

No hay futuro sin un sistema público de salud fortalecido



Por Pablo Yedlin*

El desafío de un sistema federal mixto. Los riesgos de achicar o desfinanciar los programas de salud. La importancia en la formación de los recursos humanos y la financiación de las residencias sanitarias de calidad. Las nuevas oportunidades frente a una realidad compleja

El sistema de salud argentino es la resultante de un proceso histórico complejo. Su fragmentación y segmentación lo han hecho menos eficiente de lo que debiera ser y sin dudas menos equitativo.

La Constitución Nacional reformada en 1994 establece que el Pacto internacional de derechos económicos, sociales, culturales de las Naciones Unidas de 1966 es parte integrante de la misma. En ese pacto el derecho a la salud queda expresamente garantizado por el Estado. El esta-

do argentino es federal, por lo que los municipios, provincias y la nación quedan comprometidos a interactuar, coordinar y garantizar ese derecho.

Se escucha, con mayor frecuencia que la necesaria, que en la constitución de 1853 las provincias no delegaban “la salud” en la Nación en forma expresa, en realidad ni la nombraba en forma explícita; por lo que la responsabilidad de la misma es, si se quiere decir, exclusivamente provincial. Si bien esto es más que discutible, lo cierto es que la reforma de 1994 zanjó la

* Diputado nacional por la Provincia de Tucumán para el período 2023-2027. Ex Ministro de Salud (2007-2015) y secretario general de la Gobernación (2015-2017), de su provincia. Actual director de la Maestría y Especialización de Sistemas de Salud y Seguridad Social de la Universidad ISALUD.

duda, es el Estado en su conjunto, Nacional, Provincial y Municipal, el responsable final del derecho a la salud.

Ahora en sistemas de salud federales de financiamiento mixto, esto es todo un desafío. Podemos dividir, a grandes rasgos, las tareas del sistema público en dos, unas las que tienen que ver con “la salud pública” para toda la población; la vigilancia epidemiológica, el alerta temprano, las medidas de higiene y control ambiental, el control de la calidad del agua y de las excretas, las inmunizaciones, las restricciones al tránsito, el control de la calidad de la comida y bebida, el fomento de las actividades de vida saludable y, por otro lado, la atención sanitaria de los ciudadanos que no tienen cobertura social explícita es decir una obra social, financiada por aportes y contribuciones, o una prepaga abonada como seguro de salud privado.

La primera de estas funciones es un desafío en un país federal. Nuestro sistema público coordina las actividades con una reunión periódica denominada Cofesa (Consejo Federal de Salud) dirigida por el Ministro de Salud de la Nación (MSAL), con la presencia de los ministros de salud provinciales. Para atender esta primera responsabilidad a lo largo de los años el MSAL ha generado capacidades y programas “verticales” de enorme trascendencia, que se han coordinado con la actividad de las provincias.

El programa más relevante del MSAL es, por importancia sanitaria y por costos, el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). El mismo está regido por la ley 27491 y está estructurado en un calendario nacional de vacunación establecido por el MSAL por sugerencias no vinculantes, de un comité independiente de expertos (CONAIN) constituido por un “core” de 6 expertos sugeridos por el MSAL y representantes de

las sociedades científicas relacionada (Infectología, Pediatría, Infectología pediátrica, etc.), y representantes provinciales del programa, uno por región.

Ese calendario, así establecido para todas las etapas de la vida, que contempla a niños, jóvenes, embarazadas, adultos, adultos mayores, es el que integra el PAI. Las vacunas y los insumos para el mismo son compradas por la Nación (artículo 4 de la ley 27491) distribuidas en cada jurisdicción y administradas en los vacunatorios de cada provincia a la población objetivo. Otros programas similares son el de HIV/SIDA, tuberculosis, hepatitis virales y otras enfermedades de transmisión sexual; el programa de Lepra y el programa 1000 días, cuyos destinatarios son la mujer embarazada y el recién nacido, sobre todo los más vulnerables por su situación social o condición médica.

Un programa con más de 20 años de implementación es el denominado Remediar; a través del mismo desde el nivel nacional se distribuyen medicamentos en los efectores del primer nivel de atención. El mismo es un programa que envía, a más de 8000 centros de salud del país, un listado de medicamentos esenciales para ser entregados sin costo a la población asistida y cubrir el 80 % del requerimiento ambulatorio del centro de salud. Este esfuerzo de logística es aprovechado por los programas de salud sexual y procreación responsable, acceso a ILE/IVE, el programa de salud mental, entre otros; para la distribución de insumos y medicamentos.

Es función de la autoridad nacional además de estos programas, muchos de ellos protegidos por leyes específicas, la armonización de los estándares sanitarios, el control de los resultados de cada jurisdicción y el intento de generar buenos resultados sanitarios y equitativos. Le cabe además otra

“El programa más relevante del Ministerio de Salud de la Nación es, por importancia sanitaria y por costos, el Programa Ampliado de Inmunizaciones”

“La calidad de los efectores del sector público es variada, pero ha mejorado en forma irregular desde el 2003 en adelante, con altos y bajos. No es raro que en alguna provincia el efector de mejor calidad tecnológica sea el público”

gran responsabilidad en la producción de RRHH en salud a través de la fiscalización y financiación de residencias sanitarias de calidad, donde gran cantidad de nuestros especialistas se forman.

La coordinación nacional de la procuración de órganos para trasplantes, en el INCUCAI con sus sistemas de gestión, ha generado un sistema nacional transparente, fortalecido y en crecimiento en todo el país. La creación del Instituto Nacional de Cáncer y el de Enfermedades Tropicales, en los últimos años, han permitido mayor rectoría y coordinación; así como la posibilidad de generar áreas de investigación de altísimo prestigio.

La vigilancia epidemiológica y el rol de los laboratorios centrales de salud pública bajo la coordinación del ANLIS/MALBRAN también son fundamentales para la actividad del sistema, y no debemos olvidar el rol de rectoría en el registro de medicamentos que se realiza a través del ANMAT, cuyas capacidades no están replicadas en las provincias.

Lo que viene

La otra tarea del sector público de salud, la atención de los ciudadanos sin cobertura explícita es ejercida principalmente en las provincias. En general y con las diferencias e inequidades de nuestro país; cada jurisdicción establece un sistema de cuidado basado en atención primaria de salud, con puerta de entrada en centros ambulatorios cercanos a los domicilios, distribuidos en la geografía provincial, con una atención de médicos generalistas, enfermería, vacunación, pediatría y ginecología.

En general; si ese nivel de complejidad es superado, los pacientes son derivados a un segundo nivel que suelen ser Hospitales comarcales, pequeños que agregan algu-

nos estudios complementarios de imágenes y de laboratorio, la posibilidad de más especialistas, internaciones breves, y salas de Emergencia para estabilización (Shock room) y traslado. Superado este nivel los pacientes son derivados a hospitales de tercer nivel, con especialistas, laboratorios y servicios de imágenes de complejidad mayor, terapias intensivas y quirófanos.

Este esquema se repite en casi todas las provincias; y a diferencia de modelo de atención de la seguridad social, este está basado en un sistema de atención primaria y complejidad creciente. En algunas provincias gran parte de los efectores son de financiamiento municipal, mientras que en las jurisdicciones más pequeñas casi todo el financiamiento es directamente provincial.

La calidad de los efectores del sector público es variada, pero ha mejorado en forma irregular desde el 2003 en adelante, con altos y bajos. No es raro que en alguna provincia el efector de mejor calidad tecnológica sea el público. Tampoco que algunas prestaciones que se hacen en el Hospital público no se hacen en ningún efector privado de esa Jurisdicción. El sistema público atiende, muchas veces a ciudadanos que si tienen cobertura social, en ese caso el sistema estatal le factura a la obra social, a través de un nomenclador de Hospitales de Gestión descentralizada o por convenios específicos. En muchos lugares de la Argentina el único efector disponible es el público.

Como la complejidad de la atención médica no se detiene, los centros regionales o nacionales de altísima complejidad son necesarios. Esto ha generado redes de atención nacionales, como la que responde al programa de cardiopatías congénitas, que permite que el paciente sea derivado a la provincia más cercana donde la pres-

tación se realiza, llegando en los casos más complejos al Hospital Garrahan ubicado en la C.A.B.A., para su resolución. Muchas más de estas redes serían necesarias para desarrollar en las jurisdicciones capacidades intermedias y no derivar todo a Bs.As.; serían bienvenidas en temas como Oncología, Trasplantes, y otros.

El sistema público Argentino ha tenido un desafío enorme en la Pandemia de Covid19, a la que llegamos con la mitad de camas de terapia intensiva y respiradores que las necesarias; con un RRHH escaso, mal distribuido, mal remunerado y poco reconocido; con la dificultad de atender una enfermedad desconocida y mortal que obligó a establecer normas extremas de distanciamiento social muy resistidas pero inevitables; y encarar una campaña de vacunación masiva como nunca se hizo, con grupos de interés antivacunas establecidos, sobre todo en nuestro país, desde la política. Sin embargo los resultados fueron aceptables y comparables con países similares, incluso mejores que la mayoría de los regionales. Se pudo; por un enorme esfuerzo personal de miles y miles de trabajadores de la salud.

Oportunidades que se plantean en la actualidad:

- **Proyecto de Ley nuevo Cofesa**, presentado en ambas cámaras, para mejorar rectoría, presidido por el Ministro de Salud de la Nación, integrado por todos los representantes que intervienen en la salud del país, presidido por ministro de salud de la nación y compuesto por una asamblea federal de ministros provinciales, representantes del PAMI, la COSSPRA, la SSS, decanos de facultades salud públicas y privadas, representantes de prestadores de salud privados, colegios profesionales, representantes gremiales de salud, autoridades de las

comisiones de salud del Congreso. Emitiría decisiones vinculantes.

- **Proyecto de Ley nuevo PMO**, Definirá las prestaciones de salud independientemente de su cobertura sanitaria, público, seguridad social nacional y provincial y seguros privados de salud. Desarrollado por líneas de cuidado, con un modelo de atención basado en APS, y bajo estrictos protocolos terapéuticos basados en la mejor evidencia disponible. Que establecerá el límite exigible de prestaciones en salud, para homogeneizar las prestaciones garantizando equidad a través de un acceso a prestaciones basado en evidencias.
- **Trabajar para generar y optimizar redes de atención público-privadas para patologías complejas**, tomando como ejemplos lo avanzado en nuestro país en Cardiopatías Congénitas, donación y trasplante, CONE, etc.
- Controlar y asegurar el **financiamiento** per cápita del sector público intentando garantizar el acceso a prácticas de calidad de modo equitativo.
- Avanzar en un **Plan Federal de RRHH en salud**, consensuado entre todos los sectores.
- Trabajar en la **Interoperabilidad de sistemas de información** para la gestión integral de los datos y sanitaria.
- Acordar en avanzar de modo homogéneo entre todos los sectores de salud en la **implementación de nuevas tecnologías, de IA, y otras** que atraviesan actualmente al sistema y nos brindan oportunidades de optimización de la gestión sanitaria.

El sistema de salud argentino, al menos hoy, no se imagina sin un sistema público fortalecido; desfinanciarlo, achicarlo o ignorarlo sería un error de consecuencias muy serias. 

“El sistema de salud argentino, al menos hoy, no se imagina sin un sistema público fortalecido; desfinanciarlo, achicarlo o ignorarlo sería un error de consecuencias muy serias”