

NÚMERO 22, DICIEMBRE DE 2017

EDITORIAL

Nos es grato compartir con ustedes la vigesimosegunda edición del Boletín DPT, publicado por la Fundación Instituto para el Desarrollo Productivo y Tecnológico Empresarial de la Argentina (Fundación DPT), cuya misión es contribuir al desarrollo sinérgico de la ciencia y la tecnología, del ámbito formativo y de los sectores productivos en nuestro país.

Este número se refiere a la Cobertura Universal de Salud (CUS) en la Argentina, tanto en nuestra heterogénea realidad como en relación a las expectativas y desafíos emergentes de la actual estrategia gubernamental enunciada en el Decreto de Necesidad y Urgencia N° 908 del 02/08/2016.

El presente número del Boletín DPT coincide cronológicamente con la conmemoración –el 12/12/2017- del Día de la Salud Universal, difundido globalmente como Día de la Cobertura Universal de Salud. Se trata del quinto aniversario del 12/12/2012, fecha en que la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó -por unanimidad- la resolución “Salud mundial y política exterior” (*), la cual: (a) destaca la importancia de la salud como derecho humano esencial y como pilar del desarrollo global sostenible, (b) insta a los gobiernos a adoptar medidas para garantizar -a todos- el acceso a servicios de salud asequibles y de calidad, (c) insta a los países, a las organizaciones de la sociedad civil y a las organizaciones internacionales a promover la inclusión de la cobertura universal de salud en los respectivos programas de desarrollo, y (d) reafirma el papel de liderazgo de la OMS en el apoyo a los países para concretar las reformas pertinentes.

Nuestro propósito es reunir, a través de testimonios directos y de referencias documentales, un conjunto de elementos de juicio para reflexionar acerca de: (a) las fortalezas y retos de la Argentina en relación a la cobertura, accesibilidad, calidad y equidad de los servicios de salud, (b) las expectativas y desafíos emergentes de la estrategia gubernamental CUS dispuesta a través del Decreto N° 908/2016, (c) los factores que impulsan o condicionan la universalización de la cobertura y el acceso a servicios de salud, y (d) las propuestas, críticas y suspicacias vinculadas a la estrategia gubernamental de CUS.

Con tal finalidad presentamos nuestras entrevistas con los siguientes expertos:

- **Dra. María Cristina Cortesi**, Presidenta de la Comisión de Derecho Sanitario de la Asociación de Abogados de Buenos Aires. Presidenta de la Fundación de Altos Estudios e Investigación en Salud (FUNDALEIS)
- **Dr. Roberto Chuit**, Académico de Número de la Academia Nacional de Geografía, experto internacional, ex funcionario nacional y provincial en Salud Pública

- **Dr. Ignacio Katz**, Especialista en modelos prestacionales, programas médicos, optimización de recursos y modalidades de contratación en Medicina Comunitaria
- **Dr. José María Paganini**, Académico Correspondiente de la Academia Nacional de Medicina, Presidente del Centro para la Acreditación en Salud (CENAS) y Director del Centro INUS – Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP
- **Dr. Javier Vilosio**, Gerente del Área Técnica de la Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico- CA-DI.ME.

Posteriormente exponemos un conjunto de referencias documentales vinculadas con las cuestiones tratadas.

Confiamos en que el contenido de este número les resulte útil para reflexionar acerca de la construcción de un sistema de salud más equitativo, justo y eficiente, a través de una genuina integración de esfuerzos públicos y privados.

Les deseamos unas gratas celebraciones navideñas, así como un nuevo año pleno de satisfacciones y realizaciones.

Guillermo Gómez Galizia **Presidente**

Fundación Instituto para el Desarrollo Productivo
y Tecnológico Empresarial de la Argentina (DPT)

(*) Naciones Unidas: Resolución de la Asamblea General de las “Salud mundial y política exterior” aprobada el 12/12/2012

http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/67/L.36&referer=http://www.un.org/en/ga/info/draft/index.shtml&Lang=S

NOTA DE TAPA

INTRODUCCIÓN

Este número del Boletín DPT se refiere a la Cobertura Universal de Salud (CUS) en la Argentina, tanto en nuestra heterogénea realidad como en relación a las expectativas y desafíos emergentes de la actual estrategia gubernamental para concretarla.

Nuestro propósito es reunir, a través de testimonios directos y de referencias documentales, un conjunto de elementos de juicio para reflexionar acerca de: (a) las fortalezas y retos de la Argentina en relación a la cobertura, accesibilidad, calidad y equidad de los servicios de salud, (b) las expectativas y desafíos emergentes de la estrategia gubernamental CUS dispuesta a través del Decreto N° 908/2016, (c) los factores que impulsan o condicionan la universalización de la cobertura y el acceso a servicios de salud, y (d) las propuestas, críticas y suspicacias vinculadas a la estrategia de CUS.

1.- Esquema conceptual

1.1.- Cobertura Universal de Salud (CUS): Acepciones básicas

La cobertura sanitaria universal tiene su sólido fundamento en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1948, en la que se declara que la salud es un derecho humano fundamental y se adquiere el compromiso de garantizar, a todos, los más altos niveles posibles de salud.

La OMS define a la Cobertura Universal de Salud (CUS) como *“el asegurar que todas las personas reciban los servicios de salud que necesitan sin pasar penurias económicas”*. Dicha acepción enfatiza en que todas las personas tengan alguien que pague por la atención que requieren, de manera que nadie se vea imposibilitado (económicamente) de recibir la asistencia médica que necesita. Abarca toda la gama de servicios de salud esenciales, desde la promoción hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

Universalizar la cobertura implica garantizar a todas las personas el acceso -sin discriminación alguna- a servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, así como a medicamentos de calidad, seguros, apropiados y asequibles, de acuerdo con sus necesidades. Sin acceso universal, oportuno y efectivo a los servicios y medicamentos requeridos, la cobertura universal se constituye en una meta abstracta o quimérica.

En toda estrategia CUS es necesario definir qué cobertura se garantizará a todas las personas. Dada la brecha entre lo médicamente posible y lo financieramente factible, cada sociedad debe -inevitablemente- establecer prioridades y realizar algún tipo de racionamiento.

1.2.- La CUS en la Argentina

En la Argentina el sistema de salud ofrece, desde hace muchos años, una cobertura universal (por parte del Estado, de la seguridad social, de la medicina prepaga y de los seguros del sector privado), garantizando a todas las personas que residen o que transitan por el territorio nacional –sean o no argentinos- que alguna entidad pagará por la asistencia médica que requieran.

El Decreto (DNU) N° 908 del 02/08/2016 (BO 03/08/2016) dispone la Cobertura Universal de Salud (en adelante: CUS), una política central de la Administración Nacional, a través de una norma referida –básicamente- a otra cuestión: la restitución de la deuda histórica del Estado Nacional con la seguridad social. Dicho decreto, que es la primera norma oficial nacional que hace referencia a la CUS como estrategia; establece que se destinarán -por única vez- ocho mil (8.000) millones de pesos para financiar determinadas finalidades vinculadas a la CUS.

La prioridad de la política y la estrategia CUS es mejorar la accesibilidad, equidad, eficiencia y calidad de los servicios destinados a las personas cuya única cobertura formal reside en el Estado, de manera que todas ellas tengan acceso a servicios integrales, adecuados, oportunos, de calidad, cercanos a su domicilio, sin enfrentar barreras financieras para alcanzarlos.

1.3.- Reseña de características previstas para la CUS

Las características previstas para la CUS en la Argentina pueden reseñarse en los siguientes términos:

(a) Destinatarios: Las CUS está dirigida particularmente a quienes no tienen acceso a obras sociales o a medicina prepaga, previéndose que alcanzará a 15 millones de personas que actualmente sólo están cubiertas por el sistema público de salud.

(b) Empadronamiento: Se identifica, empadrona y entrega credencial a cada persona cubierta (tal como ocurre en las obras sociales y en el sector privado).

(c) Centros barriales de atención primaria: Los centros de salud barriales serán provistos de los servicios y equipos necesarios para constituirse en la vía primaria de atención de todas las personas empadronadas.

(d) Médico de cabecera: Cada persona empadronada tendrá asignado un médico de cabecera y un equipo de salud en un centro de atención primaria cercano a su domicilio.

(e) Acceso móvil: Cada persona empadronada contará con una aplicación para teléfonos celulares a través de la cual podrá conocer la ubicación, teléfonos y horarios de atención de los centros de salud y hospitales más cercanos a su localización.

(f) Turnos para atención: El sistema asignará turnos para los centros de salud a través de una línea telefónica 0800. Si al momento de la consulta el médico considera necesario realizar estudios complementarios o la atención de un especialista del mismo centro, se asignará un turno con prioridad. Si fuera necesario derivar al paciente a un hospital, se le asignará un turno protegido en el mismo. Está previsto implementar el trámite de turnos vía web.

(g) Historia clínica: Cada persona tendrá su historia clínica digitalizada a la que se podrá acceder desde cualquier punto del país. En caso de urgencia, el paciente podrá concurrir a cualquier establecimiento público, donde la lectura óptica del código QR de su credencial permitirá acceder -inmediata y automáticamente- a su historia clínica digital.

(h) Articulación entre efectores: Todos los establecimientos del sistema -ya sean de dependencia nacional, provincial o municipal- estarán integrados a través de la Red Nacional de Telesalud, con estándares de atención unificados. Los centros de atención primaria podrán realizar teleconsultas a equipos especializados de hospitales de mayor complejidad. El seguimiento que requiera un paciente podrá realizarse mediante aplicaciones de telesalud, sin necesidad de traslado.

(i) Prescripción y provisión electrónica de medicamentos: Con la prescripción del médico, la credencial y el DNI las personas empadronadas podrán acceder a los medicamentos ambulatorios esenciales que requieran. Los medicamentos que anteriormente eran distribuidos bajo el Programa Remediar, serán entregados en los mismos puntos del país a través del sistema CUS, el cual dispondrá de un sistema de prescripción y provisión electrónica. La provisión de medicamentos se fortalecerá mediante los laboratorios de producción pública (Agencia Nacional de Laboratorios Públicos, ANLAP)

(j) Atención de personas con otras coberturas: Cuando una persona se atiende en un establecimiento público y disponga de cobertura de la seguridad social o privada, se realizará el cobro de la prestación a su obra social o prepaga.

(k) Diagnóstico del estado de salud: Se realizará un relevamiento y diagnóstico continuo del estado de salud de la población para adaptar y adecuar dinámicamente los servicios y prestaciones a las necesidades de la población y a los problemas de salud más frecuentes.

(l) Experiencias piloto: En octubre de 2017 el Ministerio de Salud de la Nación presentó en Mendoza una prueba piloto de la CUS en el departamento mendocino de Guaymallén, el cual tiene aproximadamente 300.000 habitantes y alrededor de un 40% sólo disponen de cobertura pública.

(m) Convergencia programática

La estrategia de CUS converge con otras dos iniciativas gubernamentales en el sector Salud: (i) la proyectada Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ANETS), y (ii) el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGC)

A continuación reseñamos los focos de convergencia.

(i) Se prevé que la proyectada **Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ANETS)**, cuyo proyecto de ley de creación se halla en trámite parlamentario, será un actor determinante en la definición de las prácticas médicas y medicamentos que serán cubiertos por las obras sociales, las prepagas o el Estado. Dicha Agencia dispondría de calificados equipos de expertos para definir –con base en evaluaciones sustentadas en evidencia científica- qué medicamentos y tratamientos son eficaces para curar o aliviar determinadas enfermedades. Respecto de la ANETS, ver Boletín DPT N° 11, Noviembre 2016.

(ii) El **Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM)** fue creado por Resolución Secretarial N° 432/1992 y refrendado por Decreto N° 1424/1997 y por Decreto N° 939/2000. Más recientemente, mediante Decreto N° 178 del 15/03/2017 se determinó que la aplicación del PNGCAM es obligatoria para todos los establecimientos nacionales de salud, en el Sistema Nacional del Seguro de Salud y Obras Sociales Nacionales; en el INSSIP/PAMI, en los establecimientos incorporados al Registro Nacional de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, en los establecimientos dependientes de las distintas jurisdicciones provinciales y municipales, así como en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en las entidades del sector salud que adhieran al programa. Posteriormente, por Resolución MS N° 856-E/2017 del 11/07/2017 (BO: 13/07/2017) se establecieron los objetivos, funciones, criterios, órganos y atribuciones del Programa (Ver “Argentina. PNGCAM” en sección Referencias de este número del Boletín)

(n) Adhesiones provinciales y encuentros regionales: La primera provincia que adhirió a la CUS fue Mendoza en diciembre de 2016. Luego lo hicieron las provincias de Córdoba, Salta, Entre Ríos, Jujuy, San Juan, Río Negro, Tucumán, Chaco, Catamarca, Corrientes, Santiago del Estero y Tierra del Fuego. El lanzamiento de la estrategia CUS tuvo lugar en octubre 2017 en Guaymallén, Mendoza. Los encuentros regionales CUS fueron –hasta la fecha- los siguientes: **Patagonia** – Neuquén, junio 2017; **Noroeste** – Jujuy, julio 2017; **Noreste** – Corrientes, septiembre 2017; **Centro** – Córdoba, noviembre 2017.

2.- Testimonios y referencias

Con la finalidad de reunir elementos de juicio acerca de la temática planteada, presentamos nuestras entrevistas con los siguientes expertos:

- **Dra. María Cristina Cortesi**, Presidenta de la Comisión de Derecho Sanitario de la Asociación de Abogados de Buenos Aires. Presidenta de la Fundación de Altos Estudios e Investigación en Salud (FUNDALEIS)
- **Dr. Roberto Chuit**, Académico de Número de la Academia Nacional de Geografía, experto internacional, ex funcionario nacional y provincial en Salud Pública
- **Dr. Ignacio Katz**, Especialista en modelos prestacionales, programas médicos, optimización de recursos y modalidades de contratación en Medicina Comunitaria

- **Dr. José María Paganini**, Académico Correspondiente de la Academia Nacional de Medicina, Presidente del Centro para la Acreditación en Salud (CENAS) y Director del Centro INUS – Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP
- **Dr. Javier Vilosio**, Gerente del Área Técnica de la Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico- CA-DI.ME.

Asimismo exponemos un conjunto de referencias documentales vinculadas con la universalización de la cobertura y el acceso a servicios de salud de calidad.

José Luis Tesoro
Coordinador Editorial

ENTREVISTA CON LA DRA. MARÍA CRISTINA CORTESI, PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE DERECHO SANITARIO DE LA ASOCIACIÓN DE ABOGADOS DE BUENOS AIRES. PRESIDENTA DE LA FUNDACIÓN DE ALTO SESTUDIO E INVESTIGACIÓN EN SALUD (FUNDALEIS)

1.- ¿Cómo caracterizaría la estructura actual del sistema de atención de la salud en la Argentina?

Evidentemente hay una gran fragmentación e insuficiente equidad. Hay un autor que lo compara con un banquete en donde *todos van a comer*, pero la calidad de los menús para las distintas categorías de comensales exhibe diferencias abismales, mientras que una gran parte sólo podrá comer las sobras.

Si nosotros -como Estado- nos quedamos con ese concepto de que *todos van a comer*, tenemos dos caminos: o seguimos como estamos, o intentamos ver de qué manera podemos constituir un sistema mucho más equitativo.

Dentro de nuestra fragmentación tenemos al **sector público**, que es el más desfinanciado. Ello genera inequidad y un alto grado de judicialización. La judicialización es hoy uno de los principales problemas para todos los financiadores.

Por mi parte creo que tiene que haber una ley federal (que surja de COFELESA) o una ley nacional de salud. Porque otro de los grandes problemas es que nosotros hemos legislado por enfermedad, pero, además, como tenemos un sistema federal, por cada enfermedad tenemos una ley nacional y una ley provincial por cada una de las provincias. Algunas adhieren a las leyes nacionales con más facilidad, pero hay algunas provincias que son más celosas de su poder de policía sanitario y tienen todo absolutamente regulado. Allí nos encontramos con un problema bastante grave de inequidad ¿Por qué? Porque, para cada patología, la cobertura no es igual a nivel nacional, manifestándose notorias diferencias según el financiador de salud que cada persona tenga a lo largo de todo el país. Este es un grave problema.

Si tenemos que representar en un cuadro nuestro sistema de salud, vamos a encontrar las obras sociales nacionales; las empresas de medicina prepaga; el sistema público (nacional, provincial y municipal); obras sociales provinciales; algunas obras sociales que no forman parte del sistema nacional del seguro de salud, como las del Poder Judicial, Poder Legislativo, y las obras sociales universitarias. Cada uno de esos actores se rige por leyes diferentes, cubre distintas poblaciones, ofrece coberturas diferentes y responde a diferentes mecanismos y organismos de control.

Por ejemplo, cuando hablamos del Programa Médico Obligatorio (PMO), nos referimos a una canasta de prestaciones para tratar todas las enfermedades consideradas como tales por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Quizás la cobertura ofrecida no sea del 100%, pero todas esas enfermedades tienen una cobertura. Pero en nuestra realidad vemos que el PMO sólo rige para obras sociales nacionales y empresas de medicina prepaga. El resto del sistema no está hoy obligado a cumplir con el PMO, y esto origina un alto grado de judicialización ¿Por qué? Porque las personas van justamente al amparo buscando la equidad.

Por ejemplo, vemos que muchos jueces obligan a una obra social provincial (como el IOMA) a cumplir con el PMO. Fíjense que no tiene obligación de hacerlo, ya que el IOMA es una obra social provincial cuya cobertura se basa en su ley de creación, que es la que determina lo que va a cubrir o no.

No es que los jueces no sepan que el IOMA no está obligado a cumplir con el PMO, sino que tienen el propósito de reestablecer la equidad en las prestaciones. Si encuentran que hay una cobertura mayor, seguramente van a ordenar que se aplique en el caso considerado.

Es por ello que, si no logramos la equidad, será sumamente difícil terminar con la judicialización, que es uno de los problemas más graves que hoy tienen los financiadores.

2.- ¿Qué se busca con la Cobertura Universal de Salud (CUS) en la Argentina?

Lo que se busca con la Cobertura Universal de Salud (CUS) es poder comenzar a ordenar mínimamente todo este sistema, regido por una inmensa proliferación normativa asociada a una inflación legislativa en materia de salud. Para ello, la proyectada Ley Nacional de Salud debería ser una ley nacional a la que adhieran todas las provincias, o bien una Ley Federal que surja de COFELESA.

Denominamos **cobertura** a la capacidad del sistema de salud para responder por igual a todas las necesidades de la población.

Una **cobertura universal** debería disponer de los siguientes recursos: **(a) una infraestructura**, y creo que en el país la tenemos como para empezar a trabajar, y ya se ha comenzado; **(b) recursos humanos calificados**, y los tenemos aun cuando se hallen distribuidos de manera disfuncional, **(c) acceso a tecnologías de salud**, la futura Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias dictaminará cuáles son las tecnologías disponibles y evaluará la eficacia de las mismas, **(d) acceso universal**, dado que es una condición básica para instaurar la cobertura universal, habrá que trabajar en redes para superar los problemas de acceso hoy existentes en nuestro territorio; **(e) financiamiento adecuado**, una cuestión que aún no está definida en términos precisos.

Además de los referidos factores, será necesario **fortalecer el liderazgo de la autoridad nacional**. Yo creo que esto es lo que está haciendo el Ministerio de Salud de la Nación, a través de su trabajo en materia de CUS. Ya lo presentó en COFESA y

creo que en esta etapa está buscando la adhesión de las distintas provincias. En mi opinión es la única forma de llegar a la CUS y ello sólo puede lograrse a través del liderazgo de la autoridad nacional.

Con base en dicho liderazgo de la autoridad nacional, también será necesario generar un espacio de **colaboración entre proveedores públicos y privados, y entes y financiadores de la salud**. Lo que se intenta ahora es lograr que en el sistema público las personas tengan la misma cobertura del Programa Médico Obligatorio (PMO) que quienes tienen obras sociales y prepagas.

Ahora bien, ¿cómo se va a trabajar en aquellos lugares donde, a lo mejor, no hay una infraestructura hospitalaria para prestar esos servicios a las personas? Creo que ahí se va a tener que trabajar con redes, de manera que esas personas puedan ser atendidas en establecimientos privados y el Estado pagarlos. Esa sería la única vía para que las personas puedan acceder realmente a todos los servicios. Cuando el hospital público no pueda proveer una prestación necesaria, pagarla a un prestador privado. Por supuesto, para esto se necesita la adhesión de las provincias.

La Organización Mundial de la Salud trabajó mucho en el tema de la Cobertura Universal de Salud, habiendo formulado diversas recomendaciones e informes entre los años 2005 y 2010. Su Informe sobre la Salud en el Mundo (*) es un completo compendio sobre el camino hacia la CUS. En el año 2013 la OPS, y después todos los estados miembros de OMS, aprobaron una resolución sobre Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Cobertura Universal de Salud.

Todos estamos de acuerdo en que queremos la equidad, que las personas que solo tienen cobertura a través del hospital público puedan tener una atención adecuada, que puedan tener acceso a las mismas prestaciones que están cubiertas por una obra social o una empresa de medicina prepaga. La cuestión clave reside en la estrategia para implementarlo. Nosotros hasta ahora tenemos anuncios oficiales, además de algunas normas que requieren mayores precisiones.

Según los anuncios oficiales, la idea es que las personas sin cobertura tengan garantizadas las mismas prestaciones (Programa Médico Obligatorio, PMO) que reciben quienes son beneficiarios de obras sociales y empresas de medicina prepaga.

El PMO responde a una canasta de prestaciones sumamente amplia. Si bien no se actualiza formalmente desde el año 2005, a partir de allí se dictaron diversas leyes referidas a tratamientos de enfermedades que se incorporaron al PMO, como la ley de celiaquía, la ley de fertilización asistida, la ley de trastornos alimentarios, y así sucesivamente; cada tratamiento se fue incorporando al PMO.

Si bien el PMO está –de hecho– actualizado, sería necesario modificar la normativa para incorporar los tratamientos dispuestos por esas leyes dispersas; sobre todo para responder debidamente al derecho –que tienen todas las personas– a acceder a la información pública.

Después se anunció también que los beneficiarios de la CUS van a ser argentinos y extranjeros con residencia en el país. No hubo definiciones en relación al “turismo sanitario” tan difundido en nuestro país.

Las personas que tienen cobertura de obra social o de empresa de medicina prepaga pueden atenderse en hospitales públicos, en cuyo caso va a pagar el financiador. Esto es a través del sistema de Hospital Público de Gestión Descentralizada. Dado que todos los hospitales de la CABA son de gestión descentralizada, y también lo son la gran mayoría de hospitales en el país, pueden cobrar al financiador aquellas prestaciones que brindan a las personas que tienen una prepaga, una obra social, inclusive a las ART o a los seguros. Esto permite al hospital público generar sus propios ingresos.

La innovación aquí reside en el pago automático a través de factura electrónica. Hasta ahora el sistema es bastante burocrático. Por ejemplo, cuando el hospital público atiende a una persona que tiene cobertura por una obra social, por lo general lo primero que se hace es presentarle la factura al cobro a la obra social, y si la obra social no paga, tienen la posibilidad de recuperar el dinero a través de un débito automático que se hace en la Superintendencia de Servicios de Salud.

Esto significa que si la obra social no paga, el hospital puede presentar en la Superintendencia todas las facturas impagas y a partir de allí se abre un expediente, se verifican y analizan las facturas, y una vez aprobadas las mismas, la Superintendencia da la orden al AFIP, que es la que recauda, de que –sobre la recaudación mensual de aportes y contribuciones- debite directamente a la obra social esa suma de las prestaciones que le está reclamando el hospital público y lo deposite en la cuenta del hospital.

Este sistema es bastante burocrático y da lugar a distintos tipos de tácticas en detrimento del valor que se cobra por las prestaciones.

Si bien los hospitales son efectores naturales del sistema, pueden celebrar convenios con las obras sociales, pudiendo establecer un determinado arancel para estas prestaciones. Ahora bien, cuando la obra social no paga y el hospital debe recurrir a la Superintendencia, se paga a otros valores, que son aranceles que fija el Ministerio de Salud de la Nación y que por lo general son más bajos que los acordados por el hospital y la obra social.

Pero, además, cuando la factura llega a la Superintendencia es necesario analizar y validar toda la documentación de respaldo, lo que –de acuerdo con lo especificado por la norma- es un trámite sumamente burocrático y lento. Veamos un ejemplo: la norma dispone que cuando a una persona se la interna en el hospital y tiene obra social, el hospital le debe informar a la obra social -dentro de las 48 horas- que tiene un afiliado suyo internado. Si el hospital en vez de 48 horas lo hace a las 49 horas, esa prestación no puede ser cobrada a través del sistema de débito automático.

Para poder recuperar sus acreencias con este procedimiento tan complejo y disfuncional, es frecuente que los hospitales tercericen todo lo relativo a facturación y cobranza. Ello representa un costo extra, ya que deben pagar a quienes presentan las facturas y a quienes tramitan la cobranza.

Estos intrincados factores burocráticos condicionan notablemente la posibilidad de que el hospital recupere el 100% de su acreencia, ni aún un 70% u 80%.

Entonces, la innovación aquí con las medidas de CUS consistiría en que ahora, cuando la obra social no paga, el hospital va directamente con una factura electrónica a la Superintendencia y recibe el pago con débito automático a la obra social. De todas formas estas son medidas que no están reglamentadas.

3.- ¿Cuáles fueron las normas dictadas hasta hoy en relación a la CUS?

Las normas que se dictaron hasta el momento fueron las siguientes:

- **a.** El Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) N° 908/2016, donde se afectaron recursos que salieron del Fondo Solidario de Redistribución, se dijo que por única vez. Por eso que no me queda en claro el financiamiento. Es decir, si es a través de las partidas presupuestarias y de lo que le entra al hospital como hospital público de gestión descentralizada es lo que tiene hasta ahora el hospital. No sé si eso alcanza como para llevar a cabo esta cobertura. Ahora no hay problema porque entraron esos recursos, pero aún desconocemos cómo se va a sustentar en el tiempo.
- **b.** La Resolución MS N° 475/2016 que ordena el diseño de los lineamientos estratégicos en la ejecución de los créditos internacionales para permitir la cobertura universal y coordinar todos los programas nacionales de salud.
- **c.** La resolución dictada recientemente, que aprueba las políticas, que se van a fortalecer dentro del Ministerio de Salud de la Nación, y entre ellas, se incluye el fortalecimiento de la Cobertura Universal de Salud.

4.- ¿Hay argumentos en contra de la CUS?

Sí hay argumentos que se oponen a la CUS, pero creo que son rebatibles. En lo personal no estoy a favor de ninguno de estos argumentos, pero los enunciaremos sucintamente porque tienen bastante difusión.

Por ejemplo, se dice que la CUS no es una cobertura, sino un seguro, y que cuando hay un seguro, hay un contrato y no hay un derecho. Esto es un problema gramatical, porque se lo llame cobertura, seguro o como se lo llame, hay un derecho, o por lo menos lo que se intenta es equilibrar los derechos o lograr la equidad en los derechos. Dado que las palabras son rótulos que uno les pone a las cosas, si todos estamos de acuerdo en que esa cobertura es un derecho, la objeción queda invalidada.

Se dice también que, a través de la CUS el Estado incentiva la privatización de los sectores públicos. Evidentemente el Estado va a necesitar recurrir al sector privado para llegar a implementar una red integrada también con los sistemas públicos.

Se alega que como hay pocas investigaciones acerca de la CUS, no se sabe si ha impactado favorablemente. Esto es cuestionable, porque en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se ha ensayado la CUS y dio buenos resultados.

Y después algunos dicen que la CUS será un sistema de financiación de la salud con el Estado como gestor y el sector privado como ejecutor. Hay aquí argumentos predominantemente políticos.

Por último se dice que con la CUS se van a limitar derechos. En realidad, lo que se intenta no es limitar derechos, sino –por el contrario- sumarles derechos a las personas que van a ver cubiertas sus demandas de salud a través del sistema público.

En nuestro país hay antecedentes como el de la Cobertura Porteña de Salud, que a partir del año 2015 cuenta con 346.000 afiliados. Lo que se hizo fue identificar a las personas, entonces se les entregó una credencial, se les designó médicos de cabecera, y estas personas poseen acceso a los medicamentos esenciales y también a los tratamientos de enfermedades crónicas.

Bien sabemos que no es lo mismo hacerlo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que intentar extenderlo a todo el país. Va a ser difícil, pero creo que -como dije al principio- no nos podemos quedar con esto de que “todos comen” en el banquete, aunque los menús sean sumamente disímiles.

Creo que lo importante es hacer que todos coman lo mismo, y cuando digo lo mismo, no digo ni las sobras ni el pan y el agua, sino que todos puedan acceder a una cobertura universal de calidad y con acceso a la más alta tecnología disponible, lo que también dependerá de la proyectada Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

DATOS BIOGRÁFICOS DE LA DRA. MARÍA CRISTINA CORTESI

Es Presidenta de la Comisión de Derecho Sanitario de la Asociación de Abogados de Buenos Aires desde 2013. Anteriormente ejerció el cargo de Vicepresidenta. Directora del Instituto de Derecho Sanitario del Colegio Público de Abogados de la Capital Federal, desde su creación, año 2013. Es Presidenta de la Fundación FUNDALEIS-Altos Estudios e Investigación en Salud y conductora de su programa radial “Salud y Derechos” que se emite semanalmente por www.arinfo.com.ar. Ex Integrante de la Comisión Revisora de Cuentas de SAISIDA –Sociedad Argentina Interdisciplinaria de Sida, Seccional Nacional. Período 2013-2015. Es co-autora del libro “Derecho Sanitario y Régimen Jurídico del Medicamento” (Visión Jurídica, 2013). Autora del libro “Judicialización de la Salud: métodos alternativos para la resolución de conflictos” (Visión Jurídica, 2015). Autora del libro “Medicamentos: Introducción al estudio de su regulación jurídica” (Visión Jurídica, 2016). Es Directora de la Revista “Enfoques sobre Salud, Bioética y Derechos” publicación cuatrimestral editada por Visión Jurídica Ediciones en formato de libro. Es Abogada (UBA). con posgrados en Derecho de la Salud (UBA), en “Administración y Gerenciamiento en Servicios de Salud” (Prefectura Naval Argentina-Universidad del Salvador, 2012) y en Auditoría Estratégica en Servicios de Salud” (Prefectura Naval Argentina – Universidad del Salvador, 2012) Diplomada en Psiquiatría Forense. CPACF (Universidad de Belgrano).

(*) OMS: Informe sobre la Salud en el Mundo: www.who.int/whr/es

ENTREVISTA CON EL DR. ROBERTO CHUIT, ACADÉMICO DE NÚMERO DE LA ACADEMIA NA- CIONAL DE GEOGRAFÍA, EXPERTO INTERNACIONAL, EX FUNCIONARIO NACIONAL Y PROVINCIAL EN SALUD PÚBLICA

1.- ¿Cuál es su percepción acerca del propósito de la Cobertura Universal de la Salud (CUS) en la Argentina?

Procuraré dar mi respuesta advirtiendo que soy alguien que cree en las utopías. Si bien aprecio que la situación de nuestro Sector Salud puede cambiar favorablemente, también percibo que si no sabemos de dónde venimos es difícil que podamos ver hacia dónde vamos.

Cuando hablamos de Cobertura Universal de Salud pretendemos decir que las circunstancias en que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen, influyen -en gran medida- en la manera en que esas personas envejecen y mueren. El conflicto de salud / enfermedad nos afecta a todos, pero de distinta manera y en distintos momentos de nuestras vidas. En general y de manera amplia podemos decir que “una persona sana es aquella que no ha sido suficientemente estudiada”.

La historia de la Salud Pública y las Obras Sociales se origina prácticamente en los albores de la organización de nuestra patria, y esto se observa con las primeras sociedades de beneficencia que construyeron hospitales para poder asistir a los ciudadanos, más allá de los soldados que participaban en los diferentes conflictos bélicos. A mediados del 1800 las sociedades de inmigrantes inician la construcción de sus hospitales y es así que en 1844 se funda el Hospital Británico i, en 1848 - 1853 el de la Sociedad Filantrópica Francesa ii; en 1853 el de la Asociación Unione e Benevolenza (comunidad Italiana) iii. La Sociedad Tipográfica Bonaerense (1857), con la figura de “socorros mutuos” fue la primer obra social que se inscribió y definió entre sus objetivos “... prestar socorros a los miembros que se enfermaren o imposibilitaren para trabajar; proteger a los miembros que necesitaren auxilio por algún motivo justo; socorrer a la familia del socio que falleciere si ésta lo solicitare”...

Podemos afirmar que la “fragmentación” de nuestro sistema de salud no es sólo un problema actual, sino que nace con la organización de la patria.

En la evolución del pensamiento y conocimiento de la Salud Pública, todos sabemos lo que se propone en el Modelo de Prevención de Leavell y Clark iv (prevención primaria, secundaria y terciaria) en la década de 1950. Este concepto permite ampliar el ámbito concebido hasta ese momento del binomio salud / enfermedad, que se basaba en sólo atender la enfermedad.

Posteriormente se trabaja sobre modelos de niveles de complejidad en la atención de la salud, y el gran cambio se produce con la conferencia de Alma Ata en 1978 v, con lo que se plantea la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Han existido discusiones acerca de este concepto, donde se ha planteado en la década de 1980, que la estrategia de atención primaria era una “medicina para los pobres”.

Seguimos evolucionando (o escalando) en el pensamiento y como no se lograba el objetivo de lograr una salud universal con la Atención Primaria de la Salud, planteamos Salud para Todos en el 2000 (implícito en la declaración de Alma Ata), como no sirvió trabajamos los Sistemas Locales de Salud; y así llegamos a la actualidad con el movimiento de Cobertura Universal de la Salud. A través de esta secuencia de movimientos en escalada, podemos apreciar que todos ellos forman parte de una misma idea: “lograr un mejor estado de salud para todos los habitantes sin exclusiones”.

Cabe señalar que, en nuestra pretensión de evolucionar con esa escalada del pensamiento, hemos transitado diversos caminos –entre marchas y contramarchas– cometiendo los mismos errores e incurriendo en los mismos conflictos que teníamos desde el inicio.

Cuando decimos que nuestro sistema de salud está “fragmentado”, en general se asocia a lo que ocurre en el sector público y sector privado. Debemos asumir que el sector público -nacional, provincial, municipal y comunal- está dividido y descoordinado, con dificultades de acceso y financiamiento. El sector privado -representado por las obras sociales, prepagas e instituciones privadas- funciona de manera similar, a lo que se suma una crisis en su funcionamiento que impacta en la oferta prestacional.

La reseña delineada acerca de la problemática de la “fragmentación” responde a un punto de vista institucional / organizacional. Pero como si fuera poco, por la falta de respuestas adecuadas por parte del sistema de salud, se pretende cubrir a las personas y garantizar acceso desde lo legislativo, por lo que existen leyes particulares por enfermedad o afección. A modo de ejemplo se pueden mencionar la ley de la diabetes (N° 23.753 y 26.914), ley de control y prevención de las enfermedades cardiovasculares (N° 25.501), ley de enfermedades poco frecuentes (N° 26.689), ley de la celiacía (N° 26.588) entre muchas otras. Es decir, reafirmando nuestro concepto, como carecemos de una atención integral e integrada de las personas, las atendemos por la inmunización, por la diabetes, por la tuberculosis, por la celiacía, por el Chagas, etc. No tenemos instancias que contemplen a la persona como un ser vivo integral, biológico y social.

2.- ¿Podría enunciar algunos de los factores que, en la Argentina, dificultan la llegada de las prestaciones de salud a todas las personas?

En el estado actual de la organización sanitaria hay dificultad para llegar a todas las personas independientemente de la fuente de financiamiento, ya sea por insuficiencia de conocimiento y reconocimiento del recurso humano, por la infraestructura de los centros de salud y/o por la tecnología disponible. Un centro de salud en la actualidad no puede ni debe ser igual a aquel existente en la década de 1970. En ese tiempo un

centro de salud podía no tener médico y ser atendido por enfermeras (empíricas) o agentes sanitarios; hoy se requieren elementos de diagnóstico que estén accesibles oportunamente para todos.

En la realidad actual el paciente va a un centro de salud, le solicitan laboratorio, electrocardiograma u otros estudios complementarios, como no se dispone de capacidad diagnóstica local se le está obligando a circular por diferentes instituciones, distantes de su domicilio, para cumplir con lo indicado.

Las personas y/o pacientes no son libres pensadores ni caprichosas, no van a los hospitales a la madrugada a sacar un turno por predilección, sino porque no hay otro lugar donde puedan resolver su problema.

Como si todo lo expresado no fuera suficiente, nuestros profesionales están dedicados fundamentalmente a atender patologías, no están formados en la prevención. Como resultado, hoy tenemos oportunidades perdidas en la prevención y/o atención de la patología que portan nuestros conciudadanos en su largo recorrido de la salud a la enfermedad. Las personas acceden a los centros de salud de atención especializada sin haber sido derivados, llegan a hospitales de alta complejidad sin haber pasado por esquemas de filtros o controles adecuados cercanos a sus domicilios. Todo esto produce demandas indiscriminadas con saturación de los servicios y en especial de las guardias hospitalarias.

Al no contar con un sistema de información sanitaria, se carece de información actualizada del estado de salud de las personas. Si bien se habla desde hace tiempo de la historia clínica del paciente, y hasta de la historia clínica electrónica, la mayor parte de los pacientes que llegan al sistema sanitario (público y/o privado) vienen como "de primera vez". Vienen por la consulta de su patología, por la medicación u otras situaciones, se los anota en una planilla y se van. Vienen otra vez y les volvemos a preguntar, y dicen: "A mí me diagnosticaron hipertensión o diabetes". En general carecemos de registros de la situación sanitaria de las personas por lo cual son siempre "de primera vez".

Por otra parte, el conocimiento está cada vez más concentrado en centros urbanos y particularmente en grandes centros urbanos. Podemos tomar la especialidad médica que se nos ocurra y vamos a tener grandes deficiencias y contrastes. Por ejemplo, podemos tener 60 dermatólogos en el barrio porteño de Palermo, mientras que hay sólo uno en toda la provincia de La Rioja, que viaja cada 15 días desde la provincia de Córdoba, mientras que la provincia de Chaco tiene 3 dermatólogos concentrados en la ciudad de Resistencia. Este tipo de fenómenos se manifiestan en cualquier especialidad que tomemos vi.

Esto significa que nuestro sistema no sólo está fragmentado y desorganizado, sino que tampoco ha habido una organización que pudiera trabajar sobre los distintos aspectos que hacen a la salud y a la salud pública.

En relación a las causas de muerte, hacia el año 2014 la Argentina presentaba el 35% por causas cardiovasculares, el 21% por cáncer, el 7% por enfermedades respiratorias crónicas, 3% por diabetes, etcétera. Podemos hablar del entorno de lo que son las prevalencias o las muertes de las personas vii.

Pero cuando consideramos la esperanza de vida –en la Argentina es 76 años promedio, 79 en mujeres y 73 en hombres- advertimos que ocupamos la posición 58 en el ranking mundial de esperanza de vida. Es evidente que hay algo que no estamos haciendo bien, porque –sin perjuicio de las grandes inversiones que hacemos en el sistema- no estamos teniendo la salud que deberíamos tener.

Por ejemplo, tenemos un 25% - 35% de prevalencia de hipertensión arterial, pero fundamentalmente tenemos que el 22% de la población tiene una percepción negativa de lo que es su situación de salud, 55% es sedentario, 30% son obesos, etc. Todo esto significa, de alguna manera, que vamos circulando por nuestras vidas prácticamente sin ayuda, sin tutelaje institucional viii.

Pero también cabe señalar que ningún país, con independencia de su riqueza, ha sido capaz de garantizar a todas las personas el acceso inmediato a todas las tecnologías o intervenciones que puedan mejorar la salud o prolongar su vida. En todos los países se discute qué es lo que se da o qué es lo que se deja de dar, independientemente de lo que inviertan por habitante por año en materia de salud.

Otro problema grave que tenemos es que, en todo el sistema, por los bonos contribución en los hospitales públicos, el coseguro en las obras sociales / medicina prepaga y demás organizaciones de salud, se obliga a los habitantes a realizar algún pago -de manera formal, informal / encubierta- que impide que las personas menos pudientes tengan un acceso oportuno a su atención.

Más grave aún es que tenemos un uso ineficiente e inequitativo de los recursos. Se malgasta entre el 20% y el 40% del dinero disponible, y no solo intervienen ineficiencias y desatinos en la atención (como la internación de quienes no deberían estarlo, pacientes que se agravan estando a nuestro cuidado, medicación inadecuada, estudios innecesarios), sino que también pesan significativamente los costos elevados sin justificar (¿corrupción?), entre muchos otros factores.

También tenemos el grave problema de que nuevos medicamentos y nuevas tecnologías terapéuticas surgen y se desarrollan mucho más rápido que los recursos financieros para solventarlos.

Entonces, cuando hablamos de cobertura tenemos que hablar de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación.

Cuando hablamos de Cobertura Universal de Salud en la Argentina, debe señalarse que todos tenemos –constitucionalmente- el derecho a la salud, ya sea explícito en el preámbulo de nuestra Constitución, en los artículos 41 / 42, en el 75, en el inciso 22. Desde 1994 en la Reforma de la Constitución se incorporan pactos, tratados y

convenciones internacionales en los que se establecen puntos específicos que deben ser prestados a nuestros ciudadanos, indicando obligaciones precisas para el Estado. El Estado Nacional tiene la “obligación de fijar parámetros y límites que no invadan ni pasen por encima de lo que son las estructuras provinciales”. Ello significa que la Nación tiene una responsabilidad de establecer las bases prestacionales que deberían ser brindadas a todos los ciudadanos de la Nación Argentina ix, parcialmente indicados en el PMO.

Entonces, nos preguntamos: ¿Cómo se tiene que financiar el sistema sanitario para proporcionar una cobertura universal? ¿Cómo se puede proteger a las personas de las consecuencias financieras de la enfermedad y de la imposibilidad de pagar los servicios sanitarios que requieren? ¿Cómo se puede fomentar el uso óptimo de los recursos disponibles?

Nuestra atención de la salud responde actualmente a un modelo donde el paciente “aparece” (sin haber sido citado) porque él requiere atención; se lo trata, es dado de alta, “desaparece” y después “reaparece” con otro problema de salud. Tanto en el nivel nacional como en el provincial y el municipal, el Estado no ejerce acciones de tutela ni de ayuda hacia el habitante para mantener el control de su salud.

Para plantear un esquema general, nosotros funcionamos de la siguiente forma: hay un “stock” (somos 44 millones de habitantes) y hay un “flujo” dado por los habitantes que concurren para su atención de salud. El sistema trabaja exclusivamente con el “flujo”, y ahí está la ganancia o el ahorro. Si tuviéramos que intervenir sobre el “stock” (la totalidad de la población), nuestra inversión en salud sería más efectiva, pero debería disponerse de un nuevo modelo de gestión asociado a recursos adecuados. Ello es así para el Estado nacional, provincial, municipal, obras sociales o para cualquiera de las setecientas organizaciones de medicina prepaga que existen en el país.

3.- ¿Hacia qué tipo de modelo de atención de la salud deberíamos avanzar?

Nosotros deberíamos ir hacia un modelo futuro en donde el paciente es identificado e informado adecuadamente acerca de lo que debe hacer. No es que le atribuyamos a la persona la responsabilidad por su problema de salud como es hoy: “debe existir una asociación” entre el sistema de salud y la población, donde llevamos adelante un cambio de los procesos de la atención de la salud.

El paciente recibe apoyo continuo del sistema, es un socio sanitario. Es tratado y conoce de manera adecuada su estado de salud y es dado de alta con un plan preventivo de intervención. Continúa permanentemente en la “pantalla del radar”, se lo alerta acerca de los turnos que tiene asignados y si no viene a la consulta programada el sistema gestiona un nuevo turno. El paciente es tele-monitorizado utilizando las nuevas tecnologías, para colaborar en la mejora de su calidad de vida.

La cobertura universal no es un concepto que sirva para todo. Pero tampoco la cobertura para todo el mundo significa que sea una cobertura para todo, sino que nos tenemos que poner de acuerdo sobre cuáles son los procesos que debemos cubrir y en qué debemos trabajar.

La cobertura universal tiene como objetivo, en una primera etapa, que todas aquellas personas que -por carecer de una cobertura formal- dependen exclusivamente del sistema público para la atención de su salud, tengan acceso a servicios integrales, adecuados, oportunos, de calidad, cercanos a su domicilio y que no tengan necesidad de pasar por dificultades financieras para pagarlos.

Todos los que defendemos el sistema público nos llenamos la boca diciendo que el sistema de salud tiene que dar equidad (oportunidad e integralidad), y en realidad, el sistema público es el que produce la inequidad. Entonces, como el subsector público de salud es ineficiente, los otros subsectores (obras sociales, prepago, privado) hacen como que no les interesa, no modifican su accionar, por lo cual, todos estamos huérfanos y vamos por la vida requiriendo atención según nuestras necesidades y/o percepciones.

Como figura ilustrativa de la inequidad actual del sistema, daremos un ejemplo elemental. Cualquiera que tenga una obra social, medicina prepaga, etcétera, se enferma en su casa y puede que le manden un médico a domicilio y, si además necesita una derivación, puede ser que le manden una ambulancia para el traslado. El que depende del sector público no tiene nada de eso, tiene que conseguir un vecino que lo traslade en su camioneta, si tiene que ir acostado, o un taxista dispuesto a buscarlo y llevarlo.

¿Cuál es una estrategia para avanzar en curso? La estrategia sería trabajar en el fortalecimiento de los seguros públicos provinciales, por medio de financiamientos complementarios por resultados, pero no resultados en términos de cuántas personas se atendieron, sino de resultados en cuanto a la mejora en la calidad de la atención de la patología atendida. No aceptar que es un "buen resultado" que una mujer embarazada tenga sus controles, su ecografía, su laboratorio general y de enfermedades infecciosas en el proceso del embarazo que, al momento de la internación todo esté listo, que se le hayan indicado todos los tratamientos, tanto a ella como a su niño.

Se deben establecer los costeos presupuestarios de lo que sería la canasta prestacional actual del sector público, porque en realidad el sector público presta todo y no presta nada, y no sabe cuánto es lo que gasta en los procesos de atención de la salud.

Cuando uno habla de la canasta prestacional siempre hay quienes objetan que una "canasta" limita derechos. En el caso del sistema público, más que limitar derechos, una canasta implica garantizar derechos, porque el sistema público no está ofreciendo todo lo que debería ofrecer al ciudadano. Demos un caso: en el país nacen 700 mil chicos por año. Cuando se examina la cobertura de vacunas, se tiene un "buen resultado", con un 90%, 95% o más. Pero ello significa que hay un 10% - 5%, que son 70 mil - 35 mil chicos, que no reciben nada. Por lo cual este concepto debe comenzar a cambiar y debemos comenzar a intervenir en el cuidado de nuestra población, es decir devolver la identidad para que cada uno reciba todos los beneficios que le corresponden en la atención de su salud.

Deberíamos cambiar acciones puntuales por patología o programa hacia líneas de cuidado. En vez de trabajar sobre pago por prestación, deberíamos comenzar a desarrollar el concepto de líneas de cuidado, procesos de atención: una persona diabética debería tener sus controles de glucosa, su medicación, controladas comorbilidades, etc.

Debemos establecer una priorización explícita de las líneas de cuidado, de los servicios, y para ello el sistema debería reorganizarse en el concepto general para llegar a lo que son los procesos de la cobertura universal.

4.-¿Qué se está haciendo con el modelo de atención de la salud para llegar a la Cobertura Universal de Salud?

Existen aproximadamente 15 millones de personas que no tendrían cobertura formal de una obra social, personas que son anónimas pero que es posible identificarlas, es decir devolverles su identidad sanitaria. Una obra social o prepaga conoce cuál es su stock, es decir, sabe cuál es la totalidad de sus afiliados, sabe dónde viven, donde están y cuánto paga cada uno.

Si los sistemas públicos no tienen nominalizados ni individualizados a los individuos que deben atender; mal pueden llegar a todos si no saben a quiénes deben llegar. El sector público funciona con indicadores genéricos y pocas veces subregionales o locales: *“la cobertura de vacunación es del 95%”; “el 40% de las mujeres gestantes llegan a su parto sin los controles adecuados del embarazo”.* Las preguntas son: *¿Fueron vacunados quienes debían serlo? ¿Quiénes de ellos no fueron vacunados? ¿Están identificadas las mujeres que deben someterse a los controles antes del parto? ¿Están identificadas cuáles de esas mujeres no se someten a los controles establecidos? ¿Están identificadas las gestantes que pueden transmitirles a sus hijos Chagas, sífilis, hepatitis B, HIV, etc.?*

Como oferta de infraestructura el sistema sanitario argentino tiene aproximadamente 30.000 efectores (públicos y privados) de los cuales 9.800 son centros de salud de primer nivel. En el sistema sanitario hay 800.000 mil profesionales o agentes del equipo de salud que están matriculados o que se encuentran registrados, lo que permite que con un manejo adecuado puedan geo-referenciarse cúmulos de personas, instituciones y profesionales para que la población pueda acceder -para su atención- a un prestador cercano a su domicilio

Es decir que, si la población es nominalizada por unidad financiadora, y fundamentalmente en el sector público, se hace posible asignar las personas a las diferentes instituciones para el cuidado de su salud. Este sistema va a impactar sobre los demás subsectores en los procesos de atención. Es decir que el subsector público debería extender su acción hacia áreas programáticas con población identificada, a cargo de los equipos de Atención Primaria de la Salud, es decir, Población Nominalizada, independientemente de si esa población tiene o no cobertura de obra social. Deberían establecerse paquetes de servicios explicitados y priorizados; redes de prestadores y accesos garantizados; financiamiento por resultados e incentivos al sistema; monitoreo de indicadores de cobertura, protección financiera y resultados sanitarios.

Establecido este módulo, uno puede comenzar a trabajar en un sistema federal de información, en el cual cada provincia desarrolla sus propios sistemas y sus propias organizaciones, con normativas y conceptos coordinados e integrados nacionalmente.

La idea actual es que la CUS integre a todos los sistemas mediante estándares de interoperabilidad en salud. ¿Qué es lo que sucede hoy? Por ejemplo, Misiones tiene una historia clínica única para toda la provincia, pero para armar los reportes al Ministerio de Salud para inmunizaciones, para maternidad e infancia, tiene que extraer sus registros y volverlos a cargar para que esa información le llegue al programa Nacional.

La CUS impulsa el desarrollo provincial mediante especificación de estándares y apoyos a proyectos informáticos en las jurisdicciones ¿Por qué? Porque por más que dispongamos de guías de atención o guías de tratamiento, poco podremos cambiar la situación si no sabemos a quiénes debemos atender. Es decir, es fundamental cambiar de trabajar con el “flujo” de quienes vienen a atenderse a trabajar con el “stock” de toda la población.

La interoperabilidad en salud requiere la identificación de todas las personas, empadronamiento federado, estandarización de diagnósticos y diccionarios comunes; donde cada persona registrada sea inequívoca, que se permita la generación de documentos clínicos, y que estos documentos clínicos permitan generar reportes estandarizados a nivel nacional, provincial y local. Cada provincia debe tener su base de almacenamiento, su proceso de información, donde están todos los sistemas de la organización, puesto que en el proceso del federalismo las provincias tienen potestad, atributos y condiciones que deben ser cumplimentadas, además de las condiciones de seguridad en cuanto a la identidad y datos sensibles de las personas.

Entonces, la CUS funciona como un concepto de lo que denominamos “vasos comunicantes” entre todos los subsectores en los que operan los procesos de intercomunicación e intercambio de información, donde el Estado, a partir de cambiar las reglas de funcionamiento, comenzaría a influir en los procesos de atención de las personas.

Actualmente el sistema funciona con una concepción de verticalidad donde cada parte, cada programa, cada intervención, se visualizan de manera independiente. Lo que se busca con la CUS es que el sistema funcione con una concepción horizontal integrando todas las intervenciones a nivel de un solo objeto: **la persona**. Nosotros tenemos responsabilidad sobre la persona, no sobre la existencia del programa. El programa existe sólo porque hay personas que lo necesitan.

Hasta ahora se tiene identificado un padrón de más de 15 millones de personas que no tendrían otra cobertura que la estatal. En los últimos años el Estado (nacional, provincial, municipal) presta servicios de salud a prácticamente el 60% de la población del país, entre quienes no tienen cobertura y quienes -teniendo cobertura- igualmente concurren al sistema público. Debido a esta diferencia entre los que no tienen coberturas formales de salud y aquellos que si la tienen se producen los “subsídios cruzados” de los que todos hablamos.

Si el Estado ya está dando la atención -mala, regular o buena- al 60% de la población, un cambio en sus estándares y mecanismos de funcionamiento seguramente va a impactar sobre la totalidad de la población.

Por ejemplo, si el Estado comienza a establecer el proceso de tutelaje en la mujer embarazada que tenía que venir a un control y no vino, y produce una alerta por la cual el sistema le comunicará: *"Señora, tiene que concurrir"*. Las demás señoras en similar situación van a decir: *"A ella la llaman y a mí no me llaman, a ella le mandan el resultado por tal cosa y a mí no ..."*, comenzándose a producir una acción positiva hacia la totalidad de las personas.

Este es el cambio fundamental para decir quién es quién, dónde están y cómo están y qué es lo que sucede; es decir poder responder al *"Quién soy, Qué tengo, Qué necesito, Qué me dieron"*.

Para responder a esto, más allá de la Historia Clínica institucionalizada, es posible confeccionar la ficha del ciudadano. Nosotros venimos colaborando con el Ministerio de Salud, cargando toda esta información en bases únicas. ¿Qué significa? Toda la información que tenía el programa Sumar, el programa Remediar, el programa Redes, inmunizaciones, tuberculosis, etcétera, se está reuniendo en un padrón único de procesos de atención, lo que permitirá constituir la ficha sanitaria, no teniendo acceso a los datos sensibles de las personas, sólo a partir de la base que son entregadas codificadas.

Hoy por hoy se está trabajando en un proyecto piloto en Guaymallén, Provincia de Mendoza, interviniendo en el sistema de información, colaborando en la geo-referencia de los pacientes asociados a los centros de salud, reforzando la referencia y contra-referencia, derivación, historia clínica única y producción de reportes informatizados. Como resultado de este trabajo se puede entrar a la ficha del ciudadano (con autorización) donde se han unificado los datos de atención que se pueda tener; por ejemplo, esta persona tiene datos del programa Redes, de Sumar, de inmunizaciones, ficha provincial, etc.

Esto es sólo una base informativa para cambiar el mecanismo de funcionamiento de un sistema que, en realidad, no se está preguntando quién y cómo paga en este momento, sino permitir que todos los ciudadanos tengan acceso oportuno, adecuado y equitativo.

Y a partir de todo lo dicho allí y para terminar quiero decir que es una locura seguir haciendo siempre lo mismo una y otra vez y esperar resultados diferentes x.

DATOS BIOGRÁFICOS DEL DR ROBERTO CHUIT

Es Académico de Número de la Academia Nacional de Geografía. Doctor en Salud Pública / Epidemiología (Universidad de Yale, EEUU); Doctor en Medicina y Cirugía (UNC); Diplomado en Salud Pública (UNC); Profesor de Medicina Preventiva y Social área Epidemiología (UNC); Médico - Cirujano (UNC). Secretario Técnico, Instituto de Investigaciones Epidemiológicas, Academia Nacional de Medicina. Se ha desempeñado como Profesional Médico (Hospital Nacional de Clínicas - UNC), médico rural en el Norte del país, Secretario Técnico del Laboratorio de Diagnóstico y Tratamiento de Chagas, (área de epidemiología del Servicio Nacional de Chagas), Director Prov. de Epidemiología (Córdoba), Director de Epidemiología Nacional, (Min Sal Nación, por concurso abierto), Asesor con rango de Secretario de Estado, Secretario de Salud y Ministro de Salud de la Provincia de Córdoba, Jefe de Gabinete del Ministerio de Salud

de la Provincia de Buenos Aires, Asesor del Ministro de Salud del Ministerio de Salud de la Nación y Asesor Regional de Enfermedades Emergentes y re-emergentes de la OPS / OMS. Ha cumplido funciones de asesor o contratado en OPS/OMS (en Brasil, Colombia, Chile, El Salvador, Honduras, Guatemala, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay, Estados Unidos, México, Canadá, Ecuador y Argentina), Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo. Autor, coautor en más de 100 artículos científicos en revistas con revisión por pares especialistas (enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas, epidemiología, salud pública). Autor o coautor de 9 libros. Participante en más de 20 investigaciones originales que abarcaron epidemiología de las enfermedades infecciosas / crónicas, recursos humanos, organización de sistemas de salud y diagnóstico de enfermedades infecciosas / crónicas con financiamiento de instituciones nacionales e internacionales. Recibió más de 20 becas, premios y distinciones por parte de diferentes instituciones de sociedades científicas o académicas, incluidas la Organización Mundial de la Salud, Universidad de Yale, Colegio Médico de Wisconsin, la Asociación Cristiana de Dirigentes Empresariales.

i <http://hospitalbritanico.org.ar/web/es/institucional/nuestra-historia>

ii Cejas, Claudia. Historia del Hospital Francés de Buenos Aires. Rev. argent. radiol. [online]. 2011, vol.75, n.4 [citado 2017-09-04], pp. 345-351 . <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-99922011000400014&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1852-9992.

iii <http://www.hospitalitaliano.org.ar/> Web oficial del Hospital Italiano

iv Leavell, H. R.; Clark, E. G.; et al. Preventive Medicine for the Doctor in his Community. An Epidemiologic Approach. 1958. 689 pp.

v <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978>

vi Chuit, Roberto; Andrade, Jorge H; O'Donnell, Carolina. Perfil epidemiológico del médico especialista en dermatología en la República Argentina. Bol. A. N. de Medicina; 86(2):191-201. 2008. ISSN 0374-647 X

vii Agrupamiento de causas de mortalidad por provincia de residencia, edad y sexo. Argentina – Año 2014 Ministerio de Salud de la Nación Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos Dirección de Estadísticas e Información de Salud ISSN: 0301-4630 Boletín Número 153 Buenos Aires, junio de 2016

viii Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. Primera Edición. Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2015. http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf

ix Constitución Nación Argentina. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>

x Frase atribuida a Albert Einstein, pero no confirmada

ENTREVISTA CON EL DR. IGNACIO KATZ, ESPECIALISTA EN MODELOS PRESTACIONALES, PROGRAMAS MÉDICOS, OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS Y MODALIDADES DE CONTRATACIÓN EN MEDICINA COMUNITARIA

1.- ¿Podría proporcionarnos algunos elementos de juicio acerca del contexto de la proyectada Cobertura Universal de la Salud (CUS) en la Argentina?

Para comenzar debería aclarar desde qué lugar hablo. Lo hago, ante todo, como médico con cincuenta años de experiencia, y con la responsabilidad de gestión hospitalaria en mi haber. No soy un comentarista del devenir médico, ni un teórico, ni tampoco un escritor, más allá de expresar mis ideas periódicamente por escrito, procurando seguir la máxima de Ludwig Wittgenstein: *“Todo lo que puede ser pensado, puede ser dicho con claridad”*.

Soy un profesional de la salud que tuvo el privilegio de formarse en la década de oro de la Universidad de Buenos Aires, es decir, entre los años 1957 y 1966, cuando dicha institución contaba con un **nido de maestros** que hacían honor al oficio médico, en correspondencia con un contexto en el que efectivamente imperaba la cobertura universal. Con esa perspectiva, puedo acercarme a la situación puntual de esta nueva medida del Ministerio de Salud de la Nación, y proponer distintas aproximaciones para comprender de qué se trata.

Distintos enfoques sobre una propuesta

A primera vista, se trata de crear una cobertura, por medio de una credencial, para la población que no cuenta con obra social ni privada, y que asciende aproximadamente a un cuarto de la población total. Antes que nada, valdría la pena detenerse a reflexionar cuándo fue que pasamos de tener acceso universal a tener esa proporción sin cobertura. Evitando ahora el análisis de los componentes que influyeron en esta decadencia, afrontemos que desde hace varias décadas el hospital público dejó de significar un acceso abierto para pasar a ser una interminable sala de espera a la miseria. Un acceso lento, insuficiente y deficitario nos muestra que asequibilidad no es lo mismo que accesibilidad oportuna.

Pero la forma propuesta para instrumentar la cobertura mediante la CUS no redundaría en renovados servicios asistenciales sino, básicamente, en el acceso a servicios similares a los de las Obras Sociales, que serían en parte pagados por el Estado Nacional. Efectivamente, y como es sabido, en la base de esta medida, se encuentra la asignación de 8.000 millones de pesos por parte de los sindicatos cegetistas, en acuerdo con el Estado Nacional, luego de que éste les transfiriera un pago que alcanza los 29.000 millones de pesos que adeudaba a las Obras Sociales por el Fondo Solidario de Redistribución.

Es menester, entonces, preguntarse: *¿La viabilidad financiera acompaña a la realidad sanitaria, mediante una eficiente y transparente reasignación de recursos, o bien, por el contrario, es la realidad sanitaria la que debe amoldarse a una reasignación financiera corporativa?*

Dejando de lado la consideración de superficie de la iniciativa, y yendo al fondo de la cuestión, podemos afirmar que en última instancia se trata de un caso más de reduccionismo y, si lo miramos filosóficamente, de un ejemplo de falsa conciencia. Es decir, tomar la totalidad y reducirla, simplificarla en una tergiversación que oculta su amplia complejidad. El instrumento óptico que utilizo aquí para representar lo observable es el **microscopio** que mira el tamaño diminuto, en este caso: la CUS.

Llegado a este punto, vale aquí hacer referencia al concepto de **perspectiva**, planteado -en los años 1400- por el florentino Filippo Brunelleschi y el genovés León Battista Alberti, por el que el espacio se vuelve mensurable y los objetos pueden ser representados en una disposición tridimensional, lo que posibilita una visión en la que el elemento primario es acompañado por otros a fin de constituir un conjunto; en nuestro caso la CUS y el resto de los efectores en salud.

Lo que deberíamos hacer en una situación médica sanitaria para evaluar la condición que padecemos los argentinos es aplicar la **técnica fractal**. El fractal es un objeto geométrico, una estructura básica, aparentemente irregular, que se ve con mayor precisión a medida que nos vamos alejando, parafraseando lo expresado por el sociólogo Norberto Elías en su escrito "Compromiso y Distanciación". El término fractal fue propuesto por el matemático Benoît Mandelbrot en 1975. Asimismo, cabe recordar aquí las figuras que expone el libro "El ojo mágico". Se trata de estereogramas donde, por ejemplo, se ve en un plano un conjunto de peces, pero que si lo vamos alejando, al alcanzar alrededor de los 20 centímetros, adquiere una ilusoria visión tridimensional. Sirve este recurso sencillo como símil del campo sanitario, donde sus componentes no solo están presentes, sino que interactúan entre sí.

Algunas especificaciones sobre la propuesta

A esta altura me pregunto: ¿Se trata la CUS de una propuesta superadora, con una verdadera transformación de patrones de cultura laboral, de planificación estratégica y de estructura y logística de gestión? ¿Existe como respaldo de la CUS un padrón de inscriptos con diferenciación de biodiversidad, la creación de un Observatorio Nacional de Salud y una adecuada Ordenación Territorial que contemple la actual reurbanización? ¿Se asigna un tablero de comando claro con responsabilidades concretas y una participación federal amplia? ¿O por el contrario estamos en presencia de un nuevo parche que busca enmendar algunas falencias de nuestro enclenque sistema sanitario?

El decreto establece como “las finalidades” de la CUS la simple mención, en un anexo, de buenas intenciones que resultan abstractas sin mayores precisiones. A saber:

1. *Identificación, nominalización y documentación de beneficiarios de la Cobertura Universal de Salud.*
2. *Mejoramiento de las determinantes sociales de salud.*
3. *Desarrollo, equipamiento y puesta en valor de efectores públicos de salud.*
4. *Fortalecimiento y modernización del sector público de salud.*
5. *Acciones de Atención Primaria de la Salud.*
6. *Desarrollo y optimización de las Redes Integradas de Servicios de Salud.*
7. *Mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.*
8. *Fortalecimiento de los recursos humanos en salud.*
9. *Actividades de Promoción y Protección de la salud y medicina preventiva.*

Pero más allá del mundo de papel, en el terreno de la realidad, oficialmente se han destacado dos condiciones para el éxito de este emprendimiento. En primer lugar, que *“el sistema de atención pública sea capaz de facturar sus prestaciones a terceros de manera rápida y cierta”*, a lo cual apunta la credencial. De esta manera, según lo propuesto, *“el hospital podrá enviar por vía electrónica el costo de la prestación brindada a la Superintendencia de Servicios de Salud para descontarle el gasto automáticamente a quien corresponda”*. Y en segundo lugar, un organismo capaz de revisar los tratamientos y procedimientos médicos existentes para determinar su utilidad y la relación entre el costo y la efectividad. Es decir, la Agencia de Evaluación de Tecnología de Salud (Agnets) que se propone en un proyecto de ley a tratar en el Congreso Nacional. Ambas intenciones son loables.

Sobre este punto, que tiene una importancia clave en sí mismo, cabe subrayar lo esencial. Hay que evitar confundir auditoría médica, fiscalización contable y el uso acrítico de la tecnología. Por su parte, la facturación y la credencial son herramientas valiosísimas, que he promovido en publicaciones previas. La facturación (mediante nomencladores razonables), más allá del cobro, tiene un valor inercial, ya que conlleva transparencia, control y auditoría por parte del propio usuario, que de esta manera puede apreciar los recursos aplicados a su persona; y por parte del efector de salud, cambia la lógica de precios a costos, y de volumen a resultados, ponderando la eficiencia.

La credencial, por su parte, debería alcanzar a la totalidad de la población como criterio de derecho social, e incluir un Conjunto Mínimo de Datos Básicos (tales como el grupo sanguíneo, si se es diabético o toma medicación, etc.). Si bien la intención proclamada es que eventualmente el resto de la población pueda poseerla, la universalidad de la credencial implica una concepción en sí misma y no solo una alternativa deseable. Pues el objeto de la salud pública no pueden ser “los pobres”, sino el conjunto de las personas que comparten el territorio nacional. Mientras no se abarque la totalidad del campo sanitario de manera conjunta, no habrá solución sustentable posible. Apuntar exclusivamente al sector vulnerable desde el subsector público resulta reproducir la lógica de la separación y no la requerida integración equitativa.

Al decir de Edgar Morin, *“los problemas esenciales no son nunca fragmentarios, y los problemas globales son cada vez más esenciales”*, a lo cual deberíamos agregar que el imperio de la fragmentación oculta la dilución de responsabilidades. En definitiva, el núcleo pasa por si se trata de **un reparto o una integración entre los sectores públicos y privados**. En el primer caso, estaríamos en presencia de un nuevo parche que encubre el problema de fondo: la falta de un **Sistema Federal Integrado de Salud**. Para ello, los Seguros Provinciales también deberían integrarse en un sistema amplio, de una **red regional** según especialidades y una **economía de escala**, además de contar con la financiación nacional. Se trata de crear una *Red Sanitaria de Utilización Pública, con profesionales acreditados e instituciones debidamente registradas, habilitadas, categorizadas y auditadas periódicamente*, y sin distinción de identidad jurídica, ya que de lo contrario, simplemente se estaría creando *“la obra social de los pobres”*.

Falacias que amputan la realidad

En el año 1800, Jeremías Bentham describió el término falacias y nos dijo que son argumentos empleados con el propósito de inducir a engaños. Definió cuatro falacias básicas: La **falacia de autoridad**, es decir, *“esto lo hago porque me lo dijo fulanito que es el que sabe”*. La **falacia de peligro**: *“esto sería bueno pero nos puede poner en una situación de discusión”*. La **falacia de dilación**: *“este planteo es perfecto pero dejémoslo para más adelante”*. Y, por último, lo que hoy yo siento con el CUS, que es la **falacia de confusión**, pues no se termina de entender muy bien cuáles son los elementos que la componen.

Además de las mencionadas, encontramos otras falacias en el campo de la salud. La primera es la **pobreza** -con todo el respeto por la palabra-, según la cual el problema de la salud es un tema de los pobres, cuando la pobreza es una situación, no una categoría. El problema de la salud no es solamente un problema de los pobres, ya que la solidaridad es la única opción en salud, porque uno cuida al otro para poder cuidarse a uno mismo. Tenemos también la falacia de **educación**, sin hacer prevalecer una cultura basada en conductas saludables, que es precisamente lo que se requiere, y que se evidencia claramente en que las madres educadas tienen niños mejor cubiertos. O la falacia del **presupuesto**, según la cual basta con aumentar los recursos destinados al sector para mejorar la calidad. Ya lo decía Joseph Stiglitz: *“El dinero ha demostrado ser bastante ineficaz para generar reformas”*. Y si analizamos el presupuesto gastado en salud, comprobamos que estamos gastando el 95% en curación, el 3% en prevención y un 2% en rehabilitación, cuando cualquier país desarrollado está gastando 40% o 50% en curación y el resto lo aplica a investigación clínica, rehabilitación y prevención.

Seguimos con las falacias que componen un verdadero “cortejo médico”, un despliegue de regulaciones, dejando claro que estas no se concretaron plenamente. Me estoy refiriendo al nomenclador; al vademécum oficial; al programa médico obligatorio; a la libre elección; al hospital público de autogestión que dice que factura cuando no tiene ningún tipo de infraestructura para poder hacerlo; al médico de cabecera, que nadie está discutiendo, pero evaluamos cuánto juega dentro de la totalidad; a las guías de asistencia médica; a los medicamentos genéricos; a la trazabilidad de los medicamentos; a los copagos; a los protocolos con los distintos tipos de *estadificación* para saber cómo

debemos tratarlos y qué uso de complejidad terapéutica corresponde; a la medicina basada en la evidencia; o a la atención médica primaria. Y ahora surge la Cobertura Universal de Salud y la Agencia Nacional de Evaluación Tecnológica, pero todavía no nos hemos detenido a analizar estas regulaciones con la profundidad que le corresponde a cada una.

Para el anecdotario

Parece oportuno relatar un breve diálogo atribuido a Marco Polo -hacia los años 1300-, quien define de manera simple pero profunda la unión que hay entre todos los componentes de un objetivo concreto como lo es, por ejemplo, construir un puente.

Marco Polo describe un puente, piedra por piedra.

- ¿Pero cuál es la piedra que sostiene el puente? - pregunta Kublai Kan.

- El puente no está sostenido por esta piedra o por aquélla -responde Marco-sino por la línea del arco que ellas forman.

Kublai permanece silencioso, reflexionando. Después añade:

- ¿Por qué me hablas de las piedras? Lo único que me importa es el arco del puente.

Polo responde:

- Sin piedras no hay arco.

Sin querer, o quizás queriendo, Marco Polo estaba describiendo la unión de todo lo que existe, la interacción de las partes, llevando esta reflexión a mostrar la necesidad, en salud, de hacer referencia a un sistema sanitario.

Lejos de esta visión unificadora de los elementos en solidaridad, lo que sentimos, en definitiva, es que la relación médico paciente es una versión kafkiana, donde la vida se vuelve un trámite burocrático atravesado por todas estas falacias.

Aunque ahora inventaron otra palabra, la posverdad, que en el 2016 el diccionario de Oxford ha declarado la palabra del año. Se trata simplemente de un fraude del lenguaje para no decir mentira, y así evaporar situaciones trágicas mediante una red de complicidades de dimensión creciente. En la antigua Grecia se llamaba "hypokrisis" a la interpretación teatral de un papel, de ahí que se denominaba a los actores con el término de "hipócritas". Así nace la expresión de Bertolt Brecht, que decía: *"Cuando la hipocresía comienza a ser de mala calidad, es hora de comenzar a decir verdades"*.

La necesidad de abarcar la totalidad compleja

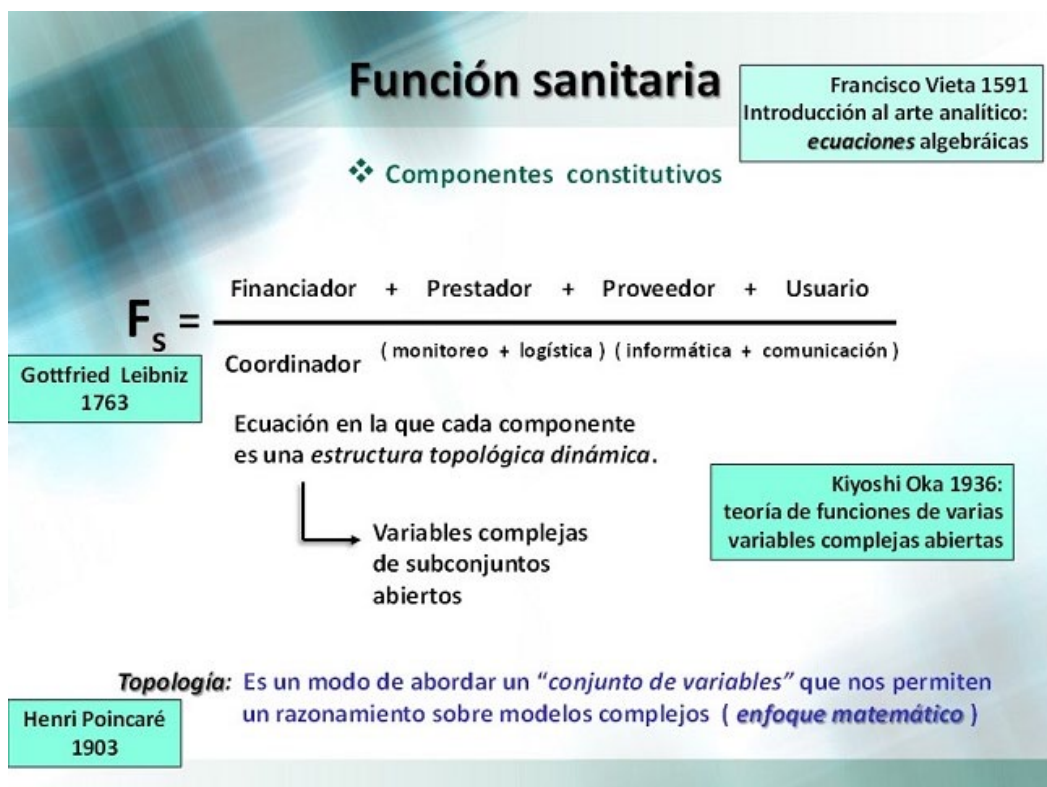
Estamos hablando del derecho a la salud como un derecho enunciativo. Sabemos que no hay posibilidad de concretar un derecho sin la estructura, una estructura sin sistema, un sistema sin función, una función sin órgano, un órgano sin finalidad. Si la finalidad es la salud ¿Qué órgano -con el monitoreo continuo que esta tarea impone- está manejando hoy esto?

Hoy no disponemos de una función de agencia de atención médica que desarrolle un monitoreo de la población; de una agencia de seguridad biológica, que la situación impone (cuya alteración está llevando el presupuesto de salud en forma creciente); de un ordenamiento territorial, que posibilite la atención en red, y permita trabajar con economías de escala; de un fondo compensador de enfermedades especiales (me niego a decir enfermedades catastróficas); ni de un registro nacional de eventualidades adversas que nos diga cómo tenemos que corregirnos y rectificar procesos que deben ser rediseñados para alcanzar el grado de desarrollo que nuestro nivel científico requiere. Llegado a este punto, vale recordar lo expresado por Georges Canguilhem: *"equivocarse es humano; perseverar en el error es diabólico"*.

Debemos puntualizar que:

Ningún reconocimiento de derechos puede sustituir la falta de estructuras y de acciones adecuadas. No basta con transformar las expectativas en derechos si no se modifican las condiciones práctico-materiales que determinan las necesidades y al mismo tiempo definen los tipos de acción, obviamente con agendas correctas al respecto (¡para ser cumplidas!).

En el año 1521 Francisco Vieta inventa las ecuaciones y después Henri Poincaré la topología. Pero si traemos la ecuación a una función sanitaria (ver figura 2) en el numerador tenemos que poner los componentes: al financiador más prestador, más proveedor, más usuario, y en el denominador al coordinador que se haga cargo además del monitoreo, la logística, la informática y la comunicación. Ya el japonés Kiyoshi Oka en la década de 1930 explicaba cómo estas variables son abiertas. Pero hay una fórmula, una manera, una topología, que es una manera de abordar esto.



(Figura 2)

Hoy nos están diciendo que cambiemos una tecnología, es decir, un proveedor, para modificar la resultante de salud; o una medicación, o un médico, o cambiar la institución prestadora, o actuar sobre el financiador, etc. Pero si no tomamos en consideración la fórmula en su conjunto, ¿Cómo abordamos la cuestión? El hombre sigue sin entender que la ciencia está hecha para ser aplicada. Lo decía muy bien François Jacob, premio Nobel de Medicina en 1965: “En el mundo científico, la regla consiste en no hacer trampas: ni con las ideas ni con los hechos. Es un compromiso tan lógico como moral. Simplemente, el que hace trampas, yerra el tiro. No hace más que garantizar su propia derrota”.

DATOS BIOGRÁFICOS DEL PROF. DR. IGNACIO KATZ

Es Médico y Doctor en Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Se desempeña en Medicina Comunitaria como especialista en modelos prestacionales, programas médicos, optimización de recursos y modalidades de contratación. Ejerció, entre otros, los cargos de Director Nacional de Hospitales, Gerente Médico de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), Miembro titular del Comité del Programa de Reconversión de Obras Sociales e Instituto Nacional de Servicios para Jubilados y Pensionados (PROS) y Miembro de la Comisión Normalizadora del Hospital Posadas. Fue también Coordinador del proyecto PNUD de Fortalecimiento del Sistema de Cobertura de Salud de la Población del Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto. Durante el año 2008 hasta junio de 2009, desempeñó la función de Jefe de Asesores de Gabinete del Ministerio de Salud de la Nación. Fue galardonado con el premio Vocación académica en mérito a su trayectoria profesional, a propuesta de un jurado conformado por Rectores y Decanos de universidades e institutos terciarios en el año 2005. Es Profesor Titular de la Maestría de Gestión y Economía de Salud en la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires. Es Director Académico de la Especialización en “Gestión Estratégica de Organizaciones de Salud”, Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires (UNICEN). Es autor de: “Argentina Hospital. El rostro oscuro de la salud” - Edhasa (2004), “Claves Jurídicas y Asistenciales para la Conformación de un Sistema Federal Integrado de Salud” - Eudeba (2012), y “Salud y políticas públicas” - Editorial UNICEN (2016).

ENTREVISTA CON EL DR. JOSÉ MARÍA PAGANINI, ACADÉMICO CORRESPONDIENTE NACIONAL – ACADE- MIA NACIONAL DE MEDICINA BS.AS., PRESIDENTE DEL CENAS. CENTRO PARA LA ACREDITACIÓN EN SALUD. DIRECTOR DEL CENTRO INUS – FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS – UNLP, ARGENTINA

1.- ¿Podría proporcionarnos una apreciación inicial acerca de Cobertura Universal de Salud (CUS) creada por el Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) 908/2016?

En una síntesis conceptual, se trata de un modelo de atención integral a una población asignada a un conjunto de establecimientos de salud o a una red de servicios de salud.

El concepto tiene una relación estrecha con lo definido en la estrategia de sistemas locales de salud en la década de 1980 y en la publicación “Salud para Todos: Todos para la Salud” (www.cenas.org.ar)

Para que la cobertura sea universal, el modelo debe alcanzar -con las adaptaciones necesarias- a todo el país. Y ese es el gran desafío.

2.- ¿Podría proporcionarnos un encuadre conceptual del sector salud?

Desde el enfoque sistémico definimos al sector salud como un conjunto de conocimientos destinados a la promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, en el ámbito individual y colectivo, que una sociedad posee en un momento histórico. Incluye también un conjunto de recursos (humanos, tecnológicos, organizacionales, normativos y financieros) y de procesos destinados a la producción de nuevos conocimientos, así como a la transmisión y aplicación de esos conocimientos según los valores y políticas definidas por la sociedad.

Cabe destacar aquí la integralidad y amplitud del concepto de sector salud, compuesto -por un lado- por la totalidad de conocimientos relativos a la promoción, prevención, atención de la salud, y -por otro- por la totalidad de los recursos y esfuerzos que una sociedad destina a producir nuevos conocimientos, transmitir y aplicar los mismos.

El ámbito de acción del sector salud incluye tanto a los individuos como al medio natural, biológico, social y económico que tienen influencia sobre la salud. Si bien en esta acepción no se incluyen las acciones propias de las poblaciones en su ámbito cultural comunitario y familiar, el sistema de salud debe contemplar en sus actividades la necesaria relación con el sistema social de producción de salud; es decir los conocimientos que surgen de las culturas, creencias y comportamientos de las poblaciones.

De esta visión integral del sector salud destacamos: (a) la indivisible relación de los conocimientos de las ciencias médicas y de las ciencias sociales aplicadas a la salud, así como de las políticas, estrategias, programas y actividades sectoriales, con el objetivo de mejorar la salud de las poblaciones a través de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, y (b) la necesaria integración de todos los recursos destinados a la salud de la población

3.- ¿Podría delinear las principales responsabilidades del sector salud?

A partir de la anterior definición del sector salud se debe destacar las siguientes responsabilidades:

(a) La producción de nuevos conocimientos; es decir, el desarrollo de la investigación en las áreas biofisiopatológicas, clínica, epidemiológica social, de las ciencias sociales en su conjunto así como a de sistemas y servicios de salud.

(b) La transmisión de conocimientos sistematizada y organizada a través del saber de las ciencias médicas y de las ciencias sociales relacionadas con la salud en forma integral que comprende las ciencias de la salud, en donde las universidades y centros de estudios y de investigación tienen un rol fundamental en el desarrollo adecuado del sector.

(c) La aplicación de los conocimientos de las ciencias de la salud en el ámbito individual, familiar y colectivo teniendo siempre presentes los valores de equidad y justicia. Dentro de esta responsabilidad pueden identificarse las siguientes áreas de acción:

Abogacía para la salud con equidad: dado que el sector salud ve la pobreza y la injusticia en sus expresiones más crudas (la falta de salud y de atención de la salud) le corresponde abogar por la salud con equidad. El sector salud debe realizar permanentemente estudios epidemiológicos sociales para monitorear las situaciones de inequidad y para llamar la atención sobre las diferencias observables en la situación de salud y de atención de la salud debido a la inequidad social. Esta información debería orientar la definición y aplicación de políticas y estrategias globales de una sociedad hacia la equidad.

Intersectorialidad: deben promoverse políticas, estrategias y acciones intersectoriales para facilitar la equidad en la salud. De esta manera surgen las relaciones activas con todos los sectores de la sociedad para coordinar conocimientos, programas y acciones dirigidos a potenciar y lograr la deseada reorientación de la sociedad hacia situaciones de justicia y equidad. Se trata de los programas intersectoriales para la equidad social.

Entrega de conocimientos a través de servicios de salud: se trata de una responsabilidad central, irrenunciable, directa del sector. Esta área se relaciona con la búsqueda de modelos de atención que respondan a las necesidades de la población tanto en el ámbito individual y familiar como colectivo sin ningún tipo

de limitaciones, asegurando cobertura efectiva, atención integral con contenidos de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento, la humanización de la atención, la calidad de los servicios, la eficiencia en la utilización de los recursos sobre la base de redes de atención y el desarrollo de modelos de financiación que contemple los principios de equidad financiera.

Otras responsabilidades del sector salud son:

(d) Utilizar la evidencia en la atención y organización del sector, desarrollando investigaciones aplicadas a los problemas prioritarios. La investigación social y de sistemas de salud viene aportan información de gran utilidad que debe tomarse como referencia en las orientaciones estratégicas y operativas en la organización del sector y para orientar investigaciones locales para la correspondiente adaptación y ajuste.

(e) Rectoría del Estado y descentralización. Dentro del desarrollo de los estados democráticos, el nuevo paradigma sanitario debe contemplar la necesidad de un Estado rector con capacidad de regulación asumiendo la total responsabilidad para la equidad en salud. Además, dicha organización debe contemplar también el desarrollo de una política organizacional y administrativa que promueva la plena participación de la población y la gestión de los recursos a través de una genuina descentralización. La descentralización del Estado debe encontrar en el sector salud un componente fundamental al incorporar la cuestión de la equidad en las agendas locales de desarrollo facilitando una programación y gestión transparente que permita su control y evaluación. El desarrollo de sistemas locales de salud debe considerarse como una de las estrategias fundamentales de un nuevo paradigma sanitario.

(f) Responsabilidad geográfica poblacional: desde su definición conceptual hace ya más de 20 años un sistema local de salud comprende tanto la responsabilidad de la atención integral a las personas como la atención al medio. Dentro de esta estrategia se incluye todo lo relacionado con la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el concepto de comunidades saludables dentro de un ámbito político administrativo ya sea de nivel provincial o municipal, donde deben confluir en forma ordenada y coordinada todos los conocimientos de las ciencias dedicadas a la salud individual y colectiva.

(g) Programación local participativa: implica requerir a cada sistema local la formulación de programas integrales de atención de la salud colectiva con énfasis en la promoción y prevención con plena participación comunitaria, aceptando su responsabilidad activa frente a las necesidades, con definición de poblaciones en riesgo y asignación de recursos y actividades para enfrentar los problemas de salud. La programación local participativa es otro instrumento hacia la equidad, la participación y la democracia.

(h) La definición de metas de corto plazo: implica definir requisitos mínimos para los contenidos de los programas de salud que deben contemplar no sólo la identificación de la población bajo programa y del ámbito geográfico relacionado sino, además, los objetivos y actividades, así como los recursos necesarios. Todo sistema local debe

definir metas a corto plazo con un análisis estratégico permanente que mida coberturas efectivas, la calidad y los resultados esperados. Los paradigmas vigentes se han basado exclusivamente en la definición de metas de largo plazo sobre la base de indicadores globales que ocultan situaciones locales de inequidad evitando además la posibilidad del monitoreo permanente y las necesarias correcciones a los programas del sector.

(i) La organización de redes de atención: Desde el punto de vista de la organización de recursos, un sistema local organizado con una política de coordinación y complementación de sectores y servicios permite utilizar todos los recursos del área ya sean de dependencia estatal como privado o de seguridad social. Esta visión integral exige incorporar al modelo sanitario todos los recursos de la salud, desde los consultorios médicos, odontológicos, los centros y puestos de salud, los hospitales comunitarios, de ámbito rural o de municipal, los establecimientos privados hasta los grandes centros de atención en ámbitos urbanos. Bajo el concepto de red social, las jerarquías que se otorgan a los componentes de la misma se deben basar tanto en la utilización de tecnologías de equipos médicos como de tecnologías sociales. Ello deberá así superar los conceptos vigentes que definen niveles de atención y categorías de servicios basados exclusivamente en tecnologías de equipos.

(j) Atención integral, la calidad y las metas de cobertura efectiva: implica promover la atención integral de la salud y la calidad con base en los componentes de atención accesible, precoz, continua, completa, en equipo, activa, humanizada, participativa, responsable y con evaluación permanente, aceptando que la definición de cobertura no está exclusivamente relacionada con la accesibilidad a los servicios de salud sino que, además, debe contener componentes de calidad que incluye además la seguridad y humanización de la atención.

(k) Autoevaluación participativa, acreditación externa y gestión en salud: Una condición fundamental del nuevo paradigma consiste en el desarrollo de enfoques modernos de la gestión institucional que utilizan estrategias de autoevaluación participativa y acreditación externa, en donde el requerimiento de la equidad y la calidad se hace más visible. Además, el nuevo paradigma debe promover el desarrollo organizacional mediante la definición de planes estratégicos para la equidad y la calidad con metas concretas para su evaluación tanto de los usuarios y la población como de los profesionales de la salud.

(l) Sistemas de información locales sensibles a la evaluación y monitoreo de las inequidades: El desarrollo de sistemas de información locales orientados a la medición del cumplimiento de metas de equidad en salud debe permitir el diagnóstico y monitoreo permanente y a corto plazo de las situaciones de salud de las distintas poblaciones según sus características socioeconómicas y riesgos con la elaboración de indicadores de procesos de gestión, las formas de participación social así como el análisis de coberturas efectivas para cada problema de salud ya sea de atención al medio y a la población utilizando referencias de mapas epidemiológicos. Una medida de los avances hacia la equidad en salud será aquella que identifique para cada país el desarrollo de sistemas locales de salud sobre todo en poblaciones con mayor necesidad que sean capaces de identificar la población y el medio ambiente bajo responsabilidad,

definan las prioridades sobre la base de los riesgos, organicen los recursos para la aplicación de los conocimientos integrales de las ciencias de la salud, promuevan la programación participativa y evalúen indicadores de cobertura efectiva y resultados en los niveles de salud.

(m) Modelos de distribución de los recursos y formas de pago: de la misma manera que se debe dar prioridad a las bases éticas de la contribución financiera a la salud, también es necesario analizar las estrategias de aplicación de los fondos, de manera que los mismos contribuyan a la equidad y la calidad de la atención sin introducir restricciones para alcanzar dicho objetivo.

4.- ¿Podría delinear una visión panorámica del estado de la equidad en el acceso y la calidad de las prestaciones a la salud en la Argentina?

La salud es uno de los derechos básicos del ser humano. Si bien mucho se ha escrito y afirmado en reuniones nacionales y convenciones internacionales durante las cinco últimas décadas, hoy debemos reconocer que, lamentablemente, el acceso al ejercicio de ese derecho no se distribuye igualitariamente en la Argentina ni en otros países.

Lograr la equidad y calidad para todos es una responsabilidad social y un desafío sistémico. Es consenso generalizado que existe una insatisfacción por lo hecho para lograr salud, calidad y seguridad para toda la población sin ningún tipo de discriminación.

Los problemas de injusticia se manifiestan en que grandes porcentajes de población sufren las consecuencias negativas de la pobreza, de la falta de acceso a servicios básicos para una vida digna y se ven excluidos de los progresos que pueden brindar la educación y los cuidados de la salud.

Si recordamos la definición de inequidad en salud como la diferencia existente en los niveles de salud y en las formas de atención de la salud de las poblaciones medidas por ubicación geográfica, situación socio-económica, educación, cultura, etnia, raza y forma de financiación de la atención de la salud, los indicadores reflejan que los problemas de inequidad no sólo persisten sino que, aun peor, se han agravado.

Es evidente que existe una crisis tanto en la distribución de oportunidades de los distintos grupos de población como específicamente en los resultados del sector salud. En nuestra opinión, una de las causas de esta crisis está relacionada con los paradigmas utilizados hasta ahora, que han impedido el desarrollo adecuado de las políticas de salud.

Si bien los principios de equidad, justicia y solidaridad están contenidos en la mayoría de los discursos y documentos de política, los modelos de desarrollo destinados a alcanzar esa equidad, solidaridad y justicia no han logrado esos objetivos.

La crisis es de políticas sectoriales y operativas, de un modelo sanitario que impide orientar los programas de salud y las acciones de la sociedad para resolver los graves problemas de inequidad. No se trata sólo de una crisis de las sociedades y de los modelos vigentes de desarrollo, sino también de una crisis interna del propio sector salud.

Por lo tanto, consideramos la urgente necesidad de iniciar una reflexión crítica sobre los paradigmas sanitarios vigentes, su relación con el desarrollo social y, frente a ello, definir las bases conceptuales de un nuevo paradigma que oriente claramente y sin confusiones las definiciones de políticas y estrategias así como la organización sanitaria hacia un modelo que cumpla con el mandato de lograr la equidad en la salud y en la atención de la salud.

Las sociedades no han sido capaces de organizar las oportunidades económicas, educacionales ni sanitarias para resolver las inequidades que son evitables, injustas e inaceptables. En el campo específico del sector salud, si bien los conocimientos de las ciencias médicas continúan su avance, persiste la inequidad en la aplicación de los mismos, tanto por problemas de accesibilidad a los sistemas de salud como en los niveles de calidad de la oferta de servicios de salud y sus resultados.

En nuestra opinión se pueden resumir tres causas principales de esta inercia en la inequidad: (a) Las limitaciones en la teoría: no se utiliza la teoría de la complejidad sistémica social, con mera mención superficial de los conceptos de segmentación y fragmentación sistémica, (b) Como consecuencia, existen limitaciones en la definición de políticas sistémicas para un desarrollo coherente y armónico de los sistemas e instituciones de salud, prescindiéndose de la participación activa de los distintos actores relacionados con la salud, y (c) Como corolario de lo anterior, el financiamiento del Estado para la salud no sólo es insuficiente, sino que involucra excesivos gastos directos del usuario.

En la mayoría de los países la evolución histórica política y administrativa ha sido orientada a positivos procesos de desarrollo democrático que incluye la participación y la descentralización. Esta situación ha llevado a identificar, en la mayoría de los diagnósticos sistémicos, el concepto de fragmentación y/o segmentación como una característica negativa, cuando en realidad y -con base en las teorías de la complejidad- la denominada fragmentación sistémica surge de la composición multi-institucional de los sistemas. Estas diversas instituciones son las que aportan al sistema su potencialidad y riqueza de objetivos.

Es prioritario y perentorio despertar la responsabilidad tanto del Estado Nacional, como de los estados provinciales y municipales, así como de los gobiernos que los administran y también de la sociedad civil, de las Universidades y la ciencia en general, a contribuir a definir políticas orientadas a la salud para todos, así como a dar un marco normativo de ordenamiento del sector, para justificar una solicitud al Estado de aumento del financiamiento solidario para la salud.

El desarrollo de la salud colectiva requiere una visión integral e integradora de todos sus actores. El estudio y aplicación de la teoría de la complejidad debe incluir tanto la salud individual como colectiva, analizando a los sistemas biológicos, antropológicos, psíquico-sociales para la promoción, preservación, atención y cuidado de la salud.

Proponemos la complementación de los paradigmas existentes con la introducción de un paradigma integrador con una nueva lógica de relaciones. Para ello el cambio de nivel de análisis al integrar el conocimiento biológico al conocimiento de la complejidad sistémica requiere una estrategia global.

5.- ¿Cuáles son las condiciones para un debate que permita arribar a un espacio para concertar las acciones necesarias?

Existe un alto grado de consenso en que la salud es un derecho humano básico y en la necesidad de lograr cobertura universal en base al diálogo permanente participativo de todos los actores del estado y de la sociedad civil.

En el campo de la filosofía moral, la economía y el desarrollo se destaca no sólo la necesidad de lograr justicia para todos sino también la importancia de concertar procedimientos efectivos para ese fin.

Como consecuencia, el necesario debate debería realizarse teniendo en cuenta fundamentalmente las necesidades de la población y el balance adecuado de las contribuciones sectoriales, pero también dentro de un marco de conocimientos y estrategias científicas y de reflexión filosófica.

Para este debate le asignamos una responsabilidad fundamental a las ciencias médicas ya sea en su evolución histórica, moral y científica como en su desarrollo teórico y práctico por la salud individual y colectiva.

Observamos además importantes avances en conocimientos relacionados con la promoción de la salud, tecnologías específicas de diagnóstico y tratamiento además de una paulatina mejoría de la situación general de salud medida por indicadores globales de mortalidad, morbilidad y esperanza de vida. Sin embargo, si bien los promedios nacionales marcan macro-tendencias positivas puede esconder graves diferencias en las oportunidades de desarrollo social así como en la situación de salud de grupos poblacionales; es decir falta de equidad social.

Pero a pesar de los éxitos mencionados aún persisten desigualdades en la salud y atención de la salud de grandes sectores de la población. Las metas definidas de salud para todos con cobertura universal no se cumplieron.

Consideramos por lo tanto que la teoría y práctica de la salud pública necesita en forma urgente una revisión crítica de sus políticas y estrategias las que deben orientarse hacia un paradigma para el desarrollo sistémico el que, tomando en cuenta los compromisos morales y los conocimientos de las ciencias de la salud permita completar el "qué hacer" de las declaraciones al "cómo hacerlo" sistémico. Es decir lograr avanzar desde las promesas y declaraciones, de los diagnósticos de los últimos 60 años a cumplir con el desafío de la equidad y calidad para todos.

Para ello entendemos que es necesario completar el desarrollo de la razón moral y la razón científica con una tercera dimensión de la razón que denominamos la razón de la complejidad sistémica social.

De ello se destaca además la necesidad de definir análisis y estrategias de desarrollo específicas de cada una para posibilitar su contribución a los objetivos finales compartidos. Por lo tanto las definiciones de políticas deberán contemplar estrategias de armonización de procesos y actividades, en el marco de una complejidad epistemológica y social.

Algunas características de la complejidad sistémica residen están determinadas por: (a) la “fragmentación” y la “segmentación”, dada por la composición multi-institucional de los sistemas, las cuales representan una potencialidad y riqueza de objetivos, (b) los procesos espontáneos de auto-organización y autoaprendizaje que se originan de las relaciones múltiples en red con el desarrollo de la comunicación, (c) la investigación y la utilización de los sistemas de información y (d) el cumplimiento de estándares para la autoevaluación y autocontrol con el objetivo de contribuir a la homeostasis del sistema y a su ajuste permanente para la armonización de los saberes.

6.- ¿Cómo debería encararse la implementación de la CUS en la Argentina?

Este es el gran desafío. Como ya lo hemos mencionado en muchas oportunidades y publicaciones, la CUS -es decir la salud para todos- debe ejecutarse con la participación de todos los recursos de un país. Ya sean del Estado o privados. La salud para todos debe ejecutarse con todos los actores de la salud. En primer lugar se debe hacer un relevamiento de estos actores y no sólo los de prestación directa sino también los de financiación, formación de recursos humanos, investigación, etc.

Ante todo señalamos que ninguna política o estrategia para el desarrollo sistémico debería combatir ni anular la complejidad, ni definir políticas aisladas o de simplificación que lleguen a limitar el adecuado desarrollo sistémico. Las soluciones parciales de estas políticas aisladas a veces llegan a ocultar o a hacer olvidar la visión sistémica y cuando se repiten por años, se transforman en lo que Lyotard llama “la dictadura del mensaje”.

El desafío consiste en lograr, a través de la autorreflexión, un horizonte de entendimiento de cada subsistema y a partir de allí desarrollar un plano de relaciones sistémicas que pueda ser utilizado por todos los subsistemas y componentes para una reorientación de la energía sistémica hacia principios y objetivos comunes.

Todos los actores –incluidas las instituciones de investigación- se incorporan a procesos de autocontrol y auto-organización y la definición de planes estratégicos de desarrollo a través de la aplicación de protocolos de gestión y protocolos de atención de la salud y la aplicación de los indicadores definidos.

No se trata de un programa político aislado, sino de un paradigma de teoría y ciencia sistémica para la salud. Consiste en el **comienzo del desarrollo de un sistema de salud con base científica social**. Para ello se utilizan las evidencias que identifican los estándares y los indicadores a utilizar.

Por lo tanto afirmamos que todo modelo de Salud para Todos tiene que responder los a siguientes objetivos:

- **a.** Respetar las características de complejidad del sistema de salud facilitando la generación de diferentes estrategias para potenciar la contribución de todos los actores, componentes, subsistemas, sistemas asociados, a los objetivos finales del mismo. Para ello debe tenerse en cuenta la historia y el nivel alcanzado por cada actor.
- **b.** Lograr un acuerdo participativo de todos los actores sobre los principios éticos y los mandatos de la razón moral de la salud y las evidencias de la razón científica, para armonizar todas las actividades promoviendo una actitud de pensamiento relacional hacia la equidad y calidad.
- **c.** Poner en práctica las denominadas políticas horizontales y verticales en forma simultánea identificando a todos los niveles de gobierno y la sociedad civil, nacional, provincial y local, en todos los sistemas locales, las instituciones de prestación, las redes de servicios, todos los planes y programas, los sistemas de formación de recursos humanos, de investigación y los sistemas de financiación.
- **d.** Definir y aceptar por consenso los estándares básicos genéricos y específicos en base a los principios y evidencias expresadas en protocolos de acción que actúen como catalizadores para orientar el desarrollo de cada componente sistémico.
- **e.** Posibilitar el desarrollo de un sistema de información amplio con indicadores institucionales de cumplimiento de estándares e indicadores epidemiológicos nacionales y locales, que midan los riesgos de los determinantes sociales y ambientales de la salud. Por condición de vivienda, geográfico, nivel social económico, educación, situaciones demográficos, riesgos específicos de salud.
- **f.** Evaluar permanentemente los resultados de la población según los determinantes sociales tanto a nivel global como local al mismo tiempo en base a indicadores que se originan en los niveles locales, en relación a poblaciones en riesgo y actividades y resultados en promoción, prevención y su atención midiendo accesibilidad, cobertura, continuidad y contenidos en base a riesgos y necesidades específicos hasta evaluar los resultados alcanzados.
- **g.** Evaluar la satisfacción y participación de la familia, del personal de salud y la comunidad.
- **h.** Facilitar y promover el desarrollo de procesos de autoevaluación autocontrol, y evaluación externa sobre la aplicación y el desarrollo de los estándares definidos.
- **i.** Promover el desarrollo en cada nivel de intervención tanto en la conducción, programas instituciones y redes locales, la definición de planes estratégicos con identificación de problemas actividades e indicadores para su cumplimiento.
- **j.** Comunicar ampliamente y periódicamente todos los resultados obtenidos.

En conclusión, todo proyecto de Cobertura Universal de la Salud (CUS) o de Salud para Todos (SPT) **debe** promover una nueva racionalidad sistémica y una actitud científica social, favoreciendo la comunicación interna y externa entre actores y la población. Se promueve la participación, la autoevaluación y la auto-organización como un proyecto continuo de investigación evaluativa utilizando el poder unificador de la ciencia para contribuir a dar continuidad a este proceso orientado a fortalecer la gobernanza en todos los niveles del gobierno (nacional, provincial y municipal), y en la sociedad civil.

También en las instituciones de atención de la salud y en los programas de salud así como en todas las instituciones educacionales, de investigación y de financiamiento.

De esta forma el sistema de salud, en su totalidad inicia un diálogo de acción- evaluación- acción entre todos los actores del sistema y de todos los saberes que lo integran; evolucionando así desde el “yo pienso” cartesiano al “nosotros pensamos” sistémico.

DATOS BIOGRÁFICOS DEL PROF. DR. JOSÉ MARÍA PAGANINI

El Prof. Dr. José María Paganini tiene 55 años de experiencia en la Salud Pública en la Argentina y en la Salud Internacional. Desde su graduación como Doctor en Medicina en la Universidad Nacional de La Plata en 1961, ha desarrollado toda su carrera profesional en relación a la definición y aplicación de políticas de salud, a la docencia y a la investigación para mejorar la equidad en la salud comunitaria. Luego de ejercer como médico pediatra, en el Hospital de Niños Sor María Ludovica de La Plata, inició en 1962 una carrera en el campo de la salud colectiva combinando el desarrollo de la práctica sanitaria con la búsqueda de la excelencia en la formación académica. En su capacitación de posgrado obtuvo tres títulos Universitarios: Diplomado en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires (1963); Master of Public Health (1967); Doctor of Public Health (1993) de la Johns Hopkins University School of Public Health, Baltimore USA. Además realizó estudios de posgrado en Desarrollo Económico (Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Económicas 1967) y Estudios Avanzados de Bioética (George Washington University, The Kennedy Institute of Bioethics. WDC USA, 1990).

Es Miembro Correspondiente Extranjero de la Academia Nacional de Medicina de Colombia (1987). Miembro Correspondiente Nacional de la Academia Nacional de Medicina. Profesor Visitante de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins, USA. (1997-2003). Recibió los premios: OPS sobre logros académicos (1994), Fundación Isalud sobre trayectoria profesional (2003), Fundación Konex (2003) y del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires- Ministerio de Salud (2012).

En sus funciones internacionales, cooperó directamente con un total de 38 países de la Región de las Américas y, dentro de ellos, en aproximadamente 150 localidades, donde participó en tareas de capacitación dictando clases, seminarios y talleres. Participó en los países del Caribe del Este (1980-83), en el desarrollo de los servicios de salud y de RRHH, y en Colombia (1983-86) en el desarrollo de la investigación de sistemas de salud y como Director de Sistemas de Salud en OPS/OMS, Washington DC (1986-96), promovió, desde los más altos cargos internacionales, la salud comunitaria en países de la región y en otros continentes. Realizó contribuciones para el desarrollo de programas de salud, y en temas de organización, investigación y capacitación de recursos humanos. Entre ellos, la institución y desarrollo técnico de la Libreta Sanitaria Infantil, instrumento sanitario social obligatorio para todos los recién nacidos de la Provincia de Buenos Aires (1964), la organización de la Regionalización Sanitaria en la misma Provincia, el desarrollo de manuales de normas y procedimientos para la descentralización ejecutiva de la gestión en salud, la clasificación, normalización y acreditación hospitalaria. En materia de investigación de servicios de salud, realizó una de las primeras investigaciones sobre calidad y eficiencia del país (A Sonis, Gianantonio, Souilla; 1972). La primera encuesta nacional de salud en Argentina actuando como

jefe de proyecto nacional del Estudio Internacional de Utilización de Servicios de Salud (1970) con la coordinación de la OMS y la participación de la Escuela de Salud Pública de Johns Hopkins (K. White) y los países de Canadá, Finlandia, Inglaterra, Estados Unidos, Polonia y Yugoslavia. Realizó aportes en la práctica académica, ejerciendo el cargo de Secretario Técnico de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata (1968), docente de la Cátedra de Higiene y Medicina Social en la misma Universidad (1963-76) y Coordinador del Programa de Desarrollo de la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social de la Asociación de Facultades de Medicina (AFACIMERA 1965-66) ejecutando la primera Encuesta Nacional de la Enseñanza de la Medicina Preventiva en el país.

Es Investigador de la máxima categoría en la Universidad Nacional de La Plata participando en tutorías y jurados de tesis de investigación en salud, tanto de dicha Universidad como de otras Universidades del país. Contribuyó directamente a la publicación de tres libros sobre Medicina Comunitaria, Administración de Salud y Sistemas Locales de amplia difusión en la Región y de cinco manuales de evaluación de servicios de salud. Manifestó un claro liderazgo para la promoción de la Equidad en salud mundial mediante la creación de la International Society for Equity in Health.

ENTREVISTA CON EL DR. JAVIER VILOSIO, GERENTE DEL ÁREA TÉCNICA DE LA CÁMARA DE INSTITUCIONES DE DIAGNÓSTICO MÉDICO (CADIME)

1.- ¿Cómo encuadraría conceptualmente la Cobertura Universal de la Salud en la Argentina?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Cobertura Universal de la Salud (CUS) como *“el asegurar que todas las personas reciban los servicios que necesitan sin pasar penurias económicas”*. Es decir, cuando hablamos de cobertura universal con este enfoque nos referimos a que todas las personas tengan quién pague por la atención que requieren, de manera que la enfermedad no signifique el quebranto de la familia o directamente la imposibilidad de recibir asistencia médica.

Dado que se trata de un programa pensando en términos de la OMS en el mundo, parte de premisas y supuestos vinculados a países donde, por ejemplo, el gasto sanitario es muy bajo, o que no tienen garantizados -desde nuestra perspectiva-.ni siquiera servicios mínimos.

Si bien nosotros compartimos una visión crítica acerca de múltiples aspectos del sistema de salud argentino, éste no aparece como tan horrible en sus resultados cuando lo comparamos con los de muchas regiones y países del mundo. Nosotros planteamos que nuestro sistema de salud podría ser mucho mejor, pero en el mundo la realidad es otra.

La OMS enfatiza en la cobertura y plantea la CUS: tener quién pague por la atención de las personas cuando necesitan asistencia. Exhibe como ejemplos experiencias de financiamiento de salud en Ghana, en las ex repúblicas soviéticas, en países del centro de África y, por supuesto, también menciona los países con desarrollo mediano y alto.

En la Argentina tenemos quien paga por las personas que necesitan asistencia, tengan o no cobertura de la seguridad social, de la medicina prepaga o de los seguros. Y ese pagador, que está comprometido -política y formalmente- a través de nuestra historia institucional, es nada más y nada menos que el Estado. No sólo para los ciudadanos argentinos sino para cualquier persona que tenga contacto físico con territorio argentino.

Es decir: todas las personas que residen o transitan por el territorio nacional (argentinos o no) tienen derecho a recibir atención a sus problemas de salud en los hospitales públicos, sin pagar de su bolsillo.

Sin embargo, más allá de tener quién pague por la atención de nuestra salud, que todos tenemos, el problema más serio de nuestro sistema de salud es a qué servicios podemos acceder o no. Sabemos que cualquier bebé, niño o adulto que viva o pise territorio argentino tiene quien pague por su atención. El problema es que logre llegar a un lugar donde puedan proporcionarle la atención, y que si logra llegar reciba algún tipo de atención, y que si recibe algún tipo de atención sea la adecuada, en la oportunidad en que la necesita y en las condiciones de calidad que hoy son un estándar para cualquier ciudadano argentino o del mundo.

2.- ¿Podría delinear algunas cuestiones claves y en debate?

La política de CUS en la Argentina presenta una primera cuestión sujeta a debate: ¿Hablamos de cobertura o de acceso? Teóricamente todos tenemos cobertura financiera; nuestro problema es a qué accedemos y adónde llegamos. Este problema se plantea en los dos extremos. Muchos argentinos no llegan a recibir lo mínimo que necesitan y unos cuantos argentinos consumimos mucho más de lo que necesitamos aun a costa de nuestra salud. Ello significa que consumimos tanto que nos dañamos. Porque les recuerdo que hay un concepto que es la “prevención cuaternaria”, que dice: *“Hay que protegerse también de los daños que el sistema sanitario produce a las personas que sobre-consumen”*.

¿Qué sabemos de la política de CUS en la Argentina? El Decreto N° 908 del 02/08/2016 (BO 03/08/2016) es de por sí llamativo porque, siendo la CUS una política central de la Administración Nacional, viene adentro de un decreto que básicamente se refiere a otra cuestión: la restitución de la deuda histórica del Estado Nacional con la seguridad social.

En realidad ese decreto establece que se van a destinar -por única vez- ocho mil (8.000) millones de pesos para financiar la estrategia de Cobertura Universal de Salud (CUS). Es la primera vez que vemos la expresión CUS definida como estrategia en un documento normativo oficial, y dice que el referido importe se va a dedicar a determinadas finalidades.

Es la definición programática o el primer documento oficial que tenemos de qué es la CUS. La primera prioridad reside en **identificar**, porque si bien todos tenemos quien pague por nosotros, no lo tenemos nominalizado, no sabemos qué personas están incluidas en esa cobertura, por quiénes está pagando el Estado y por quiénes debería pagar, además, cada uno de los otros financiadores del sector. Entonces, parece muy razonable que si queremos estar seguros de que todos tengamos quién paga por nosotros, sepamos quién es ese responsable. De manera que la identificación es un componente fundamental.

Después va a surgir otro dilema. ¿Por dónde empezamos?, ¿Empezamos identificando, o empezamos fortaleciendo la oferta de servicios? Si bien parece difícil encarar ambas prioridades simultáneamente, quizás sería otra opción.

Parecería algo ambicioso (o retórico) decir que con los \$ 8.000 millones asignados a CUS, queremos mejorar los determinantes sociales de salud, así como desarrollar, equipar y poner en valor a los efectores.

En fin, son nueve títulos con los que es imposible no estar de acuerdo:

- Identificación, nominalización y documentación de beneficiarios de la Cobertura Universal de Salud.
- Mejoramiento de las determinantes sociales de salud.
- Desarrollo, equipamiento y puesta en valor de efectores públicos de salud.
- Fortalecimiento y modernización del sector público de salud.
- Acciones de Atención Primaria de la Salud.
- Desarrollo y optimización de las Redes Integradas de Servicios de Salud.
- Mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.
- Fortalecimiento de los recursos humanos en salud.
- Actividades de Promoción y Protección de la salud y medicina preventiva.

Es un programa muy amplio. Y desde la publicación del decreto estamos esperando alguna definición más fina, más granular, más desarrollada de estos objetivos, porque esto se va a financiar con el referido importe a través de un fideicomiso que se constituyó recientemente.

Es interesante también señalar que el importe asignado va a ser administrado por una unidad ejecutora integrada por seis miembros: dos designados por el Ministerio, dos designados por la Superintendencia, que depende del Ministerio, y dos por la CGT, que es una organización no estatal. Cabe señalar que en esta cuestión dialéctica – donde hay quienes cuestionan que se pretende privatizar la salud- estamos poniendo a administrar esto a una entidad privada como es la CGT. Cabe señalar que en la Resolución N° 840/2017, que aprueba la conformación, no incluye a ningún otro tipo de representante sectorial fuera de los seis definidos.

En el mismo decreto se dispone el destino de \$ 4.500 millones para un fondo de emergencia, que entiendo que empezó a ejecutarse con estas finalidades. Este fondo es para parte de la restitución de esta deuda con las obras sociales del sistema nacional, y la parte gruesa de la deuda se integró en un fideicomiso como bonos en el Banco Nación.

3.- ¿Cómo visualiza la pertinencia y oportunidad de la política de CUS en la Argentina? ¿Cómo se está avanzando con las provincias?

Apreciamos que el gobierno nacional dio un paso de enorme trascendencia política al saldar la deuda con la seguridad social argentina. Lo que a algunos nos suena como algo deslucido es que una política central del ministerio –como la del CUS- aparece a través de un par de artículos en un decreto focalizado en otra cuestión y muy poco desarrollada.

En junio de este año, efectivamente, se mencionó la Resolución N° 764/2017. Es una costumbre que cuando uno llega a un ministerio tan alejado de la práctica asistencial y de la vida real del sistema de salud, como es el ministerio de salud nacional, no de ahora sino desde hace muchos años, uno cree que emitiendo resoluciones y documentos cambia la realidad. Entonces, hay un listado de doce políticas instrumentales y prioritarias declaradas por una resolución. Es una pieza interesante. La número uno es la estrategia de Cobertura Universal de Salud pero que sigue sin definirse operativamente hasta este momento.

Una definición que tuvimos es que el Remediar fue reemplazado por CUS Medicamentos. Esto fue una definición que surgió a lo largo del año pasado. Todavía la transición no está terminada pero el CUS Medicamentos está funcionando bajo la misma lógica de Remediar.

El Ministerio avanzó en convenios con las jurisdicciones. Creo que está actualizada esta lista, pero entiendo que son 14 provincias que ya han firmado. ¿Qué firmaron las provincias? Básicamente se obligan a crear una estructura -dentro de sus respectivos ministerios- destinada a CUS, o sea para administrar lo que sería la gestión del CUS en el futuro; crear una cuenta bancaria, esto es obvio porque se supone que van a recibir fondos nacionales; articular sus programas provinciales a los objetivos del CUS; contar y mantener actualizada la nómina de beneficiarios CUS. El tema de la identificación: saber quiénes son solamente usuarios del sistema público porque no tienen otra cobertura. Y un sistema que determine en dónde: una red atención, de referencia y contra-referencia.

En realidad, es bastante penoso -y lo digo con la tranquilidad de haber gestionado el sistema público de salud en el interior de la Argentina- que todavía tengamos que hablar con las provincias de armar redes y armar referencia y contra-referencia. Esto es un concepto de fines de la década de 1950 y principios de la de 1960. Y todavía estamos con las redes de derivación, los niveles de complejidad (de fines de la década de 1950). Y todavía no lo tenemos concreto y claramente. El ministerio vuelve sobre el tema, porque todos sabemos que -más allá de la retórica- esto no funciona.

Fortalecer el primer nivel de atención es algo que no puede faltar en ningún documento y discurso sanitario de los años 1980 en adelante.

Respecto del Programa Nacional de Garantía de Calidad, que acaba de reformularse, hoy se publicó una resolución donde se le da una estructura distinta, más participativa; se están potenciando, inclusive, los objetivos y las incumbencias del programa nacional. Por supuesto, esto es en el papel, después hay que llevarlo a la realidad.

Garantizar el acceso oportuno a medicamentos. Es una cuestión que francamente hoy está más en manos del mercado que de la voluntad política, pero siempre tiene que estar, no hay duda.

Y el cofinanciamiento de la historia clínica digital. Claramente los sistemas de información son un objetivo prioritario y esto tiene que ser así. En el siglo XXI no podemos tomar ninguna decisión razonada si no disponemos de información cierta, y si no es en tiempo real, por lo menos en tiempo oportuno. Recordemos que, por ejemplo, en el tema de las vacunas los informes de vacunación se seguían pasando -por lo menos hasta hace pocos años- en papeles manuscritos y con varios meses de retraso. Desconocemos si hoy se halla informatizado en línea, pero sería imprescindible.

¿Qué dicen los funcionarios? El Dr. Rubinstein nos habló de una estrategia para la implementación, con un esquema secuencial similar al que propone la OMS cuando habla de CUS. En tres dimensiones: (a) ampliar la población con cobertura, (b) ampliar la cantidad de servicios ofrecidos, y (c) mejorar el financiamiento. Para ello es necesario comenzar: (a) categorizando los servicios: qué servicios, qué prestaciones son de alta, mediana y baja complejidad, en base a una serie de criterios por definir, (b) expandir la cobertura explícita de los servicios, (c) eliminar los pagos de bolsillo e incrementar el financiamiento prepago, (d) fortalecer los seguros públicos provinciales.

Ampliar el concepto de **líneas de cuidado** es, a nuestro modo de ver, superador de la idea de canasta de prestaciones o de PMO (concepto muy antiguo) o de listado positivo o negativo. Esta parece ser la definición de cómo se va a establecer, qué cosas se van a priorizar en el financiamiento público, y nos parece una experiencia muy interesante y muy superadora del listado.

Aparentemente serían proyectos presentados por las jurisdicciones y que este sexteto, cuatro funcionarios dependientes del Ministerio y dos representantes de la CGT, definirían cuáles de esos proyectos se financian.

Los funcionarios destacan que hay una continuidad de la lógica y de la concepción del programa SUMAR con la CUS. Esto es bueno si expresa una política de Estado con capacidad para recuperar aspectos rescatables de experiencias anteriores: *“Señores, venimos a hacer otra gestión de gobierno, pero somos capaces de recuperar y reconocer cosas que se venían haciendo bien y, quizás, las queremos hacer mejor, quizás las vamos a profundizar, pero estamos dando una continuidad en la concepción de la organización del sistema”*.

Si bien el Ministerio no lo plantea como una política de Estado, es muy razonable y muchos observadores de sectores podrían decir: *“Esto que ustedes dicen de la CUS es muy parecido a lo que venía del SUMAR y la verdad es que el SUMAR no estaba mal, y seguramente se podrán corregir muchas cosas”*.

4.- ¿Cuáles son los desafíos que visualiza hacia adelante?

¿Qué vemos para adelante? Nos quedan muchas dudas sobre la instrumentación y el financiamiento de la CUS. Algunos de nosotros tenemos algunas dudas sobre si empezar con las tarjetitas y la nominalización. Y esto lo decimos porque en varias jurisdicciones que suscribieron los convenios y algunos funcionarios nacionales, insistieron y difundieron la idea de la CUS como la tarjetita identificatoria de la cobertura, como que la famosa tarjetita es un valor en sí mismo. Entonces, uno se pregunta: ¿Lo primero es la tarjetita o lo primero es realmente fortalecer una red pública que, si bien tiene lugares de excelencia, tiene muchos lugares en muy malas condiciones de funcionamiento y de calidad? La tarjetita para acceder a servicios pésimos es un problema serio.

Es cierto que hay que nominalizar. Alguna vez tenemos que saber qué se le paga a quién, por qué, a cambio de qué y qué resultados obtenemos. Nada puede gestionarse, administrarse, ni en lo público ni en lo privado, si no sabemos qué hacemos, para quién y qué resultados obtenemos.

El problema del federalismo es gravísimo. Los que hemos trabajado en la gestión pública en el interior y en la Nación lo hemos vivido. Con el condimento gracioso que cuando los funcionarios son funcionarios provinciales son federales, pero cuando asumen como funcionarios nacionales se vuelven unitarios. Esto lo hemos visto muchas veces.

El marco político es un tema muy serio. Vemos que el planteo de la CUS implica, para nuestra cultura institucional y realidad política, un sacudón muy grande potencialmente en términos políticos.

El escenario político es complicado. En períodos electorales va a ser muy difícil discutir verdaderas transformaciones que no a todos van a conformar. Para bien o para mal tenemos un período electoral cada dos años y nosotros sabemos que en la Argentina ello significa una guerra despiadada donde los que estuvieron olvidan el pasado, donde los que están prometen el futuro, y donde valen todas las herramientas y artimañas de la pelea política. Sería catastrófico que esto bloqueara el desarrollo de las reformas que requiere la CUS que, claramente, van a ir mucho más allá de una gestión de gobierno, si es que se llevan adelante.

El último punto que tiene que ver con una gestión ministerial con escasa disposición comunicativa con la sociedad, que tiene poca presencia. El ministro no dice mucho acerca de estos planes. Se cuida mucho en los ámbitos donde se expresa. Pero este Ministerio o cualquier otro tienen muy poca capacidad de intervenir sobre las provincias, sea el COFESA, que está un poco sobrestimado. Es habitual hablar del COFESA como un órgano para alcanzar consensos respecto de las políticas. Pero como los ministros de Salud tienen una vida media muy corta en las jurisdicciones, es habitual que durante la gestión de un gobernador pasen dos, tres o cuatro ministros o secretarios de salud por las provincias, dado que no son los ministros preponderantes y con mayor peso político dentro de los gabinetes provinciales. El COFESA es un ámbito de acuerdos en el ámbito de los papeles que se firman, de la foto y de todas estas cosas que conocemos, pero el hecho de que se firme algo en el COFESA, no implica que se convierta en una política que después se continúe en la realidad en las jurisdicciones. Esto es un hecho de la realidad.

La posibilidad del Ministerio de Salud de incidir en las provincias depende fundamentalmente del financiamiento que pueda ofrecer, habitualmente financiamiento externo. La mayor parte del presupuesto del Ministerio de Salud se destina al funcionamiento de su propia estructura, como en casi toda la salud en la Argentina. Los ministerios gastan básicamente en personal entre el 70% y el 90% de sus presupuestos. Entonces, la gobernanza, la capacidad de rectoría, la capacidad de llevar adelante políticas y proyectos relevantes que requieren una alta capacidad de negociación parece ser, en general, más bien débil.

Desde la perspectiva de la cámara en la cual trabajo -nosotros representamos a prestadores pymes en la Argentina- estimamos como positivo un esquema de cobertura universal, es una política de salud que nos parece muy importante. Cuando somos precavidos respecto de los recaudos que tenemos es porque, al igual que en el tema de la Agencia de Evaluación de Tecnología, donde ya hemos expresado alguna opinión el año pasado, no queremos que estas estrategias fracasen.

DATOS BIOGRÁFICOS DEL DR. JAVIER VILOSIO

Médico, especialista en Medicina Paliativa. Master en Economía y Ciencias Políticas. Ex Secretario General Técnico del Instituto Provincial del Seguro de Salud, de la Provincia de Río Negro. Ex Secretario de Salud de la misma Provincia. Ex Subsecretario de Programas de Prevención y Promoción de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación. Profesor Adjunto de Salud Pública en el Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires. Subdirector de la Maestría en Gestión de Sistemas de Salud, Facultad de Medicina (UBA) – Fundación Sanatorio Güemes. Gerente del Área Técnica de la Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico (CADIME). Autor del libro Oportunidades Perdidas. Notas sobre política y reforma sanitaria en Argentina.

REFERENCIAS

En esta sección presentamos una selección de referencias documentales vinculadas con la temática central de este número: ***“Cobertura Universal de Salud en la Argentina: potencialidad y desafío”***

Hemos procurado reunir una muestra ilustrativa de aportes con diversas posiciones, perspectivas y focos.

Mediante el clickeo de uno de los títulos, el lector accederá al resumen del documento, el cual incluye el enlace al texto completo, así como los descriptores asignados al mismo (*).

Los títulos para acceder a los respectivos resúmenes y enlaces a los textos completos son los siguientes:

- Jornada Interdisciplinaria UCA-CADIME sobre Cobertura Universal de Salud y Evaluación de Tecnologías Sanitarias
- Argentina. Decreto 908/2016. Cobertura Universal de Salud (CUS)
- Argentina. Ministerio de Salud. Resolución 475/2016, 14/04/2016 (BO 06/05/2016: CUS: Accionar coordinado y mancomunado de programas de salud
- Argentina. PNGCAM. Decreto 178/2017. Obligatoriedad del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica
- Argentina. PNGCAM - Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Resolución MS N° 856-E/2017
- OMS: Cobertura sanitaria universal: Nota descriptiva
- OPS/OMS-México. Cobertura Universal en Salud: Lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México
- OPS/OMS: Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud: Hacia el consenso en la Región de las Américas
- OPS/OMS: Cobertura universal de salud en Latinoamérica
- Cobertura Universal de salud: el qué y el cómo.
- Salud en América Latina: enfoques basados en los derechos humanos
- Protección de la salud como un derecho ciudadano
- La cobertura universal de salud como imperativo moral
- América Latina: prioridades para la cobertura universal de salud
- Derecho a la salud: ¿cuál es el modelo para América Latina?
- Hacia la cobertura universal de salud: aplicación de una perspectiva de género
- La reforma de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud en América Latina
- La lucha contra la segregación social en la atención de salud en América Latina
- Determinantes sociales de salud, cobertura universal de salud y desarrollo sostenible: estudios de caso en países latinoamericanos
- Señalando el camino hacia la cobertura universal de salud: un llamado a la acción
- La cobertura universal de salud en los países de América Latina: cómo mejorar los esquemas basados en la solidaridad
- BID: Con pacientes empoderados se presta una mejor atención de salud
- BID: ¿Cómo innovan en salud los países de América Latina y el Caribe?
- La verdad y otras mentiras: La era de la anhedonia: La medicina y la pérdida del entusiasmo

- Cuando la clínica se convierte en una obsesiva acumulación de datos y la futilidad sustituye a la relevancia
- Lo más nuevo no siempre es mejor: Sobre la ineficacia de muchos de los nuevos y caros fármacos contra el cáncer
- Genómica en medicina: una guía práctica

Nota del Editor: El editor no se responsabiliza por los conceptos u opiniones vertidos en las entrevistas, artículos y documentos reseñados en este Boletín, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos entrevistados, autores o colaboradores.

STAFF BOLETÍN DPT

Director:

Sr. Guillermo Gómez Galizia.

Coordinador Editorial:

Lic. José Luis Tesoro

Asesor:

Dr. Carmelo Polino

ISSN 2525-040X