento en salud como pueden ser los seguros públicos provinciales u otros. En estos casos debemos asociar fuertemente los planes de protección social como la AUH a coberturas explícitas en salud.

✓ **Modificar la composición del gasto en salud**

Debemos pasar del 45% del gasto privado (altamente inequitativo) a una relación como mínimo de un 80% de gasto público (seguridad social más gasto del Estado) y un 20% privado. Este aumento del gasto público debe estar liderado por una fuerte inversión de la Nación, fundamentalmente subsidiando gasto en medicamentos para los sectores con menores recursos económicos y a los sistemas provinciales de protección social en salud.

✓ **Nueva Relación Nación - Provincias**

A través de un Pacto en Salud que determine roles y funciones de cada uno y el financiamiento adecuado según resultados a obtener. Firma de Convenios entre Nación y Provincias que determinen el sistema a adoptar y fije metas claras.

✓ **Modelo de Atención basado en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud**

Avanzar hacia un nuevo modelo de atención homogéneo en todo el país a partir del establecimiento de Líneas de Cuidados con protocolos de atención adaptados a realidades regionales.

✓ **Incorporar tecnología adecuada**

Incorporar tecnología a la atención de la salud como por ejemplo Historia Clínica digital, recetas electrónicas, etc.

En síntesis

Uno de los principales desafíos del próximo gobierno en la cuestión social deberá ser reformular el sector salud. Luego de una década de superávits gemelos y una macroeconomía fuerte, en donde el Estado Nacional retornó a un centro luego de un período de privatizaciones, haciéndose presente en todas las áreas de la economía y sociales, aumentando el gasto en educación y el gasto social con diferentes programas, y siendo la fuente de mayor creación de empleo, verificamos que este mismo Estado Nacional sigue ausente en el sector salud. La Salud es la gran deuda social. Será responsabilidad del próximo gobierno revertir esta situación. □

(*) Médico. Especialista en Salud Pública. Ex Subsecretario de Relaciones Institucionales e Investigación del Ministerio de Salud de la Nación (2008 – 2009).

Precisión
al Servicio de
la Salud





VIDT CENTRO MEDICO
Excelencia en Terapia Radiante
INSTITUCION AFILIADA A LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA U.B.A.
CENTRO ASOCIADO A RADIATION THERAPY SERVICES - U.S.A.

- Radioterapia de Intensidad Modulada - IMRT
- Micro - Radioterapia Corporal - SBRT
- Radioterapia Conformacional Tridimensional
- Radiocirugía Estereotáxica
- Radioterapia Estereotáxica
- Acelerador Lineal

Vidt 1924 (1425) Capital Federal - Buenos Aires.
Tel.: (54-11) 4824-6326 / 4821-8684 (L. Rotativas)
E-mail: info@vidtcm.com.ar
Web-site: <http://www.vidtcm.com.ar>



Aseguramiento de la Calidad bajo Normas Iso 9001:2008