

Artículos

Replanteo frente a la Encrucijada en Salud

El capital biológico argentino y la dignidad humana ante una realidad de cambio

Katz, Ignacio.*

Urge la conformación de un sistema sanitario que, ante la situación de vulnerabilidad que sufre el usuario, garantice el acceso equitativo, el nivel de resolución oportuno, la calidad operativa y una asignación de recursos productiva y eficiente de todos los sectores. Para ello, el artículo conceptualiza el estado de la salud pública en la Argentina, analiza el derecho a un acceso equitativo a la salud y propone nuevas técnicas de gestión a partir de premisas y herramientas conceptuales. Detalla las funciones que debería cumplir el Estado en la nueva estructura sanitaria. Describe los componentes básicos de un Sistema Integrado de Salud y los modos de articulación entre ellos.

Palabras clave: Salud - Sistema - Financiamiento - Gestión - Informatización.

*"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"
El juego de lo posible
F. Jacob*

1. SALUD Y SOCIEDAD

Hablar de salud en la Argentina fue siempre hablar de "pobreza", como si el estado sanitario de la población no afectara también a quienes tienen dinero suficiente para costearse una atención privada. La idea básica que subyace es que los ricos también se enferman, pero que su cura no es un problema social. A lo largo de la historia, sin embargo, las epidemias han demostrado que la fragilidad humana no se resuelve sólo con dinero.

Cotidianamente, el estado de la salud pública afecta tanto a ricos como a pobres. Es una falacia pensar que si en los hospitales argentinos no hay gasa, o que si a los médicos se les pagan salarios indignos, sólo se verán afectados los llamados carenciados que deben recurrir a esos servicios. Pero el hospital no es solamente el lugar donde se atienden los pobres: es también un centro de investigación, tecnología y aprendizaje. En el Hospital se desarrolla el proceso vital de la medicina.

Las epidemias de este tiempo, tanto como las urgencias cotidianas o las emergencias causadas por catástrofes afectan sin distinción a todos los sectores sociales y, en verdad, el que enfrenta y soporta los costos de su atención es casi con exclusividad el hospital público. Desde ya, el impacto de su deterioro y la ausencia de un sistema de salud pública es mayor, en primera instancia para quienes no disponen de recursos económicos, pero tarde o temprano se hará sentir inevitablemente en el resto de la estructura social.

Así como la salud no es sólo un problema de pobres, la crisis actual de los sectores que deberían procurarla tampoco es el resultado de la

falta de dinero. No se necesitan más recursos sino más racionalidad en la asignación de los existentes.

Nadie se atrevería a cuestionar directamente el "derecho a la salud" de un semejante, pero son pocos los que saben de qué se trata y hasta ahora no se ha logrado traducirlo en acciones concretas.

2. EL DERECHO A LA SALUD

La imaginación popular cree que el "derecho a la salud" está escrito con grandes letras en nuestra Constitución. Pero la Constitución Argentina de 1853 no dice nada sobre salud. El artículo 14, que nombra los derechos de que gozan los habitantes de la Nación, no menciona entre ellos a la salud. Aunque resulte difícil de creer, la omisión de ese derecho fundamental que todos proclaman y postulan se mantiene hasta hoy, ya que la reforma constitucional de 1994 no lo tuvo en cuenta. Los constituyentes de todos los partidos y coaliciones políticas olvidaron incorporar el tema salud a la agenda del debate. Nadie se atrevió a preguntar si es necesario que una Constitución legisle sobre salud.

En otras palabras, la omisión no fue siquiera el fruto de un debate o la victoria de una postura opuesta al reconocimiento de este derecho; se trata más bien de un lapsus, por cierto muy significativo, para entender el lugar que ocupa la salud entre las preocupaciones de la clase política argentina. No obstante, es insuficiente que una Constitución hable de la salud: lo importante es qué dice. Esto es, qué significa "el derecho a la salud". ¿Cómo se puede garantizar a todas las personas el derecho a

(* Katz, Ignacio: Doctor en Medicina de la Universidad de Bs As.

estar sano, a no enfermarse? Obviamente, la salud en sí misma no puede garantizarla ningún Estado, asociación o individuo. Sin embargo la Constitución debe referirse al tema, no a través de un abstracto "derecho a la salud", imposible de cumplir en la práctica, sino garantizando el derecho al acceso equitativo al Sistema de Salud.

El desarrollo tecnológico y los adelantos de la medicina son tales que impedir a alguien el acceso al sistema de salud es directamente decretar su muerte por omisión. El "no hacer" en materia de salud constituye en la práctica un "dejar morir". Por ejemplo, la inexistencia de un plan nacional de vacunación influye e influirá en el destino de miles de niños y adultos; es un "no hacer" que puede conducir a la muerte, ya que no se garantiza el acceso al nivel de prevención con el que todo sistema de salud debe contar para el caso de enfermedades inmuno-prevenibles.

La salud no es una cuestión individual. Tampoco puede restringirse al tema del funcionamiento del hospital público o privado, ni pasa solamente por la reglamentación, control y certificación de la actividad de los distintos sectores que la componen. Su dimensión no se reduce a distinguir entre lo público y lo privado, pues su costo no tiene un límite individual sino social.

3. ACCESO EQUITATIVO

¿Pero de quiénes son, entonces, las responsabilidades sanitarias? En principio hay que comprender que se trata de una cuestión comunitaria que supera las relaciones entre individuos. Las decisiones sobre financiación y prestaciones pueden responder a opciones legislativas, pero la Constitución Nacional debe incluir el derecho al acceso equitativo al Sistema de Salud y es una responsabilidad intransferible del Estado asegurar su cumplimiento. La salud no puede transformarse en objeto de preocupación para el Estado, sino de ocupación responsable.

Hasta ahora, en materia de salud, lo "urgente" siempre ha relegado a lo importante. El resultado es que no se cumple con lo urgente ni con lo importante. Una ocupación responsable requiere la existencia de una autoridad sanitaria nacional capaz de orientar, coordinar y regular las acciones de interés público dirigidas a asegurar la protección de la salud colectiva, y un accionar estratégico y planificado que reconozca prioridades y concatene acciones.

Pero afirmar que la responsabilidad es del Estado no quiere decir, como lo entienden los apólogos de la gratuidad, que el Estado deba encargarse de todo y gratis. Tampoco se debe olvidar que la responsabilidad es delegable pero no transferible, ya que es un atributo esencial del Estado garantizar su provisión.

Las funciones más cruciales de supervivencia de una sociedad se desarrollan en forma colectiva. Si bien la sanidad representa una categoría tan amplia y diversa que no puede reducirse a una obligación

moral, pues se trata de uno de los aspectos primordiales de la existencia social, tampoco puede quedar limitada por simples definiciones de mercado. En este sentido, resulta llamativa la fórmula a la que recurrieron los constituyentes de 1994 en el único artículo en el que expresamente se menciona a la salud (Art. 42): "Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud (...)".

La naturaleza especial de los servicios de salud ayuda a explicar por qué todas las personas deben tener un acceso equitativo a esos servicios. Pero este planteo ético requiere que se definan los dos aspectos principales del concepto de acceso equitativo: el nivel de servicios de salud que debe estar a disposición de todas las personas y la medida en que puede imponerse una carga a quienes reciben esos servicios.

"Acceso equitativo" puede interpretarse de diversas formas: como igualdad de acceso, como acceso a cualquier servicio que un individuo necesite o del que podría beneficiarse, o como acceso a un nivel adecuado de servicios. Las características especiales de la atención de la salud exigen que todas las personas tengan acceso a algún nivel de servicios, que podría denominarse nivel adecuado de servicios de salud. No se trata de ofrecer todos los servicios beneficiosos ni de atender todas las necesidades. Este concepto parte de admitir que los recursos de la sociedad son limitados y que hay otros bienes además de la salud. Es decir, no implica una obligación ilimitada, imposible de cumplir en la práctica. Tampoco significa abandonar el empeño por asegurar que los servicios de salud estén efectivamente a disposición de todas las personas.

Desde ya, el alcance de lo que significa "nivel adecuado de servicios" dependerá del total de recursos disponibles en una sociedad y puede tomar en cuenta un consenso de expectativas sobre lo que se considera adecuado en esa sociedad específica y en un momento también determinado de su desarrollo histórico.

Contemplar entonces el hasta ahora negado derecho a la salud, la igualdad o la equidad en salud, en una política de gestión que se proponga metas reales de mejoramiento social, no significa otra cosa que garantizar a todos el acceso equitativo a un nivel adecuado de servicios sanitarios según la patología.

4. LOS COMPONENTES DEL SISTEMA

La estructura sanitaria está integrada por el Componente financiador, en el que se incluyen los ingresos fiscales, los aportes y el dinero de bolsillo; el Componente prestador, integrado por los sectores público, privado y de las obras sociales; el Componente proveedor, del que dependen los recursos humanos (médicos y paramédicos), los recursos tecnológicos y los insumos (medicamentos, material descartable, etc.); el Componente de los usuarios, incluidos los carecientes, los autónomos

y los que cuentan con la cobertura de la seguridad social; y finalmente, el Componente coordinador, que permite desarrollar una estrategia sanitaria que basa su acción, fundamentalmente, en el monitoreo asistido por la informática, y con las herramientas de la logística y de la comunicación. Todos estos Componentes deben ser equivalentes, armónicos y estar integrados bajo los criterios de regionalización, descentralización, departamentalización y articulación en red.

El Sistema de Salud se asemeja a un transportador o vehículo que se apoya en cinco ruedas. Para que ese "vehículo" avance y progrese, los componentes deben ser equivalentes y armónicos, y ello implica desarrollar una lógica del sistema sanitario que integre los criterios de regionalización, descentralización, departamentalización y articulación de una red según niveles de complejidad. La situación de inarmonía y la atomización e irracionalidad del actual "sistema" están dadas por la desarticulación de estos elementos.

El contexto en que se desarrolló esta desestructuración ha sido, en estos últimos 15 años, el resultado de una serie de factores, entre los que figuran la contracción de los recursos de las obras sociales -originada en el deterioro del salario real-, el aumento del grado de evasión de la economía, una demanda de servicios creciente, la incorporación de técnica e insumos (medicamentos, etc.) en forma acrítica, la especialización en el accionar médico, que actuó como fragmentadora al no estar acompañada por pautas de conexión, la inexperiencia e incapacidad de gestión y, por último, la ausencia de planificación estratégica que responda a una lógica sanitaria nacional.

Como base conceptual, es necesario señalar que el accionar médico no responde a principios físicos de causa-efecto; sí, en cambio, es producto de la percepción de diferencias -estáticas o dinámicas-, información que, al ser procesada, permite elaborar y discernir conductas a seguir. Una consulta médica es, en sí, una exploración y se completa con exámenes que posibilitan diagnósticos diferenciales -de sospecha, aproximación o certeza- que, a su vez, permiten formular esquemas de tratamiento.

Así como en medicina es indebido anteponer los problemas a las necesidades, la explicación a la comprensión y la acción al pensamiento, se torna indispensable aplicar el concepto de interdependencia, ya que naturalmente no son conducentes:

- deseos sin estructuras
- estructura sin sistema
- sistema sin función
- función sin órgano
- órgano sin finalidad

Hasta ahora, el enfoque tradicional considera la existencia de cuatro sectores -Público, Privado, Obras Sociales, Usuarios- con el accionar de cada uno impactando sobre el otro. En realidad, se trata de cuatro elementos (componentes de una estructura) que, en conjunto, conforman el Sistema de Salud: prestador, proveedor, financiador y usuarios. A

estos cuatro elementos tradicionales habría que añadir un quinto, el componente coordinador, con:

- Tres herramientas básicas (informática, monitoreo a cargo de expertos e historia clínica)
- Tres funciones (prevención, curación y rehabilitación)
- Un plan estratégico
- Una finalidad: hacer salud.

5. FINANCIAMIENTO

Como porcentaje del PBI, la Argentina gasta cerca del 8% en Salud. La cifra cae en el rango de los países de Europa occidental y está debajo del 13% aproximado de los Estados Unidos.

El gasto en salud y educación de nuestro país ha estado creciendo más rápidamente que otros gastos públicos. No obstante, en otros indicadores de salud como mortalidad infantil, la Argentina se ubica detrás de países con menor gasto en salud, como Chile y Costa Rica. Mayores gastos del sector privado y la ineficiencia de todo el sistema de salud, en especial en los sectores público y sindical, pesan en este mayor gasto *per capita* y en algunos indicadores de salud comparativamente más bajos en la Argentina.

El análisis del gasto en salud muestra claramente que el sistema sanitario argentino se basa en forma prevalente en recursos aplicados en el sector privado aunque, sin duda, resulta fundamental el rol que ejerce el sector público.

De allí la importancia de regular la gestión de modo prescriptivo - por ejemplo, a través de pautas de autogestión y descentralización que permitan superar las limitaciones y problemas derivados del carácter público de algunas organizaciones sanitarias- y las atribuciones y responsabilidades de cada sector.

Las propuestas deberían orientarse hacia el management, o gerenciamiento, e impulsar un cambio conceptual y organizativo en el área de Salud a partir de las siguientes premisas:

- a) aprovechamiento de todos los recursos sanitarios existentes, sean públicos, privados o de obras sociales, a fin de coordinar el sistema integrado que es propio del país;
- b) aplicación de fórmulas de gestión empresarial con participación de los sectores sociales. Si bien los centros sanitarios poseen características particulares, comparten con otras estructuras e instituciones aspectos comunes y universales en lo que se refiere a técnicas de gestión;
- c) ordenación regional que permita eslabonar una red según función y niveles de complejidad para el aprovechamiento de los recursos existentes y la detección racional de los inexistentes; esto permite una labor sanitaria homogénea y equitativa;
- d) elaboración de convenios pertinentes a fin de que la Red Prestacional deje de ser una expresión de deseos y se constituya en una herramienta

útil de asistencia sanitaria.

Una vez más, se destaca la necesidad de reforma del Estado con el objetivo de que éste asuma su labor, dirigida a:

- 1) orientación, planificación, normatización, evaluación, programación sanitaria -que abarque la atención médica en los niveles de prevención, curación y rehabilitación- y educación y promoción de la salud;
- 2) la regulación y fiscalización del sistema, de acuerdo con las normas constitucionales, articuladas con la política de seguridad social;
- 3) distribución de los recursos económicos en lo que respecta al financiamiento del sistema sanitario. Actualmente prevalece un sistema muy regulado en el sector estatal y totalmente desregulado en el sector privado que ha generado, por un lado, una demanda cautiva con limitada capacidad de elección del usuario (y, además, insatisfecha) y, por el otro, una sobreoferta anárquica de servicios que no responde a ningún plan de salud ni de gestión;
- 4) se sigue hablando de cobertura como si fueran etiquetas; de ahí que se señalen coberturas dobles (distintas obras sociales para un mismo individuo, o de un mismo grupo familiar) o triples, o cuádruples, cuando se agregan prepagas u hospitales públicos. De lo que no se habla es de que, así como es imprescindible focalizar el gasto, es necesario concentrar los aportes. Esta es la única variante para compensar económicamente al que preste efectivamente el servicio, de manera de evitar que el que lo realiza, pierda (aunque en realidad, la perdedora es la gente). Se deberían implementar formas correctivas, que vayan desde el *clearing* hasta convenios celebrados -para ser cumplidos- o distintas normas a convenir.

La lectura de la realidad es concluyente. Lo que no se puede hacer o, mejor, no se debe hacer es seguir así.

6. COSTOS CRECIENTES

Se afirma en forma corriente que el costo médico creciente es una cuestión inevitable por la confluencia de cuatro factores: el desarrollo de la tecnología instrumental, los medicamentos de mayor complejidad, la expansión de la población envejeciente y las enfermedades emergentes como el SIDA. Creo que esta afirmación no responde a ningún criterio basado en el rigor científico, sino que se trata, más bien, de una falacia que induce a pérdidas de tiempo y desvía la atención del núcleo central de análisis.

Sabido es que el avance científico-tecnológico se ha transformado en el camino obligado para salir del subdesarrollo. Es inadmisibles plantearse hoy que, para superar la actual crisis sanitaria, se deba prescindir de la biotecnología, el rayo láser o la informática, entre otros; tampoco se puede ignorar que la incorporación de los avances tecnológicos debe estar acompañada de una correcta asignación de los recursos económicos, a fin de no caer en la falsa opción que plantea una

oposición entre el empleo tecnológico y la profundización de apremios sociales. Es justamente el progreso tecnológico el que posibilita el control y la superación de dichos apremios. Como ejemplo de ello, basta comparar los costos -no sólo humanos sino también económicos- de resoluciones que, con el advenimiento de la tecnología, se vieron reducidos a la décima parte.

Pero se debe resaltar también que, en estos últimos años, la medicina cuenta con recursos tecnológicos más precisos y, al mismo tiempo, operadores menos capaces. De estas limitaciones tampoco es ajena la formación universitaria, que todavía no ha incorporado la normatización y sistematización del empleo tecnológico como parte de la rutina profesional, la que sólo se alcanza a través de la educación médica continua, desarrollada en forma orgánica.

Se suma a esto el magro presupuesto asignado a ciencia y técnica en el país, responsabilidad ineludible del Estado. En los países más avanzados, el 90 por ciento de la investigación básica es financiada por el Estado, directa o indirectamente. En investigación tecnológica y desarrollo, aproximadamente la mitad está a cargo del Estado y el resto en manos del sector privado. En algunos países esta proporción puede modificarse, pero el promedio es mitad y mitad. En la Argentina, en cambio, el aporte del sector privado a la investigación y desarrollo es escasísimo, siendo este sector el que se beneficia de los resultados de la inversión estatal.

La contradicción entre el gasto y la producción de salud en nuestro país se produce, principalmente, por la falta de relación armónica entre los componentes del sistema sanitario, lo que genera:

- *aplicación acritica de recursos (empleo indebido, innecesario o inoportuno);
- *falta de normatización y sistematización en su uso;
- *instalación de aparatología sin considerar las características demográficas, ni el flujo de pacientes, ni su grado de complejidad;
- *falta de desarrollo armónico de las capacidades humanas para su manejo y lectura, lo cual ahorraría insumos y posibilitaría una aplicación oportuna, capacitada y equilibrada.

A la luz de la desarticulación sanitaria y de la falta de normatización y sistematización en el accionar médico, se produce este estado de inoperancia crónica que se pretende ocultar bajo el juicio de "costo creciente inevitable". Es la informática el recurso tecnológico esencial en la actual situación y es, justamente, el recurso demorado en su aplicación.

En el área de salud, las consideraciones económicas van unidas a las decisiones médicas y éstas, de modo indisoluble, a la sistemática del trabajo. Se dice que la economía es "la ciencia de saber escoger". Esto vale en el área sanitaria si se articula con la atención médica la "ciencia de saber discernir", basada no sólo en conocer los recursos sino también en su aplicación oportuna; de ahí que las decisiones médicas deben ser

armónicas con las consideraciones económicas.

7. AUDITORÍA Y HERRAMIENTAS INFORMÁTICAS

La auditoría médica, en su tradicional rol de fiscalizador contable de los servicios de prestación médica, no es hoy más que una de las rémoras de un sistema de salud cuyas continuas crisis lo han tornado anacrónico, ineficaz, sin capacidad de respuesta frente a las perentorias necesidades de una población cada vez más desprotegida.

Para recuperar la salud del sistema debe plantearse una nueva concepción de auditoría médica que garantice su correcta articulación. El desarrollo de la auditoría debe fundamentarse en la contribución hacia una mejor atención médica y, por ende, una mayor eficacia, eficiencia y efectividad de los servicios y del sistema en su conjunto.

En este sentido la informática, recurso de fácil acceso en la actualidad, constituye la herramienta que permite la producción de conocimientos concretos a partir de la lectura de información y resultados operativos, orientando la toma de decisiones y el desarrollo de las políticas sanitarias. No se trata sólo de reunir y acumular datos o elaborar estadísticas: la información constituye hoy un recurso básico e imprescindible para cualquier acción de política sanitaria. En otras palabras: si no se conocen las patologías prevalentes de una determinada región sanitaria, ¿con qué criterio se implementarán las acciones preventivas o correctivas de salud? ¿Cómo pueden optimizarse los recursos aplicados al sistema de salud si no se conoce el número de profesionales, o el equipamiento disponible y su capacidad operacional?

No se puede reclamar un Plan de Salud y una estrategia acorde al mismo si no se cuenta con la información básica y aplicada que sostiene cada una de las decisiones. La herramienta informática, correctamente instrumentada como nodo del Sistema de Salud, posibilita:

- identificar fortalezas y debilidades de los recursos disponibles;
- generar indicadores de detección temprana de enfermedades;
- adecuar políticas de cooperación y complementación entre los componentes del sistema;
- diagnosticar la situación del estado de salud de la población, señalando tendencias;
- poner de manifiesto características sanitarias y posibilidades de transformación;
- disponer políticas de gerenciamiento que articulen la atención médica con la economía sanitaria;
- asignar transparencia al funcionamiento de todo el sistema de salud.

Como se dijo, la informática es una herramienta imprescindible para la acción, pero insuficiente si no está acompañada por una fuerte decisión política. Para lograr un cambio en materia de salud, se requiere un serio compromiso de la autoridad política que se base en dos premisas: decisión realista con una buena cuota de audacia y capacidad

de ejecución del proyecto.

Realismo y audacia son indispensables para recuperar credibilidad social y enfrentar un orden de situación dominado por intereses corporativos. Y capacidad de ejecución para que el proyecto se afirme sobre bases sólidas y nuevos cursos de acción. No se trata de efectuar meras correcciones a lo existente, ni de restaurar un supuesto sistema que ha sido responsable de la crisis actual. Se trata de una verdadera reingeniería, de un replanteo, con una nueva lógica conceptual, una nueva orientación normativa y criterios operativos diferentes.

8. NUEVAS TÉCNICAS DE GESTIÓN

Vale comenzar este apartado con la frase de Sarmiento: "Cuando aumenta la necesidad, disminuye la demanda." Un elemento destacable de la reforma sanitaria debería ser la introducción de técnicas de gestión que permitan lograr el desarrollo de una política sanitaria nacional.

Así, deberíamos distinguir medidas dirigidas a:

- control de la demanda y de la oferta, entendiéndose por la primera a las necesidades, que deben ser caracterizadas y ordenadas; y por la oferta, a la provisión de los recursos sanitarios;
- gestión de los centros asistenciales que basen sus decisiones en evidencias científicas fundamentadas en el análisis de las tecnologías sanitarias, lo que comprende:
 - sistemas de información
 - técnicas de diagnóstico
 - procedimientos terapéuticos
 - fármacos, etc.

Una gestión ineficiente puede ser más costosa que la impuesta por la presión asistencial generada por el aumento de una demanda indiscriminada.

Esto reconoce que el problema de la financiación no es el único que afecta a la sanidad argentina. No se trata sólo de poner más dinero, sino de gastarlo mejor.

Hoy el principio rector debería estar dado por la separación de la función del financiamiento y de la compra de servicios de aquella de estricta prestación.

El replanteo estructural deberá abarcar ambas áreas y posibilitar su armónica articulación, para enfrentar gradualmente el hecho de poseer recursos limitados en relación con la demanda potencial generada por la actual condición sanitaria.

La presente propuesta supone un intento de integrar el conjunto de experiencias desarrolladas en un proyecto cuyo enfoque es globalizador y progresivo. Se trata de plantear un entorno de macrogestión que posteriormente permita el desarrollo de espacios de mesogestión y microgestión presididos por una misma lógica de reforma. Clásicamente, un modelo global de sistema de salud se descompone a

efectos de análisis de los mecanismos de funcionamiento, toma de decisión y abordaje de propuestas de reforma, en tres componentes de su estructura:

A- La Macrogestión del sistema.

B- La Mesogestión.

C- La Microgestión.

A- Macrogestión

El Estado debe mantener un papel regulador en el sector salud, habida cuenta de su función de garante de los derechos de los ciudadanos respecto de un valor que la sociedad considera fundamental como es la promoción y mantenimiento de la salud. Esta característica (mantenimiento y promoción), que es común a otros derechos de los ciudadanos, es especialmente relevante en el sector salud, en la medida en que entre la percepción de necesidad del ciudadano demandante y la articulación de medidas sanitarias y prestación de los servicios médicos existe un conjunto de decisiones de carácter técnico muy cualificado, cuyo alcance, beneficio y adecuación son difícilmente apreciables por el propio usuario de los servicios.

El conjunto de medidas que un Estado define de cara a regular la intervención de todos los agentes implicados en el sector salud de acuerdo a que los recursos asignados tengan un valor de coste oportunidad más alto y a una eficiencia de asignación, se conocen como medidas de macrogestión.

Este conjunto de medidas abarcan aspectos como la regulación (disposiciones acerca del marco de relaciones entre los distintos agentes), planificación de salud, planificación de servicios, sistema de financiación y de asignación de recursos a los proveedores y sistema de evaluación.

Las medidas de macrogestión suelen verse reflejadas en leyes. Es el caso de las Leyes Generales de Salud, de distintos países o desarrollos legislativos de igual calado. En ellos se describen con carácter general, los derechos de los usuarios, las coberturas de servicios, el sistema de financiación, el peso de los distintos proveedores en un sistema (atención primaria vs. hospitales), y la relación entre ellos. Estas leyes también suelen contemplar los mecanismos a través de los cuales el Estado va a establecer los sistemas de control, fiscalización y tutela del sistema. Un aspecto central suele ser el papel que el Estado o las autoridades públicas se reservan en la definición de la manera en que se van a realizar las funciones de financiación, asignación, compra, aseguramiento y provisión.

Las tendencias más recientes en este sentido apuntan a la necesidad de diferenciar todas estas funciones y a realizarse cada una de ellas desde entidades distintas, con algún grado de agrupación. En definitiva, podríamos decir que la mayoría de legislaciones recientes, recogen la necesidad de separar claramente las funciones de financiación de las de

provisión de servicios, integrando según los distintos países a la función de financiación, la de asignación, compra o aseguramiento. Esta tendencia obedece a la apreciación de la influencia que sobre un sistema de salud ejercen los proveedores, a la hora de imponer sus necesidades de financiación a las de otras necesidades de los ciudadanos.

Las decisiones de macrogestión conforman uno de los componentes más importantes del entorno que condicionan el desarrollo de medidas de optimización en las estructuras de los proveedores.

B- Mesogestión

El conjunto de medidas que contribuyen a mejorar el rendimiento de la capacidad instalada y de los recursos implicados (eficiencia técnica) constituyen el espacio de la mesogestión; y los instrumentos que desarrollan sus capacidades son instrumentos comunes a una buena parte de los utilizados en el mundo empresarial, probados en otros sectores de la producción industrial y de servicios y específicamente adaptados a las empresas que desarrollan su labor en el sector salud.

Los planes estratégicos de empresa, los planes operacionales de empresa, los organigramas y definición de los circuitos de información y sus correspondientes niveles de decisión, los sistemas de costeo y facturación, los mecanismos de dirección por objetivos y los planes de capacitación y motivación de los recursos humanos son ejemplos de los contenidos que se abordan desde el nivel mesogestor, con el objetivo de hacer a los hospitales o la atención primaria más eficientes y así prepararlos para competir ya sea en recursos, en calidad o por los clientes.

La experiencia demuestra que cualquier reforma que se emprenda en este nivel, que tenga como objetivo reposicionar a los hospitales u otras estructuras de servicios de salud de acuerdo a los esquemas definidos por el nivel macrogestor, requiere crear el compromiso de todos los elementos implicados en su desarrollo. Esto es, requiere desde un inicio crear las "complicidades" necesarias para que el entusiasmo de las personas implicadas venza las previsibles resistencias que cualquier proceso de cambio a menudo conlleva.

Este proceso debe incorporar, por tanto, elementos de capacitación para el desarrollo y funcionamiento autónomo (*empowerment*), de modo que las metodologías interactivas entre los directivos y responsables de todas las áreas y la transferencia tecnológica de la empresa consultora alimenten continuamente el proceso de cambio y el desarrollo y aprendizaje de las habilidades requeridas para su completo éxito.

C- Microgestión

Las decisiones que afectan a la esfera clínica son las que habitualmente se agrupan en el espacio de microgestión o gestión clínica. La acomodación entre estas decisiones y las necesidades y limitaciones financieras del centro es uno de los principales retos a los

que se enfrentan los gestores de las estructuras de servicios de salud. Estas decisiones comprenden un volumen de recursos extraordinariamente alto, en la medida en que sobre ellas gravita la asimetría de información entre el paciente y el médico, y a menudo también entre el médico y las propias estructuras gestoras del hospital o centro de atención primaria, dada la alta especificidad de la tecnología implicada.

Esta propuesta no privilegia la técnica sobre el humanismo. Procura revertir el falso criterio de que para conseguir una economía sana, es necesario producir hombres enfermos. Por otra parte, es digno de resaltar el efecto denominado "Enfermedad Baumol de los servicios", por el cual un gasto inapropiado funciona como una sustracción a la renta del país, afectando a otro sector prioritario en el desarrollo nacional.

Quienes por ser médicos estamos familiarizados con el método científico, sabemos que, cuando se analizan los problemas humanos, hay que partir de los hombres y no del hombre, considerado en abstracto y en forma individual. Esto significa partir de una pluralidad que ponga en evidencia el mapa sanitario evaluado a través de la experiencia, lo que se denomina "investigación-acción".

El cambio que pregonamos requiere mucho más de pequeñas realizaciones que de grandes proclamas, de políticas de gestión más que de enunciados generales. En síntesis: de cambios en la conducta de trabajo.

La gestión no es la resultante de un manejo de recetas, sino de la aplicación de un esquema terapéutico elaborado por una planificación estratégica-operativa.

La gestión lleva involucrado el concepto de riesgo. Debe, por ejemplo, afrontar varios desafíos. Por un lado, el de abocarse a preservar el sentido colectivo utilizando el sentido común. Por otro, el de conjugar el derecho público con el privado, cuando el primero restringe el margen de maniobra. Y por último, el de superar la llamada "corriente neoliberal" (diría Karl Popper que "un mercado libre sólo puede existir en el marco de un orden jurídico creado y garantizado por el Estado"). La resolución exitosa de estos desafíos es necesaria para desembocar en los grandes objetivos de la equidad, la eficacia y la eficiencia.

El rechazo al cambio pasa por la imposibilidad de imaginar otra cosa que no sea lo que siempre se ha hecho. En general, las estructuras se oponen al cambio hasta el día en que ese cambio se convierte en cuestión de vida o muerte. Pero todo cambio constituye un proceso de decisión en el que debe prevalecer la finalidad de preservar la condición humana. Para emprenderlo, hay que superar el temor.

El desafío es limitar el razonamiento determinista y mecanicista, y dar paso al pensamiento que comprenda los sistemas complejos, como el que representa un sistema integrado de salud, en el que la participación

de todos los componentes técnicos y humanos estén al servicio de un único fin: posibilitar el acceso al cuidado del pueblo soberano.

9. SISTEMA INTEGRADO DE SALUD

Un sistema es una unidad que incluye una estructura de retroalimentación y es, por lo tanto, capaz de procesar información. También puede definirse como un conjunto de elementos que están relacionados de manera tal que a) el conjunto se comporta como una unidad; b) una alteración en uno de los elementos implica una alteración en todo el conjunto. Estas dos características se deben a que en un sistema los elementos se hallan relacionados entre sí por interacciones multivariadas.

En un sistema de salud sano, la incorporación de avances tecnológicos debe estar acompañada de una correcta asignación de recursos económicos, basada en la validación científica que permita el ahorro de insumos así como una aplicación oportuna, capacitada y equilibrada. En Argentina, en cambio, la falta de una relación armónica entre los componentes del sistema sanitario generó una aplicación acrítica de recursos; la falta de normatización y sistematización en su uso; la instalación de aparatología sin considerar las características demográficas, el flujo de pacientes o el grado de complejidad; y la falta de preparación para su manejo y lectura. No debe olvidarse, en este sentido, que a partir de la década del '70 se dio una transformación en los modos de producción que modificó la relación médico-paciente y la convirtió en una relación de oferta-demanda, con lo que se desplazó el lugar del médico como unidad del sistema, al menos en su rol de mano de obra intensiva.

Con el correr de los años, se fue conformando en nuestro país un verdadero sistema de salud. Sus rasgos principales son la irracionalidad, la fragmentación, el deterioro de la capacidad de gestión, la ausencia de una interacción armónica de sus componentes y la de una planificación estratégica que integre los recursos de los distintos sectores y responda a una lógica sanitaria nacional.

Esta situación impone con urgencia la adopción de nuevos criterios que se sustenten en una concepción médica distinta, que parta de nuestro mapa sanitario y sus características epidemiológicas, y que se base en la evidencia científica, en una nueva ingeniería financiera, y en nuevas técnicas de gestión. Estos son los criterios que deben converger en la conformación de un Sistema Integrado de Salud.

Los principios guía del sistema de salud son asegurar la equidad, la eficacia de las acciones y la eficiencia en la prestación de los servicios. Por equidad entendemos que cualquier habitante del país tenga acceso a los recursos sanitarios según sus necesidades y no según su capacidad de compra. Por eficacia entendemos la capacidad para lograr algo en condiciones ideales de laboratorio, mientras que la efectividad es la

capacidad de lograr algo en condiciones reales. Lógicamente, la efectividad es menor, o a lo sumo igual, a la eficacia. A su vez, la eficiencia es la efectividad dividida por los recursos necesarios para lograrlo

Hoy, la organización de la salud pública requiere un Acuerdo Sanitario que posibilite la planificación, evaluación y diseño, tanto de políticas de salud como de políticas de gestión. Es decir, que incluya la planificación estratégica y la planificación operativa.

Este Acuerdo debe involucrar a la totalidad de los componentes de la fórmula de la Función Sanitaria: el Componente financiador, el Componente prestador, el Componente proveedor, el Componente de los usuarios, y finalmente, el Componente coordinador. Todos ellos deben ser, como decíamos antes, equivalentes, armónicos y estar integrados bajo los criterios de regionalización, descentralización, departamentalización y articulación en red.

La constitución de un verdadero sistema de salud se ha convertido en el desafío fundamental de la política sanitaria en la Argentina. Esto es particularmente cierto cuando se habla del acceso al sistema de salud, un derecho que las democracias más avanzadas garantizan a sus

ciudadanos. Para que ello suceda, sin embargo, no alcanza con que ese derecho haya sido consagrado; es necesaria también la existencia de una organización sanitaria, de un sistema, que haga posible su ejercicio.

Hoy, más que nunca, es necesaria la conformación de un sistema sanitario que, ante la situación de vulnerabilidad que sufre el usuario, garantice el acceso equitativo, el nivel de resolución oportuno, la calidad operativa y una asignación de recursos productiva y eficiente de todos los sectores.

Frente a la irracionalidad, la fragmentación, el deterioro de los recursos físicos y humanos, y de la capacidad de administrarlos y de gerenciarlos, que conforman el síndrome de nuestra decadencia en la materia, se impone la necesidad de una estrategia dirigida a fundar una nueva estructura y a instalar una nueva cultura médica y de gestión, capaz de planificar acciones, integrar los recursos de los distintos sectores y responder a una lógica sanitaria nacional.

El Dr. Ignacio Katz es Doctor en Medicina por 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 de Salud y Miembro de la Comisión Normalizadora del Hospital Posadas. Actualmente es Coordinador del Proyecto PNUD de Fortalecimiento del Sistema de Cobertura de Salud de la Población del Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto.

Escribió numerosos trabajos sobre medicina y sobre política sanitaria, entre los que se destacan *Salud, crisis y reforma del Estado (1991)*, *Replanteo frente a la encrucijada en salud (1997)*, *Al gran pueblo argentino, salud (1999)*, *La ciudad invita a pensar (1999)*, *La fórmula sanitaria (2003)* y *Argentina Hospital. El rostro oscuro de la salud (2004)*. Además, publicó decenas de artículos en la prensa periódica, por ejemplo en las revistas "Encrucijadas" (de la UBA), "Noticias" y "Médicos", y los diarios "La Nación" y "Clarín".

En el año 2005 recibió el premio "Vocación académica" en mérito a su destacada trayectoria profesional, a propuesta de un jurado conformado por Rectores y Decanos de universidades e institutos terciarios.

El Dr. Ignacio Katz es Profesor Titular de Introducción a las políticas sociales y sanitarias en la Maestría en Economía de Salud y Administración de Organizaciones de Salud de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de La Plata.