¿ADONDE VA LA SALUD DE NUESTRO PUEBLO?

La salud de nuestro pueblo se encuentra en gran parte determinada por las fuerzas predominantes de la economía mundial en esta etapa del capitalismo que tiende a arrasar con las conquistas sociales humanas. Si se analiza, por ejemplo, la relación existente entre los factores que producen enfermedad y muerte con el gasto en los mismos (Tabla 1) se puede comprobar la irracionalidad del gasto social que es mucho más alto en los servicios de salud y la medicina curativa que en las acciones preventivas a pesar de que éstas son las necesarias para controlar los factores más importantes relacionados a enfermedad y muerte.

TABLA 1: FACTORES RELACIONADOS A LA MORTALIDAD Y GASTO MUNDIAL EN SALUD.

	Sistema de salud curativo	Estilo de vida	Medio ambiente	Factores biológicos
Factor relacionado a la mortalidad	11%	19%	42%	26%
Gasto	88%	2%	3%	7%

Fuente: Más salud por el mismo dinero: Ginés González , Tobar F. Ediciones ISALUD, 1997.

La razón de este hecho debe vincularse a dos causas. En primer lugar los factores adversos relacionados al medio ambiente como el agua no potable, la vivienda inadecuada, la alimentación insuficiente y la educación limitada, afectan a las mayorías empobrecidas y aunque éstas representan la gran mayoría de la población mundial carecen de recursos propios para pagar esos servicios y por lo tanto se encuentran excluidas del circuito económico del capital ya que no pertenecen al mercado formal y no generan demanda efectiva.

En segundo lugar, casi todo el gasto en salud vinculado al estilo de vida y al medio ambiente depende del Estado y éste se encuentra al presente gobernado, en general, por representantes de las corrientes neoliberales que han aplicado fuertes políticas de ajuste disminuyendo el gasto social, siguiendo los dictados del FMI.

Esta tendencia mundial se ha expresado en las últimas décadas en dos hechos polares:

a) una limitación del gasto en las áreas sociales de salud tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados, postergando las necesidades de las mayorías de todo el mundo;
b) un incremento del gasto en medicina curativa y en los servicios de salud que ha alcanzado valores extraordinarios en los países ricos ocupando una fracción cada vez mayor del PBI de los mismos.

Resulta claro que el gasto en los servicios curativos se inscribe en la lógica del capital y de la ganancia ya que este mercado (fármacos, equipos, construcciones médicas, servicios) permite la reproducción del mismo y la obtención de ganancia. Sólo los servicios curativos o preventivos que pueden ser pagados por los particulares, los seguros privados, las obras sociales, los subsidios o los presupuestos estatales, son los que interesan al capital.

En esta lógica resulta claro el incremento del gasto en salud en servicios más complejos y costosos para una minoría y la disminución del gasto social para la mayoría de la población mundial.

En otro sentido el capitalismo atraviesa un período de excedentes financieros que no reconoce antecedentes en la historia. Este hecho, cuya causa se debate entre una disminución global de la tasa de ganancia y el subconsumo, genera sobreproducción, acumulación de stocks y una utilización parcial de la planta productiva mundial. De ese modo aunque las necesidades sean crecientes y una producción mundial racional podría satisfacerlas, se detiene o disminuye la producción de bienes porque por su propia naturaleza el capital no produce donde disminuye la ganancia. Para atenuar este proceso el capital puede actuar:

a) incrementando la extracción de ganancia aumentando la productividad del trabajo, como lo demuestra la disminución de los salarios en las últimas décadas en los principales países de occidente;
b) extrayendo ganancia a través del mercado financiero y los servicios de la deuda externa;
c) desarrollando nuevos mercados no explotados;
d) introduciéndose en ciertas ramas de la producción cuya reconversión económica posibilita la formación de nuevos negocios.

La salud que representa aproximadamente 10% del PBI mundial y donde más del 60% del gasto es estatal, es una de las ramas elegidas para este fin.

Las razones que posibilitan esta inserción son entre otras:

a) la importante participación del Estado en el presupuesto de salud que admite la potencial futura privatización de muchas áreas;
b) la posibilidad de forzar, por mecanismos legales y de mercado, a un sector importante de la población con mayores ingresos, a abandar la seguridad social solidaria y pasar a contratar seguros privados;
c) las políticas económicas del FMI que fuerzan a los estados a abandonar el "Estado de bienestar", generando una necesidad creciente de la población de pagar con sus propios recursos su salud, como lo expresa el informe "Invertir en Salud" del Banco Mundial;
d) el relativo atraso de la organización productiva en salud que es mano de obra intensivo y posibilita la creación, por parte de los grandes grupos económicos, de una economía de escala con menores gastos administrativos y de gestión en la provisión de servicios y con su conocido correlato de despidos, desocupación y peores condiciones de trabajo entre los trabajadores de la salud.

Nuestro país posee, en el escenario arriba descripto, características atractivas para el desarrollo de un proceso de inserción creciente del capital privatizador en salud.

En primer lugar la Argentina posee un gasto en salud relativamente alto. (Tabla 2).

TABLA 2: GASTO EN SALUD EN ARGENTINA SEGÚN TIPO DE COBERTURA EN 1995.

Tipo de cobertura	Población en millones	Gasto pesos/mes/habitante
Prepago más Obra Social	1	100
Doble Obra Social	1,5	74
Prepago sólo	1,5	63
PAMI sólo	4,3	55
Solo una Obra Social	16,2	37
Servicios Públicos	15,9	16

Fuente: Más salud por el mismo dinero: Ginés González García, F. Tobar. Ediciones ISALUD, 1997.

Mientras el gasto global es aproximadamente 500/dólares/habitante/año la tabla demuestra que cerca del 50% de la población carece de seguridad social.

Este gasto es muy superior al de todos los países latinoamericanos y ha crecido en los últimos años. A pesar de ello, los resultados globales medidos por indicadores fundamentales como la mortalidad infantil y la expectativa de vida, demuestran resultados inferiores al de países del área con un gasto global en salud mucho menor como Costa Rica, Chile (Tabla 3) y Cuba.

TABLA 3: COMPARACIÓN DEL GASTO Y RESULTADOS EN SALUD. (Argentina base 100).

	Gasto por cápita	Mortalidad infantil	Esperanza de vida al nacer
Argentina	100	100	100
Costa Rica	46	46	106
Chile	46	54	100
Panamá	51	81	101

Fuente: Más salud por el mismo dinero: G. González García, F. Tobar, Ediciones ISALUD, 1997.

En otro sentido, al analizar la estructura de ese gasto se comprueba una profunda asimetría ya que la mitad de la población total (15.9 millones en 1995) que depende del gasto del Estado, recibe un presupuesto proporcionalmente mucho menor que el de la seguridad social y los sistemas de seguro privados (prepagos). Así mismo una fracción importante del gasto corresponde al pago particular de la población sin seguridad social.

Al considerar la financiación del gasto (Tabla 4) puede comprobarse la baja asignación en programas preventivos solo dependientes del Estado y un importante gasto en medicina curativa que aumenta en el sector de las obras sociales y el sistema de prepago.

TABLA 4: FLUJOS FINANCIEROS DEL GASTO EN SALUD. ARGENTINA 1995. (Pesos/Mes/Habitante).

	Programas preventivos	Gastos curativos Instituciones del estado	Gastos curativos Sector con cobertura
Sector público	2,4	19,4	-
Obras Sociales	-	5,8	31,4
Prepagos	-	5,8	55,3

Fuente: Más salud por el mismo dinero. G. González Garcia, F. Tobar. Ediciones ISALUD, 1997.

El gasto en medicina curativa en nuestro país ha ido aumentando en los últimos años y este hecho se debe a varias razones como: a) la tendencia mundial de incrementar el gasto en salud por la aparición de nuevas técnicas curativas costosas y la prolongación de la expectativa de vida, b) la presión de las empresas de servicios y de fármacos que han logrado incorporar en la población con mayores recursos una conciencia de consumo de la atención médica, c) la gran fragmentación del sistema en numerosos subsistemas y obras sociales, lo que aumenta los gastos burocráticos, d) la sobreprestación de servicios por superposición de la atención en el sistema público y de la seguridad social.

Como síntesis de este proceso existen tres subsistemas (público, seguridad social y prepagas) con una grave crisis operativa de los dos primeros y una reconversión económica del tercero, que tiende a avanzar sobre el sistema estatal y la seguridad social.

El sector público trabaja con un gran esfuerzo de sus profesionales para solucionar la importante demanda habitual a la que se suma la generada por el desempleo y la pérdida de la seguridad social y la de los pacientes crónicos y los no rentables, pero su producto final es limitado por las fallas de las políticas del Estado en salud que someten a estas instituciones a presupuestos magros, a una lenta y deficiente resolución operativa de la atención, a límites en la modernización de las plantas, el equipamiento y la gestión y a la falta de integración de la complejidad en red entre hospitales.

El sistema de la seguridad social por su parte se encuentra fragmentado en centenares de obras sociales que van desde las que tienen centenares de miles de afiliados a otras con unos pocos miles. Casi todas tienen graves problemas financieros derivados del aumento del costo de la atención, la caída de los aportes patronales, la caída del salario real, la disminución del número de aportantes por el desempleo, los enormes gastos burocráticos derivados de las fallas de la organización administrativa y la corrupción de ciertos dirigentes.

La gran mayoría de las obras sociales a su vez carecen de capacidad instalada propia asistencial y contratan la atención de sus afiliados a sanatorios, clínicas, hospitales y grupos financieros que a su vez subcontratan los servicios. Esta situación ha producido un sistema costoso, con serios problemas de financiamiento, con elevada insatisfacción del usuario y con limitaciones en los servicios prestados. A su vez una fracción menor pero significativa de los asegurados que aportan cifras cercanas a las de los sistemas prepago, desearían recibir servicios de mejor calidad y se pasarían masivamente a este sistema si se desregulara al mismo, quebrando el sistema solidario.

En el sistema de prepagos aunque comprende a centenares de empresas, el poder económico está vinculado a unas pocas que poseen las cápitas mayores. En los últimos años ha descendido la ganancia en este sector y se está produciendo un rápido sistema de compra y fusión que tiende a aumentar la cápita en pocas empresas, incrementando la ganancia a través de una reconversión que produce una disminución de los gastos operativos, el aumento de la productividad de los profesionales y la posibilidad de generar precios monopólicos de los servicios.

A su vez este sector busca apropiarse de un mercado que corresponde a la población de mayores ingresos de la seguridad social. En el escenario descripto resulta claro que el sector realmente dinámico y poderoso es el del capital financiero nacional y sobre todo extranjero que avanza en la búsqueda de mayores ganancias para pagar con estos negocios parte de los dividendos requeridos por sus poseedores, fundamentalmente, los de los gigantescos fondos de pensión de los países desarrollados y en especial los Estados Unidos.

La lógica económica de este sector es simple, su sustento es la política en salud expresada por el Banco Mundial y su expresión operativa, la desregulación de las obras sociales.

Para estos sectores el resorte económico fundamental del poder no es la propiedad de las instituciones o de los servicios sino la posesión de grandes cápitas que junto a la presión de los grandes capitales, pueden producir un nuevo marco regulatorio. En ese escenario la lucha entre los prestadores permitirá bajar los costos laborales, determinar el perfil de los servicios según la cuota aportada, flexibilizar el mercado laboral, aumentar la productividad y excluir a los que no pueden pagar. Para este programa sobran camas y médicos y pronto se sentirán estos síntomas sino hay acciones que defiendan la salud al servicio del pueblo.

Para revertir este escenario es necesario el desarrollo de una fuerte acción de la sociedad en su conjunto con la participación plena de los profesionales de la salud, la comunidad y las corrientes políticas capaces de recrear una salud solidaria y justa.

Las líneas que responden a las necesidades reales de la comunidad y no del mercado serían:

1- Un encuadre general del sistema de salud que debe desarrollar al máximo el potencial de las acciones preventivas y curativas de tecnología sencilla con acceso universal sostenido por el Estado, en todo el territorio nacional. Ello debe generarse a través de la adecuada asignación presupuestaria, permitiendo incorporar al potencial productivo de los profesionales y los trabajadores de la salud en nuevos roles, con fuerte énfasis en las acciones comunitarias y preventivas descentralizando las acciones de los hospitales hacia nuevas formas de organización de la atención (Ej: atención domiciliaria).

2- La refundación de un sector público eficiente sostenido por el presupuesto estatal con las siguientes reformas: a) trabajo "Full time" u horario prolongado de los profesionales incentivando la inserción creciente de este modelo de organización, b) formación de cuadros gerenciales con capacidad de conducción y nuevas tecnologías de administración eficientes, c) definición del perfil de los servicios públicos evitando superposiciones y déficits, d) integración en red de las instituciones públicas, e) aprovechamiento de la capacidad instalada y del recurso humano de las instituciones públicas para promover el desarrollo de los programas nacionales de medicina curativa, f) favorecer la inserción del hospital público como prestador de la seguridad social a través del mejoramiento de la calidad y eficiencia de sus servicios, desarrollando la plena participación de los trabajadores de la salud en la reorganización y conducción de las instituciones públicas.

3- Reorganización del sistema de seguridad social a través de: a) redimensionamiento de la seguridad social en un sistema unificado que permita establecer acciones integradamente, fortalecer la solidaridad social y hacer eficiente los gastos administrativos, burocráticos, de gestión y de prestación de servicios, b) establecer la plena democracia sindical que posibilite la participación de los trabajadores en la definición y concreción de los objetivos del sistema asistencial y erradique la corrupción y el gasto ineficiente.

4- Regulación de la producción de fármacos por el Estado, estableciendo el uso del Vademecum Nacional, disminuyendo costos y adecuando la producción y precios a las reales necesidades sanitarias de la comunidad.

Dr. Pedro de Sarasqueta