

el cooperativismo en salud, una presencia necesaria

Durante los días 11 y 12 de marzo de 2004, se realizó el encuentro de dirigentes y líderes de entidades solidarias, bajo el tema «El cooperativismo en salud, una presencia necesaria», organizado por la Federación Argentina de Entidades Solidarias de Salud Coop. Ltda. (FAESS), y auspiciado por el Instituto Movilizador de Fondos Cooperativos y Cooperar (Confederación Cooperativa de la República Argentina). Participaron como expositores en el mismo: el Licenciado Leonardo Bleger, Economista Jefe del Banco Credicoop Cooperativo Ltda.; el Dr. Raúl Barr, Presidente de la Obra Social de Trabajadores de Prensa de Buenos Aires, el Dr. Ricardo López, Presidente de FAESS; el Dr. Rubén Torres, Superintendente de Salud; directivos de los cuatro centros primarios Unisol Salud; el Dr. Jorge Ochoa, Presidente de Femeba; el Dr. Josep Oriol Gras, Presidente de la Fundación Espriu; el Sr. Luis María Rodá, Patrono de la Fundación Espriu y Presidente de la Cooperativa de Consumidores; el Dr. Almir Adir Gentil, Director de Marketing y Desarrollo de Unimed Brasil. Luego de un debate que abarcó diferentes aspectos de esta problemática, en el que intervinieron autoridades del sector cooperativo solidario, se dio lectura en un acto formal de cierre, convocado con el lema: «Cooperativismo en salud: una presencia necesaria. En marcha hacia el Congreso Argentino de la Cooperación», a un documento final emitido por las comisiones de FAESS. Compartimos en esta revista las intervenciones centrales realizadas en el encuentro.

Palabras de Apertura

Dr. Ricardo López¹

En principio, queremos agradecer la presencia de importantes directivos de entidades vinculadas al sector cooperativo, al sector gremial médico y a una parte del sector mutual. Nuestro objetivo para este seminario es informar y capacitar a los dirigentes, directivos y líderes de las entidades solidarias con la finalidad de mejorar sus conocimientos sobre gestión solidaria en salud. Para ello, hemos invitado a varios especialistas, quienes disertarán, a lo largo de dos jornadas, sobre distintos aspectos del tema que nos convoca. Durante la primera jornada, escucharemos al Economista Jefe del Banco Credicoop, Licenciado Leonardo Bleger, quien se referirá al tema «Situación económica y social en la Argentina», y al Dr. Raúl Barr, Presidente de la Obra Social de Trabajadores de Prensa y directivo de FAESS, quien hablará de «Las Obras Sociales en la Argentina». Asimismo, contaremos con la presencia del Dr. Raúl Torres, Director de la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación, quien se referirá a la situación del Sector Salud en la República Argentina. Por último, tendremos el relato de la experiencia de los Centros Primarios Unisol Salud que se han desarrollado en las provincias de Buenos Aires, Santa Fe y Misiones, en la voz de sus propios actores.

Durante la segunda jornada, podremos conocer el funcionamiento del cooperativismo sanitario en España, a través de la experiencia cooperativa de la Fundación Espriu (Barcelona), y en Brasil, a través de la experiencia de Unimed, la empresa cooperativa y de salud más importante de este país.

Por nuestra parte, los directivos de FAESS debatiremos los documentos y las ponencias a presentar en el Congreso Argentino de la Cooperación, donde plantearemos los campos en los que creemos, por lo realizado y por lo que se puede llegar a efectuar en el futuro, el sector cooperativo puede tener una presencia destacada.

Finalmente, quiero invitarlos a participar del debate que llevaremos adelante con el Dr. Jorge Ochoa y el Dr. Carlos Jañez (Presidente de la COMRA y directivo de FAESS) y quien les habla, sobre el sistema de salud que necesitamos los argentinos, particularmente en un momento tan complejo como el que atraviesa el país en la actualidad. Muchas gracias.

(1) Presidente de FAESS.

Situación económica y social en la Argentina

Leonardo Bleger²

Esta intervención tiene como objetivo principal proporcionar el contexto en el cual se produce el debate acerca del tema de la salud en la Argentina. Para ello, recorreremos brevemente todos los aspectos de la realidad económica y social de nuestro país que conforman ese contexto.

El Producto Bruto Interno

La primera medición es la evolución del producto bruto: la gran caída y el comienzo de recuperación. El año 2003 termina con un crecimiento sorprendente para todos, del orden del 8,8%, y los pronósticos para el año 2004 hablan de un crecimiento de entre el 6 y el 7 %, e incluso más. Sobre esta velocidad de recuperación valen la pena varios comentarios. Está claro que la velocidad de recuperación tiene que ver con las grandes caídas. No se trata de restar méritos a la política económica; pero, en general, después de grandes caídas, un proceso de normalización de las variables fiscales y financieras permite la recuperación. La Argentina no estaba destruida después de una guerra o un terremoto. No estaban destruidas sus fábricas; tampoco faltaba gente para trabajar. Argentina tenía fábricas paradas y gente desocupada, pero las tenía. Es decir, tenía producto potencial, que está conformado por lo que el país potencialmente puede crecer, gracias a los recursos materiales, humanos y naturales para hacerlo. Por lo tanto, lo que hacía falta era una normalización de las variables fiscales y financieras, una baja inflación y un ordenamiento político. Cuando se normalizaron las variables, buena parte del producto de la caída empieza a recuperarse; si bien todavía no se ha recuperado la totalidad de la caída. Ahora, si uno las mide por habitante, las caídas son mayores; porque no sólo cae el producto bruto, sino que aumenta la población, con lo cual la caída del producto bruto *per capita* es mayor. Esto significa que estamos todavía más lejos de la recuperación; porque, a mayor cantidad de población, hay necesidad de mayor cantidad de fuentes de trabajo y de más ingresos para una mayor cantidad de gente. En la industria, ya estamos en niveles próximos a los del momento previo a la crisis; porque en esta recuperación, la actividad fue liderada

(2) Licenciado en Economía. Economista Jefe del Banco Credicoop Coop. Ltda.

por la industria: lo que se dio fundamentalmente fue un proceso de sustitución de importaciones. Con la gran devaluación, no se podía traer de afuera, y después de muchos años de gran importación había que producir.

La velocidad de recuperación de la industria tiene que ver, en parte, con que estaba la capacidad industrial; en parte, con que había trabajadores; y también, en parte, por la agilidad de los empresarios argentinos, por su velocidad de adaptarse a la situación, y porque hay un gran empresariado nacional, pero también uno pequeño y mediano muy atento a la situación y capaz de desarrollar nuevos emprendimientos, de responder rápido.

Entre el 2001 y el 2002, se empezó a hablar de la posibilidad de que hubiera desabastecimiento; se decía que por la cantidad de productos que venían desde el exterior y por cómo se había sustituido a los productos nacionales, quizá no iba a haber productos nacionales para abastecer las necesidades. Eso no pasó. En gran medida, por la velocidad de respuesta de la industria y del empresariado, lo que es un tema importante.

Esto se vincula también a un debate que comenzó ahora y que tiene que ver con medir cuáles son las posibilidades de recuperación de la actividad: en qué medida se trata de una recuperación, de un rebote después de una gran caída, y en qué medida es el inicio de un proceso de crecimiento. Gran parte de la respuesta estará en la variable de la inversión: para la recuperación alcanza con la capacidad industrial que existe, las empresas y los trabajadores que existen; pero, para crecer en forma sostenida -ya que va a haber un momento en que se va a agotar la capacidad instalada ociosa y los trabajadores calificados que estaban formados-, va a ser necesaria una mayor inversión y la formación de mayor cantidad de trabajadores calificados que quedaron sin demanda durante la época de la convertibilidad y de sustitución de importaciones. Yo calculo que esto puede ocurrir finalizado el 2004.

Todo esto surge de la medición de la relación entre la inversión y el producto bruto total. El producto bruto, el ingreso de un país, se destina al consumo, a la inversión, a las importaciones. Lo que mide esto es cuánto del ingreso se destina a la inversión, a comprar maquinaria, inmuebles, que permitan hacer crecer la capacidad productiva del país y asegurar un crecimiento hacia el futuro. En el año 1998, alcanzó un máximo del 22%. Hay que pensar que, para la Argentina, ése es el nivel de relación entre inversión y producto bruto, entre inversión e ingresos que hacen falta. Países que

tienen un ritmo sostenido de crecimiento están en 22, 23, 24 % de la inversión sobre el producto bruto. En Argentina, en el año 2002, se desplomó al 10%. Ahora, estamos en un proceso de recuperación, llegando a fines del año 2003, y según los últimos datos, cerca del 16%, con lo cual la tendencia es buena; pero hay que asegurar el volver a niveles del 20, 22%.

La otra cuestión que valdría la pena discutir es qué tipo de inversión se realiza. No es lo mismo invertir en servicios públicos, como se hacía en la Argentina -en ciertos servicios públicos que no son exportables-, que invertir en inmuebles, o que invertir en industria. No porque uno sea mejor que otro; pero tiene que haber un desarrollo equilibrado. No es lo mismo construir en Cariló que construir hospitales. En primer lugar, se debe ver la cifra global y luego la calidad de la inversión y qué es lo que se necesita. Esto es lo que, de alguna manera, falta en la Argentina. Nuestro país todavía no tiene planes ni programas de desarrollo sobre en qué volcar los recursos públicos, en qué especializarse. Si bien recién salimos de la crisis, y puede pensarse que es demasiado temprano para pensar en estas cosas, indudablemente es el momento de empezar a hacerlo. Debería instalarse un ámbito en el gobierno para discutir a fondo alternativas y propuestas en el terreno de la salud, de la industria, del agro, entre muchos otros, para después presentar cuál es la posición del gobierno y confrontarla con la de distintos sectores de la sociedad vinculados. De alguna manera, eso es lo que no ha habido en la Argentina.

En los '90, la explicación era que el mercado libre sólo podía establecer lo que era mejor. Está claro que eso fracasó y que hay que empezar a reemplazarlo por un Estado que elabore propuestas, que haga diagnósticos y que dé participación a la sociedad para desarrollar programas adecuados.

El comercio exterior

Pasemos ahora al comercio exterior: ¿qué es lo que pasó con el tema de las exportaciones e importaciones? Al margen de las fluctuaciones cíclicas que a veces se dan por los meses o por estacionalidad, si se quiere ver la tendencia, lo que tenemos es una leve tendencia de crecimiento de las exportaciones, lo cual muestra un elemento importante: no alcanza sólo con la devaluación o con un tipo de cambio favorable para exportar, sino que lo que hace falta es desarrollar toda una actividad de exportación apoyando a las PyMEs, dando apoyo para la colocación de los productos argentinos en el exterior, poniendo la marca argentina; algo que nunca se hizo y se tiene que

hacer. El tipo de cambio competitivo ayuda, pero no es suficiente. Los mayores cambios se dan en las importaciones: hay claramente una enorme caída y después un proceso de recuperación (cuando se recupera la actividad, normalmente se recuperan las importaciones; porque la actividad industrial, de servicios, necesita de insumos industriales muchas veces importados y equipamiento para poder desarrollar su actividad). Está claro que lo mejor no es exportar y no comprar nada; ningún país puede funcionar así. De lo que se trata es de que la canasta de exportación sea equilibrada y no haya sólo petróleo y soja, sino también valor, trabajo argentino, servicio, diseño, industria, servicios de todo tipo, y que se importen aquellos recursos naturales que no tenemos, equipamientos que aún el país no está en condiciones de fabricar, ciertos insumos químicos y siderúrgicos que tradicionalmente el país importó porque no tiene. Un intercambio como tienen los países desarrollados es lo que debería construir la Argentina.

Decimos que hay un crecimiento de las exportaciones. Faltaría decir que en la recuperación de la economía argentina y en la recuperación de las exportaciones, hay una situación que internacionalmente para nuestro país es espectacular. Indudablemente, eso también es un elemento favorecedor en la salida y no va a durar para siempre. Por ejemplo, teniendo en cuenta desde el '80 hasta ahora, el precio de la soja está en valores récord. Es decir, hay algunos elementos estructurales de mediano plazo que son positivos, y que se derivan de la incorporación de nuevos compradores en el mercado mundial. China, India y otros países asiáticos han empezado a ser grandes compradores de soja, fundamentalmente para la alimentación de ganado, lo que se ve favorecido por el «mal de la vaca loca», que hace que algún tipo de alimento que tenía productos animales deba ser sustituido por soja. Por ahora, todo va en el sentido de la soja. El crecimiento fue espectacular, pero hay que prepararse para momentos de caída y ser conscientes de que estamos viviendo una situación de precios y de un mercado internacional muy particular. Las tasas de precios internacionales bajísimas hacen un contexto para Argentina extremadamente favorable, pero que no hay que considerar que será eterno. Eso hace también a diseñar y promover la inversión, el empleo, las PyMEs, en el sentido de tener un crecimiento más sostenible y duradero en el tiempo.

Pese a la recuperación que ha tenido la Argentina, todavía está muy lejos del segundo trimestre de 1998, que fue el máximo nivel de actividad económica alcanzado por la Argentina en los últimos años. Las cifras res-

pecto del PBI total, del PBI *per capita*, del consumo y de la inversión muestran que, pese a la recuperación que hemos tenido, todavía falta para poder llegar al nivel previo a la caída. Esto no es para subestimar lo que ha pasado; ya alcanzar un piso es importante, no siempre se deja de caer. Lo que pasaba en el 2002 es que nadie veía el piso; ésa es la gran dificultad de las crisis. Pensar cuánto más se podía seguir cayendo provocaba la parálisis de la inversión y del consumo. Uno de los elementos que contribuyeron a la recuperación, además del mencionado buen contexto internacional y la normalización de las variables, es el crecimiento del consumo. En crisis como la del año 2002, la gente hace economía de guerra familiar, y es la decisión racional. Nadie podía asegurar en ese momento que no iba a haber hiperinflación en la Argentina; entonces, la gente dijo «vamos a lo esencial». Ahora bien, cuando se encuentra un piso y empieza un proceso de recuperación, esa restricción del consumo familiar comienza a aflojar. Por supuesto que estamos hablando de los niveles medios, con posibilidad de decidir sobre su consumo y, lo que se ve allí es un mayor consumo, no sólo de alimentos, sino también de servicios. Esto es lo que empezó a vivirse en el segundo semestre del año 2003: crece la telefonía, el transporte, el turismo interno. Todos esos indicadores muestran que la gente consume más, lo que empieza a generar un círculo virtuoso: si se consume más, el comerciante y el industrial venden más. Además, hubo un pequeño aumento salarial de sumas fijas.

Es importante ver que este comportamiento de las familias ante la crisis fue decisivo para explicar la actual recuperación. Uno podría preguntarse si cambiaron tanto los ingresos de la gente en la situación actual con respecto al 2001 para que haya más servicios o más turismo. Quizás no es que los ingresos cambiaron tanto, sino que hay una diferente actitud en relación al ahorro. En una situación de crisis, Argentina tuvo niveles de ahorro en proporción al ingreso que eran altísimos, por miedo a la inestabilidad laboral y a la inseguridad. Eso se empieza a revertir y la diferente actitud hacia el consumo es lo que abre una mejor posibilidad para los servicios, que empezó a darse en el segundo semestre del año 2003 y que aparentemente este año se va a fortalecer. Así como lo inicial de la recuperación fue la industria, ahora está siendo muy apuntalada por los servicios. Empiezan a moverse algunas industrias que todavía no se habían movido, como la automotriz; pero fundamentalmente los servicios.

Decíamos que los argentinos, en medio de la crisis, ahorraron más. Uno de los grandes problemas de Argentina es que ese ahorro, por su historia financiera y económica, no queda en el país. No se puede pensar que, si se ahorra más,

habrá más crédito o que otros tomarán ese crédito. Buena parte de ese ahorro se va al exterior y lo que financia es el crecimiento de otros países. Hace falta, entonces, ver dos cosas: cuánto ahorramos los argentinos y cuánto de ese ahorro queda en el país para poder financiar el crecimiento de los argentinos. Es claro que hay un tema de concentración de ingresos, de concentración de la riqueza: desde el 2001 hasta el 2003 se han fugado 25 mil millones de dólares al exterior y ya hay en el exterior 110 mil millones de dólares de argentinos, es decir, casi un Producto Bruto. Hoy en el sistema financiero argentino hay el equivalente a 27 mil millones de dólares depositados, y en el exterior el sector argentino de más altos ingresos tiene 110 mil millones de dólares. Hay cosas que se pueden hacer; hay cosas que se hicieron en el último período, pero son insuficientes. Debe haber mecanismos de control de cambio, que no sea absolutamente libre, que quien quiera compre un millón de dólares para transferir al exterior. Eso en la comunidad europea no sucede. Acá hay un cierto control: hasta un millón de dólares es libre; por encima hay que declarar el objeto. Es un avance, ya que en los '90 era absolutamente libre y no había que declarar nada. Pero no es suficiente. Hay elementos que no se investigan suficientemente: a los bancos se les pidió la información de todas las transferencias al exterior que hubo en el momento de la fuga de capitales por montos superiores a 200 mil dólares. Pero, al ser legal, no se puede decir nada de aquello que fue hecho; lo que sí hay que hacer es compararlo con la declaración impositiva: ver esas transferencias y que los que las hicieron sean capaces de explicar su origen impositivo. Creemos que algo se está haciendo, pero no demasiado; las cosas parecen ser absolutamente groseras. La evasión en la Argentina siempre ofreció formas a la gente de altos ingresos.

Ahí hay un elemento; otro es seguir muy atento al tema del control de cambio, para que efectivamente acceda a la divisa el que tenga que hacer una importación, el que tenga que hacer una transferencia de beca o estudios. ¿Cuál es el sentido de que sea un régimen liberal para poder comprar dólares para depositar en el exterior? En Europa, hay un control muy estricto en el tema de cambios para poder transferir al exterior.

La desocupación y el subempleo

Toda esta crisis generó problemas sociales enormes, relacionados en primer lugar con el tema de la desocupación y subempleo. El tema de las mediciones, para ir hacia atrás, es un tema difícil por cambios en la metodología. Está claro que en los '90 se mostraban las cifras de crecimiento. Luego hay un

pico en octubre de 2002 y posteriormente un descenso relativo en los niveles de desocupación y subocupación. En los datos de octubre de 2003, proporcionados por *Clarín* (que aunque no oficiales, marcan una tendencia), tenemos a la desocupación y subocupación en niveles del 16,3%. En la desocupación están tomados como «ocupados» los beneficiarios de los «Planes Jefes y Jefas de Hogar», que tienen contraprestación laboral; lo cual es razonable, pero hace importante tener en cuenta en la medición cuántos son: la desocupación era del 16,3%, pero tomando en cuenta los mencionados Planes estaría cerca del 19 o 20%; y la subocupación estaba en niveles del 16,6%.

Los últimos datos del diario de hoy*, dicen que la desocupación caería al 14%. Empieza a haber un proceso de aumento del empleo. Kirchner habló de la creación de 700 u 800 mil puestos de trabajo, cifra en absoluto despreciable teniendo en cuenta que la población económicamente activa de la Argentina está en 16 millones de personas.

Hay un aumento del empleo que tiene que ver con la industria, con el agro, con los servicios, con el comercio. El gran problema en torno al crecimiento del empleo, es que se mantiene lo que se denomina la precariedad laboral: una gran parte del nuevo empleo son empleos informales. Muchos son los jóvenes que comienzan a encontrar trabajo, pero ganando 300 pesos y en negro, es decir, trabajo precario. Y con la precariedad laboral no se cumplen los salarios de convenio, no se tiene cobertura social, no se tiene ART, no se tienen aportes en salud y no se está en el régimen previsional. Si uno ve cada uno de estos regímenes, resulta que la mitad de la población está incorporada a ellos, y la mitad o más, «a la buena de Dios». Este es uno de los temas sociales decisivos. A veces se trata de hacer creer que, en el tema social, si se crean empleos está todo resuelto. Es una variable importante, pero no la única.

Con respecto al salario real, cabe destacar que una cosa es la cantidad de trabajo y otra el salario real, el poder de compra de los trabajadores. Si uno puede comparar el salario con el IPC o con el costo de vida, puede compararlo con una canasta básica de alimentación que para muchos es lo decisivo. Hay mucha gente que tiene un salario de 400 o 500 pesos y lo que hace es destinarlo en gran medida a alimentos; por eso, es relevante compararlo con la evolución de precios de la canasta familiar alimenticia. El índice de precios al consumidor es una canasta que tiene en cuenta una distribución teórica de con-

(*) Referencia deíctica: 11 de marzo de 2004.

sumo: cuánto consume una familia en alimentos, en esparcimiento, en salud, en recreación, en turismo. Hoy, para muchas familias, el 80% de la canasta va en alimentos y el resto en transportes, y eso es lo que se trata de medir. Con respecto al IPC, tenemos datos de diciembre de 2003 que, comparados con respecto a diciembre de 2001, todavía hay una caída del 17,5% y, respecto de la canasta básica alimentaria, la caída es del 31%. No estamos en el mínimo; lo que hubo es una cierta recuperación, básicamente por los aumentos de suma fija. Indudablemente, junto con el empleo y la seguridad social, éste es el otro elemento: cómo empieza la recuperación de salarios, y esto tiene que ver con ir superando algo que prácticamente está parado y que son los niveles de pobreza e indigencia, que son 50% el de pobreza y 25% el de indigencia, que abarca a quienes no alcanzan a tener los ingresos familiares necesarios para cubrir una canasta básica alimentaria. La cuarta parte de la población no tiene los ingresos suficientes para comer lo que necesita.

Por lo tanto Argentina, si quiere cambiar de modelo y salir de lo que pasó en los '90, debe empezar a discutir algunos elementos: la recuperación económica es uno de ellos, el empleo otro; pero el elemento fundamental es la distribución del ingreso, cómo se distribuye «la torta». Si tuviera que resumir en dos palabras qué es el neoliberalismo, o las políticas neoliberales en el mundo, diría que es la concentración de la riqueza y el ingreso; la polarización de la sociedad. Eso es lo que cambió en la sociedad argentina: la famosa sociedad de amplia clase media comienza a tener sectores de altos ingresos y sectores de excluidos y marginados. Hasta ahora, este proceso de post-devaluación lo que está haciendo es mantener esos niveles de concentración del ingreso anteriores a la devaluación, porque hay sectores que se están beneficiando con estas mejoras de las condiciones. Por ejemplo, el petróleo ha sido extranjerizado; es exportado, en general, por empresas trasnacionales; las exportaciones de soja se hacen por compañías trasnacionales o locales. Ni siquiera estas ventajas del escenario internacional se derraman en la sociedad. Es decir, el tema sigue siendo la distribución del ingreso. En el futuro, va a haber que ir midiendo qué es lo que pasa con la distribución del ingreso y ver en qué medida efectivamente hay cambios o no para poder señalar que de hecho hay un cambio en el modelo económico y social.

La deuda externa

Por último, trataré de sintetizar lo que está pasando con el tema de la deuda y qué es lo que puede pasar en el futuro, cuáles son las perspectivas.

Respecto de la deuda, Argentina tomó la siguiente posición: a los organismos financieros internacionales, al FMI, al Banco Mundial, al BID, los considera acreedores privilegiados, por lo que les reconoce la totalidad de la deuda, no les hace ninguna quita y les paga todos los intereses en la medida en que éstos se van venciendo. Esto significa una cifra de 30.800 millones de dólares sobre 166.000 totales; es decir, 1.300 millones de dólares por año, que representan una vez y media todo lo que se paga de Planes Jefes y Jefas de Hogar -para dar una idea de su magnitud-. Es decir, no es una suma despreciable para la Argentina. Por otro lado, se dijo que se iba a mantener la deuda nueva, la «post-default», que se podría sintetizar en los BODEN, y que se va a reestructurar y negociar el grueso de la deuda (81 mil millones de dólares). Es decir: hay tres niveles de deuda: la de los organismos financieros y la deuda nueva se cumplen, y la otra, la de los bonos, está en default y no se paga.

El gobierno sostiene que no puede pagar toda la deuda superando el 3% del Producto Bruto, el llamado «superávit primario». Los ingresos fiscales tienen que alcanzar para pagar todos los gastos: sueldos, salud, educación, etc., y tiene que quedar un 3% del Producto Bruto para pagar los intereses, porque eso es un superávit (recordemos que antes la Argentina tenía déficit). Lavagna sostiene la teoría del bolsillo único: la Argentina tiene el 3% y debe plantearse así a la comunidad financiera internacional, fundamentalmente al tesoro norteamericano, al gobierno norteamericano y al FMI. El 3% es una cifra importante para la Argentina: significa tres veces los Planes Anuales Jefes y Jefas de Hogar; es mucho más de lo que se paga en salud, cultura y educación en la Nación.

Lo que las proyecciones muestran es que si se va a pagar sólo el 3%, para los acreedores queda muy poco y, si eso sucede, se le hará una propuesta dura a los acreedores diciéndoles que se les va a quitar por cada pagaré de 100 dólares, 75; es decir, se les reconocerá sólo 25. Esa quita considerable y los plazos largos y las bajas tasas de interés hacen reaccionar a los acreedores. Entonces inician juicios y empiezan a presionar sobre sus gobiernos (Italia, Japón, Alemania), para que vayan al FMI y comiencen a decir que con el 3% es muy poco. Dicho en forma de «cuentito», ésta es la discusión en la cual estamos, y este tira y afloje tiene que ver con que el FMI cobra, es privilegiado; pero es el que tiene al gobierno argentino bajo un programa de tres años y al cual tiene posibilidades de ir monitoreando permanentemente.

Lo que se ha hecho es incorporar la deuda con los privados dentro de este programa con el FMI; y, para que éste vaya aprobando los desembol-

sos, tiene que ir mostrando que Argentina está negociando de buena fe, haciendo lo que los acreedores quieren. Las cosas han cobrado tensión; el conflicto ha ido aumentando. Se han alcanzado ciertos acuerdos, pero ahora en el conflicto hay dos planos y allí se va a dar muy intensamente. Primero viene la negociación directa con los acreedores privados, en la que se va a discutir el tema de cuánto será la oferta del canje de bonos, qué bonos nuevos se van a dar. Se trata de una discusión técnica acerca del porcentaje, valor nominal, valor presente. La discusión con los acreedores será muy dura; pero también se dará la otra gran pelea vinculada a esto: Argentina tiene con el FMI un programa de tres años. Como no se ponían de acuerdo en este superávit primario (el gobierno se plantó en el 3%, pero el FMI sostiene que no alcanza), el FMI lo aceptó sólo para este año; pero sosteniendo que en el 2005 van a tener que aumentar. Esa es la discusión que se plantea para septiembre y que, junto con la otra, provocará grandes tensiones. Es muy difícil saber cuál va a ser el final; lo más probable es que haya acuerdo con los acreedores y con el FMI. Uno ve la realidad internacional, y normalmente todos los países terminan acordando; un puñado muy pequeño de países son los que no están con el FMI. Ese proceso será conflictivo; los montos son muy grandes, lo que constituye un elemento de incertidumbre y alerta en relación a la evolución de la recuperación. Es decir, existen elementos de incertidumbre, principalmente en torno a la deuda externa, que dejan abierto el escenario económico en el futuro cercano.

Las Obras Sociales en la Argentina

Raúl Barr³

Antes de entrar específicamente en el tema de las obras sociales, con los datos que puedo aportarles, quiero hacer una referencia política. Me parece absolutamente clave e importante para comprender el fenómeno de un subsistema de salud, expresar por qué la Argentina tiene esta característica tan extraña en relación a otros países del mundo, donde no existen tres subsistemas. También en esto somos absolutamente creativos. Hay que explicar por qué lo somos.

Argentina: un modelo de confrontación entre actores sociales

Argentina es un país que tiene varias Argentinas adentro, y ha formado a lo largo de su historia un modelo de confrontación entre actores sociales. Este se verifica en cada uno de los ámbitos que se podrían analizar. En cada área que analicemos vamos a encontrar distintas concepciones y protagonistas, que confrontan justamente en el marco de ese ámbito en el que nos toca actuar. Los trabajadores confrontan con el capital o con los empresarios; el campo confronta con la industria; las provincias con la nación, los municipios con las provincias, y así sucesivamente. Es un modelo de sociedad que confronta consigo, entre actores sociales. Esto define a mi criterio el modelo de país que tenemos, y ésta es la diferencia sustancial entre un país y una nación. Las naciones que no tienen el modelo de confrontación entre actores sociales, justamente son naciones; el resto son países, y algunos son tribus.

Argentina no es una tribu; pero es un país, y no ha alcanzado el grado de nación justamente por ese modelo de confrontación entre actores. Cuando hablo del grado de nación me refiero al concepto sociológico de nación: la idea de haber hecho algo juntos en algún momento y tener vocación de seguir haciéndolo con un objetivo común, con una historia que nos contiene y con un proyecto de futuro que nos permite avanzar todos juntos. Lamentablemente, en Argentina esto no ha podido ser así. Está esta vieja historia de confrontación que también se da en la salud: fuimos capaces de crear en la salud subsistemas

(3) Abogado. Presidente de la Obra Social de Trabajadores de Prensa de Buenos Aires.

que confrontaron entre sí y que implican a la hora del servicio una dispersión de recursos humanos, de recursos técnicos, de recursos económicos, y una dificultad real para cumplir con los dos parámetros más concretos para medir el desarrollo humano en la sociedad: la accesibilidad al sistema de salud y la universalidad, para que todos fueran atendidos y contenidos por el sistema. Esto es lo que ha sucedido en la Argentina, y difícilmente lograremos esta posibilidad de darle contención al conjunto si no rompemos este péndulo perverso de la confrontación entre los actores, y si no articulamos entre todos una política común que nos permita acceder y universalizar la contención de salud.

Seguramente, ésta va a ser la culminación de lo poco que voy a poder decirles, apuntado a realzar y resaltar la necesidad de que las mutuales y las cooperativas integren también el modelo de salud, no como un protagonista más para la confrontación, sino como alguien más capaz de articular con los actores un modelo de atención de salud que permita romper con esos parámetros que acabamos de ver y que son una vergüenza para todos. Cuando Bleger nos dice que el 25% de la sociedad argentina no come, cuando dice que el 50% de la sociedad argentina come poco y mal, muestra claramente la dispersión y la confrontación que hemos vivido en esta sociedad.

Tres subsistemas del sistema de salud argentino

La Argentina tiene la particularidad de tener tres subsistemas de salud: las obras sociales, la actividad privada -como un mecanismo que se dedica también al tema de la salud- y el hospital público. Entre esos tres subsistemas, nos ocuparemos especialmente de las obras sociales, tema por el cual hemos sido convocados; pero sin dejar de tener en cuenta los otros dos, porque en esa construcción y confrontación se cruzan.

Las obras sociales

En términos numéricos, en Argentina existen 265 obras sociales. Estos son números que aparecen en los medios y que seguramente hoy, el Superintendente de Servicios en Salud precisará. Hasta algunos años atrás había 350 obras sociales. Las que faltan son las que se perdieron en el marco de la crisis en la Argentina, producto de que eran obras sociales de empresas o de actividades que han desaparecido directamente, o se trataba de obras sociales cuya estructura no podía ser sostenida por la masa de beneficiarios, por lo que fueron redistribuidas o directamente pasaron al ejército de lo marginal y lo

excluido del sistema en la Argentina. Esas 265 obras sociales tienen al día de hoy 14.314.000 beneficiarios, entre los cuales 7.618.000 son titulares, y 6.696.000 son familiares. Este número global de los 14.314.000 incluye a los trabajadores en relación de dependencia, a los 850.000 monotributistas (un sector creado en el marco de la década del '90 y que implicó habilitar un espacio nuevo para aquellos que ganaban una determinada cantidad de plata y en forma autónoma) y 87.000 empleados de monotributistas que fueron incorporados al sistema de obras sociales en el marco de la reforma impositiva que se hizo. A su vez, entre los 14.314.000, está el PAMI incluido, la obra social más grande de la Argentina, con 3.392.000. También hay 126.900 adherentes, que son aquellos que no tenían obra social porque no forman parte del sistema de aportes. Algunas organizaciones han abierto la posibilidad de incorporar adherentes al sistema, mediante la adhesión a un plan específico con el pago de una cuota en la sede de la propia obra social. Esta sería, entonces, la distribución numérica del componente humano de los 14.314.000 beneficiarios del sistema de obras sociales en la Argentina de hoy.

Como consecuencia, los tres subsistemas estarían distribuidos, en términos numéricos, de esta manera: las obras sociales cubren a 14.314.000 personas y la medicina prepaga habla de 2.000.000 o 2.500.000 (según dicen, ya que este número está guardado bajo siete llaves porque forma parte de negociaciones o cuestiones comerciales de las empresas). En consecuencia, las otras 20.000.000 de personas deberían estar cubiertas por el tercer subsistema, que es el hospital público. Esto es imposible en la realidad. Por lo tanto, hay una gran cantidad de argentinos que está fuera de toda cobertura, y de toda posibilidad de acceder a las cuestiones más elementales de la atención de su salud y de su familia. Cantidad que es un gran número de incógnitas y no sabemos cómo medir.

Si tomamos algunos parámetros que planteó Bleger, seguramente podríamos traducirlo en relación a los niveles de indigencia o de pobreza, que están fuera del sistema. Lo que ocurrió en los últimos diez años y que nos llevó a la situación actual en el tema específico de salud (que a su vez se vincula con el tema de las confrontaciones sociales) fue lo siguiente: en la década del '90, paradigmática para los argentinos, se constituyó un concepto que tenía que ver con esta confrontación entre actores. A cada uno de los subsistemas se le colgó un cartel y se intentó desde el mismo modificar su situación y su condición. Se empezó a hablar de la «desregulación» de las obras sociales, de la «regulación» de la medicina privada en la Argentina, de la «autogestión» del hos-

pital público. Cada subsistema tenía un concepto nuevo que aparecía y que generaba un cambio supuestamente a favor de mejorar la calidad del funcionamiento de la gestión, de la capacidad de atención y de la mejora en términos de la atención de la salud de la población. Lamentablemente, como nos pasó en otros campos de la vida nacional, los tres conceptos se fueron desvirtuando en el marco de su puesta en marcha y generaron efectos al revés de lo que se estaba buscando. Así como las reformas laborales se planteaban generar más empleo, presuponiendo que el hecho de tener una norma lo generaría, con los resultados que hoy vemos, en el campo de la salud hicieron lo mismo. Cuando se empezó a hablar de la «desregulación» de las obras sociales, se entendía como la posibilidad que la gente tenía de optar por otra obra social. Se empezó a hablar de la «libre opción», de terminar con la cautividad que tenía el sistema, que había sido creado con ese concepto en la década del 70 y se originaba en la cautividad que tenía el trabajador que hacía su aporte: estaba imposibilitado de salir de la obra social a la cual pertenecía su tarea o trabajo específico. Esto en la década del 90 -con la exacerbación del individualismo y con la posibilidad de optar por ir a Miami, a Brasil o quedarse en Argentina- también se tradujo en este concepto: había que dar a la gente la posibilidad de cambiar. Eso está bien. Cuando las reglas de juego son claras y uno puede cambiar entre los mismos actores, es absolutamente correcto. Pero lo que ocurrió fue otra cosa. El diario *La Nación* del 2 de marzo de este año publica una nota diciendo que cambió de obra social más de un millón de afiliados; es el acumulado desde 1998 y nombra diez entidades que fueron las que captaron el sesenta por ciento de los cambios. Y dice en la nota que éstas lo hicieron a favor de haber vendido su sello, su nombre, su capacidad de estar en el campo de la seguridad social a la medicina privada, para llevarse desde el campo de la seguridad social transferencia de recursos económicos a la medicina privada mediante el uso del nombre de una obra social.

Esta cuestión muestra claramente cómo el modelo que se intentó plantear se desvirtuó y degeneró, trayendo como consecuencia un desfinanciamiento aún mayor al que veníamos soportando, a partir de uno de los temas que muestra claramente la crisis del sistema, que es la famosa reducción de aportes patronales que se hizo en la Argentina en 1994, de la mano del gobierno de Carlos Menem, en la época en que era Ministro de Economía Domingo Cavallo. Si la desregulación de las obras sociales era un objetivo en pos de mejorar el concepto de la atención, de eliminar el concepto de la cautividad, y darle a la gente la posibilidad de una opción, quedó absolutamente desvirtuado.

Voy a dar un ejemplo práctico: una de las diez entidades que fue beneficiaria de esta triangulación ilegal (así estaba planteado: no podía intervenir la medicina privada en el campo de la seguridad social y lo hizo de la mano de algunos que le prestaron su nombre para que pudieran hacerlo) es la Obra Social de Arbitros de la República Argentina. Si bien es cierto que los argentinos somos fanáticos del fútbol, cuando se creó la mencionada obra social, presidida por el doctor Marconi, conocido dirigente por su actuación como abogado, como árbitro y como hombre del área de la salud, tenía 200 árbitros, que eran los que existían. Hoy tiene 20.333. Yo no creo que haya tantos partidos de fútbol como para que haya casi 21.000 referís en la Argentina. Digo esto con ironía, porque mi entidad ha sufrido parte de este proceso y yo tengo varios amparos presentados ante la Justicia y la Superintendencia.

Un dato operativo para que se entienda cómo funcionó el tema de los traspasos: todas las organizaciones tenían la obligación de tener un libro rubricado. La gente tenía el derecho de traspasar, pero tenía la obligación de ir al lugar que había elegido y firmar ese libro rubricado que no podía ser sacado de la organización que había sido elegida por la persona como la obra social para que le dé sus servicios. Había todo un mecanismo protocolar que cumplir y que aseguraba que no había un forzamiento de la voluntad del individuo que quería cambiar de organización. Algo que parece chistoso: hay empresas de medios de prensa que llevaban el libro de obras sociales a los bares, al café o al restaurante donde la gente almorzaba y le hacía firmar en ese mismo momento. Esto está comprobado y mostrado hasta con fotos, y el órgano de contralor del sistema no puede, de boca del propio Superintendente, resolver semejante cuestión. Digo esto, porque muestra claramente que el concepto de la desregulación terminó desvirtuado: hoy tenemos más árbitros de fútbol que investigadores del CONICET.

La medicina privada

Luego apareció la otra cuestión: había que regular la medicina privada, ya que era imposible que en la Argentina cuatro tipos se sentaran en un café y se propusieran comenzar a vender medicina, tomando el concepto de la rentabilidad del negocio de la medicina como objetivo, subcontrataran a prestadores, salieran a vender por la calle con un papelito planes de salud al precio que se les ocurriera y, a la hora de dar respuesta a la demanda de la gente, miraran para otro lado. De esto hubo montones. Hay miles de denuncias frente a Defensa del Consumidor. La mayor cantidad de demandas

y denuncias que recibe el sistema de los consumidores tiene que ver con la no cobertura de la atención de la salud. La famosa «regulación», que tiene cerca de 80 proyectos de ley en el Congreso Nacional, nunca se trató. Ahora nos enteramos de que, ante la necesidad del aumento de las cuotas de la medicina prepaga, a cambio de aceptar el aumento, las empresas aceptan que se empiece a tratar cómo regular el sistema de la medicina para poder generar algún tipo de derecho para la gente, frente a la aplicación de políticas que no tienen nada que ver con lo que la propia ley dice.

El hospital público

El tercer sector, que es el hospital público, tenía como concepto la «autogestión», que es importante y que hay que valorizar; pero que se terminó traduciendo simplemente en una cuestión de cobranza. La autogestión se transformó en el derecho de los hospitales públicos de cobrarle a las obras sociales los servicios que les brindan a sus afiliados cuando entran allí. Dejó de lado la mejora de la capacidad del recurso humano, de la infraestructura, de la investigación; se tercerizaron los servicios internos de los propios hospitales a partir de la contratación de empresas que, incorporando tecnología en el hospital, cobran por el modelo de la autogestión.

Es decir, también se desvirtuó el concepto. Por lo tanto, vemos que ninguna de las tres cuestiones de la década del '90 que se vendían como la solución para resolver el problema de la salud en la Argentina fueron exitosas. Muy por el contrario, se transformaron en una nueva frustración y en un nuevo modelo de confrontación entre los propios actores. Al mismo tiempo, de la mano de lo que hoy veíamos en los cuadros de la inversión y de una etapa donde aparentemente la Argentina era el paraíso para hacer grandes negocios, Argentina tuvo una deformación en la incorporación tecnológica de diagnóstico y tratamientos que llevó a barbaridades como la siguiente: en la ciudad de Londres hay solamente seis tomógrafos computados. Saben todos que Inglaterra tiene un sistema público de salud. En la línea del ferrocarril Sarmiento, desde la estación Liniers hasta Moreno, hay doce. En la Capital Federal no se sabe cuántos hay, pero debe haber uno por cuadra. De la mano de aquella posibilidad de incorporar tecnología se exacerbó su incorporación de una manera fenomenal y hoy no se sabe cómo amortizar los costos de semejante incorporación; lo que implicó abaratar el valor del producto pero también dejar de lado técnicas de diagnóstico previas antes de llegar a la utilización de esa tecnología, y generó como consecuencia un mayor costo

para el sistema de salud, porque ya nadie pasa primero por los rayos X, sino que todos van a la tomografía, total hay un tomógrafo por cuadra. Esta exacerbación y esta distorsión también forma parte de lo que este sistema deberá tratar en no mucho tiempo más, yo diría casi con urgencia.

Consecuencias de la crisis del aparato productivo

Decía muy bien el Licenciado Bleger cómo la crisis del mercado laboral en la Argentina había impactado en grandes capas de la sociedad. Las obras sociales son las hijas del aparato productivo de la Argentina, en virtud de que se nutren del aporte de los trabajadores y empresarios. Esa crisis del aparato productivo no podía menos que provocar un impacto terriblemente negativo en la estructura presupuestaria de las obras sociales y generar una caída en el nivel de la calidad de atención absolutamente lógica, en virtud de lo que significó el drama de la desocupación en la Argentina y otras patologías que muy sucintamente les voy a describir.

No sólo la pérdida de puestos de trabajo, el cierre de empresas y la evasión generaron este impacto, sino también el hecho de que, durante esa misma etapa, se creó este famoso nuevo mapa fiscal que, en el año 1994, estableció un esquema de reducción de aportes patronales y generó un desfinanciamiento fenomenal en el sistema de la seguridad social en la Argentina. Este desfinanciamiento, según quién lo mida, da entre 25.000 y 30.000 millones de pesos-dólares en aquel momento, o de pesos ahora. Se estableció como eje de descuentos de los aportes de la seguridad social el centro de la Capital Federal con el 30%, y se estableció como criterio llegar hasta el 80 en Jujuy y en Tierra del Fuego, pasando por distintos niveles de descuento según uno se iba acercando al tope del 80 arriba o abajo. Esto trajo como consecuencia esa pérdida fenomenal que se midió en el primer año en 2.500 millones de dólares o pesos de aquel momento del uno a uno y que, a lo largo del año 1994 hasta enero del 2004, da esos 25.000 millones que mencioné anteriormente. No sólo se contentaron con reducir el aporte como un método para supuestamente crear mayor empleo o blanquear gente que estaba fuera del sistema y no lo hicieron, sino que aumentó el nivel de trabajadores en negro y la desocupación. El efecto fue el contrario al que se estaba buscando.

Pero no sólo se creó este esquema, sino que en aquel momento se creó el «AMPO», Aporte Medio Previsional Obligatorio, que implicaba una ecua-

ción que se medía a un valor económico y se multiplicaba por una cantidad de «AMPOS». Esa medida daba 3.660 pesos, y ése era el tope estipulado para que a uno lo alcanzara o no el descuento previsional y el descuento de la seguridad social. Todo lo que ganara por encima de ese AMPO no tributaba ninguna carga al sistema de seguridad social; es decir, era una nueva expropiación al sistema de seguridad social mediante la creación de un mecanismo muy «a la argentina» que suponía que ese recurso que no iba a venir por la vía del aporte al sistema previsional iba a hacerlo por la vía del impuesto a las ganancias. Pero si venía por allí, en lugar de ir a la seguridad social iba a ir a las rentas en general e iba a servir para pagar la deuda externa, que fuimos pagando a lo largo de los años.

Ese mecanismo de reducir los aportes, de crear un esquema distinto a partir de una sigla, de poner en confrontación a los actores, más la visión de la propia crisis del aparato productivo, trajo como consecuencia el 15% de desocupación y el 15% de subocupación que hay al día de hoy.

Otro de los legados que nos dejó el menemismo es cómo medir la subocupación. Como había que mostrarlo de una manera distinta, porque el tema era muy dramático, apareció la idea de mostrar que la subocupación estaba dividida en dos partes: aquellos que salían a buscar trabajo y los que no lo hacían y se quedaban en su casa por vagos o cómodos, durmiendo. Querían completar las 35 horas semanales de trabajo; aquellos que tenían menos que esa cantidad eran considerados subocupados. Y había un subocupado en marcha que era el que salía todas las mañanas a buscar trabajo y un subocupado vago que no salía. Ese legado del menemismo trajo como consecuencia que ahora medimos en la Argentina de esa manera: hay 15% de desocupados plenos y 15% de subocupados plenos, que son aquellos que tienen menos de las 35 horas, marchantes o en sus casas. Aquí voy a diferir con Bleger: si agregamos los Planes Jefes y Jefas que se dan a cambio de una tarea, estaríamos en más del 20% de desocupados. Yo, honestamente, creo que 150 pesos de dádiva del Estado no pueden ser considerados un trabajo, ni mucho menos un salario. Sí para aquellos que creen que ése va a ser el tope de los salarios en la Argentina y el que regule el nivel salarial (dentro de muy poco discutiremos, no salarios de 400 o 500 pesos, como se planteaba, sino mucho más abajo porque hay un salario dádiva del Estado que regula el nivel salarial). Hay un 40% de trabajadores en negro según cifras oficiales (trabajadores sin accesibilidad a poder atenderse ni ellos ni sus familias). Me queda sólo un 30% de aportantes al sistema de la seguridad social. Pero, de ellos, hay un porcentaje muy importante que sólo

aporta el básico de convenio, a partir de acuerdos entre sindicatos, trabajadores, con empresas. Para poder blanquear situaciones de salarios encubiertos o aumentos supuestamente cubiertos, se les paga sólo por recibo el básico de convenio, lo que implica que el aporte a la seguridad social es sobre el mínimo que establece el básico de convenio de cada actividad; por lo tanto, tampoco el aporte de ese 30% es pleno, sino que viene disfrazado de alguna manera. Esto explica claramente el impacto presupuestario que han recibido las organizaciones que dependen de ese aparato productivo y son hijas de él, que obviamente han tenido este retroceso fenomenal en el marco de sus presupuestos.

El diario *Clarín* de ayer* dice que se perdieron un millón y medio de empleos en la década del 90. Entre los que conservaron sus puestos de trabajo también hubo un retroceso, ya que de los once millones de ocupados, cuatro millones y medio se desempeñan en negro, lo que implica la imposibilidad de que sean considerados trabajadores dentro del sistema de la seguridad social.

El tercer aspecto que quiero marcar es el relacionado con el servicio que reciben los que están dentro del sistema. Acá la historia muestra una enorme dispersión, hasta que se encontró de alguna manera una síntesis que permitía u obligaba a todos a tener un nivel de cobertura similar. Seguramente muchos de los que están acá, por su condición de médicos o dirigentes de entidades, recuerdan el viejo nomenclador nacional y todas aquellas cuestiones que hacían a la problemática de la atención de la salud. Luego de mucho tiempo se centralizó todo esto en un programa médico obligatorio; el famoso PMO, rápidamente identificado como un programa que todos aquellos que están dentro de la seguridad social deben recibir. En realidad, es un ideal, porque va desde la consulta clínica hasta un transplante de órganos, pasando por todo lo que se nos ocurra. Si uno recorre el país y las organizaciones que tienen la obligación de darlo, se encuentra con que hay una enorme dificultad a la hora de verificar si se puede dar semejante nivel de cobertura en el marco de semejante crisis. Por lo tanto, era un ideal y se creó otro, y se le puso «Programa Médico de Emergencia»; el PME, que está vigente y vence en el mes de junio. Seguramente hoy Torres planteará que ése será el programa definitivo, ya que no se puede volver al otro en virtud de que los costos y el impacto de la crisis eliminan cualquier posibilidad de que se cumpla y estaríamos frente a una de las tantas letras muertas que la Argentina tiene en el marco de sus

(*) Referencia deíctica: Diario *Clarín* del miércoles 10 de marzo de 2004.

organizaciones en todo sentido. Pero además de que es un ideal, lo es sólo para los incluidos. Los excluidos del sistema no tienen absolutamente nada de esto, y por otro lado, aquellos que son clientes de la medicina privada tienen el derecho, porque la ley lo estableció, de recibir el mismo programa médico. Estamos cansados de ver en los medios la demanda de la gente frente a esa necesidad no cumplida por las empresas a las que contratan para que les atiendan sus problemáticas de salud.

Una cuestión importante para mostrar esa confrontación entre actores que antes mencionaba: fíjense lo que ocurre en el sistema hoy. Estas 10 empresas privadas que se quedaron con el 60% de los traspasos, disfrazadas de obras sociales, están siendo subsidiadas por el Estado argentino para atender a aquellas cuestiones que el PMO exige y que permite que el fondo de redistribución de obras sociales, que se nutre del aporte de todos los trabajadores le cubra a las organizaciones en virtud del impacto presupuestario que les puede provocar. Lo que ocurre es que aquellas empresas de la medicina prepaga que tienen una obra social como sello que les permite traspasar afiliados; cuando tienen un siniestro de esta entidad van a esa obra social para que ésta le pida al fondo de redistribución social la plata para atender ese siniestro. Por lo tanto, la actividad privada está siendo subsidiada por el Estado frente al siniestro del gran impacto presupuestario. El negocio es absolutamente redondo. No sólo se llevan los afiliados y usufructúan plata del sistema de seguridad social (porque el aporte de ese beneficiario que debe ir a una organización de su actividad va a una empresa privada) sino que cuando necesitan dar una atención de nivel y de impacto presupuestario también se lo sacan al Estado, lo que implica claramente la confrontación entre actores y el cruce que se produjo entre los actores en los '90. Esto ocurre por lo siguiente: el otro día buscando papeles encontré la Normativa Médico Prestacional de la República Argentina hasta el año 2001. Las conté: hay 77 leyes que regulan la prestación médica asistencial en la Argentina; no hay médico, ni sanitarista, ni Ministro de Salud, ni Superintendente de Salud que sea capaz de decirme qué dice cada una de ellas. Lo que ocurre es que la dispersión normativa forma parte del concepto de modelo de sociedad que la Argentina tiene.

Por otro lado, aquellos que desde un sector nuevo están atendiendo demandas insatisfechas de la gente porque no llega la obra social o el hospital público a ese lugar, y me refiero a muchas de las cooperativas que seguramente están acá, no tienen una normativa que les permita justamente actuar en ese campo. Lo que debería surgir de estos seminarios y ser transferido a las

autoridades públicas es, por lo tanto, una propuesta concreta que permita que en el nuevo escenario argentino, donde 20.000.000 de personas están fuera de cualquier posibilidad de ser atendidos, un nuevo actor que ha demostrado capacidad para gestionar y actuar en el terreno de la salud y no sólo de los servicios, forme parte del modelo de los agentes del seguro de salud con algún programa médico obligatorio, que quizás no sea el general pero que pueda ser acotado, y que permita articular con los otros actores de la seguridad social y del servicio público un programa nacional de salud que garantice la accesibilidad y la universalidad para todos, y permita que la Argentina pase a ser una nación y deje de ser un país. Muchas gracias.



Presencia Cooperativa en Salud

-  Desarrollo de Centros Primarios de Salud Médica para los asociados de las Cooperativas.
-  Cobertura de Alta Complejidad Médica, Transplantes, Cirugía Cardíaca, Neurocirugía y Prótesis, para Directivos, Familiares y Asociados de las Cooperativas.
-  Asistencia de Salud en Tránsito, en todo el país.
-  Descuentos en medicamentos y vacunas.



Federación Argentina de Entidades Solidarias de Salud C.L. (FAESS)
web: www.faess.com.ar e-mail: faess@rcc.com.ar
Tel: 5077-8044 - Montevideo 431 C. Autónoma de Bs. As.

Gestión solidaria en Salud

Ricardo López⁴

Nuestro país está atravesando un momento muy duro. Hoy hemos visto indicadores macroeconómicos y sociales que planteó Bleger. Entramos ahora también a ver la verdadera situación: si Argentina no tiene salud y educación, tampoco va a poder desarrollarse. No es éste exclusivamente un problema de inversiones de capitales ni de desarrollo económico. Acá vamos a necesitar gente sana. Recordemos que en la ciudad de Buenos Aires se denunció que 90.000 personas han logrado desbordar los centros de atención psicopatológica, lo cual demuestra el estado en que está la gente después de la crisis. Hablando de las dificultades entre los chicos, aparecen en el norte del país niños con disminución de la estatura. Hay cifras que indican que el 60% de las causas del retraso del crecimiento dependen de las condiciones de vida, y que esos chicos van a tener enormes dificultades para poder desarrollarse en el futuro. Los «petisos sociales» van a tener un mayor riesgo de enfermarse cuando sean adultos, tienen un mayor índice de repitencia escolar y menor capacidad laboral. Son estos indicadores muy duros y constituyen la verdadera «deuda interna» del país. Aclaremos que el 50% de los chicos que en este momento hay en el país están anémicos, y que el 80% del percentilo más bajo, entre los diez y los dieciocho años, ni estudia ni trabaja, con lo cual están en un enorme caldo de cultivo para todas las patologías sociales, adicciones, violencia, etc.

Un modelo de gestión solidaria en salud. La atención primaria

Vamos a hablar ahora de lo que llamamos «Gestión solidaria en Salud». ¿Qué queremos gestionar? Prestaciones de salud; pero, sobre todo, atención primaria para la población cubierta por las cooperativas de servicios públicos y para la población en general. Comenzamos por este sector, porque hoy en día lo que estuvimos viendo es que en el interior, prácticamente en muchos lugares lo único que ha quedado en pie son las cooperativas, con posibilidades de desarrollar un emprendimiento. Gran parte del aparato productivo, y aun el propio municipio, ha quedado en general en una muy mala situación: aproximadamente un 50% de municipios del país en diciembre del año pasado han decretado la emergencia económica porque estaban desmantelados económicamente.

(4) Presidente de FAESS.

¿Con qué instrumentos? Hablamos fundamentalmente de los centros de atención primaria. ¿Con qué alianzas? Con el sector público de salud y las comunas. O sea que, si ustedes ven esto, uno puede preguntarse qué tiene que ver con las prestaciones tradicionales de salud. En este momento estamos remando a contracorriente, pero cada vez menos solos.

Quiero recordar que en el discurso del Presidente del primero de marzo*, al inaugurar la Asamblea Legislativa, mencionó que se iba a invertir en la atención primaria; y en las últimas elecciones**, el 80 o 90% de las plataformas de los partidos políticos de todos los arcos hablaban de los centros de atención primaria. Cuando hoy viajamos al interior, nos encontramos con intendentes que están armando carpetas con asesores sobre este tipo de centros. No creemos que esto lo inventamos nosotros, pero sí que comienza a hacerse un tema importante. Cuando hablamos de gestión solidaria, nos estamos acercando a la concepción de atención primaria en primer lugar. Falta un modelo de atención primaria de la salud, hay necesidades insatisfechas de los usuarios, hay falta de escala para competir con la concentración, han cambiado las condiciones estructurales del modelo, y las empresas de salud y los efectores de salud están amenazados de desaparecer. Hoy el escenario es francamente distinto del escenario tradicional de la Argentina.

Hemos hecho esto para mantener un modelo solidario de atención de salud, para mantener las fuentes de trabajo de los profesionales, para dar participación al usuario en el sistema, para desarrollar la medicina primaria, para dar un ejemplo de integración en el sector, para influir en las decisiones políticas y legislativas, y para armar una empresa nacional del sector de salud cooperativo y solidario.

Estamos trabajando en principio para cooperativistas de servicios públicos, autónomos, clase media y media baja, usuarios de obras sociales sin cobertura efectiva. Esto no quiere decir que en esta situación de atención y prestación de servicios no haya otros grupos, pero nosotros en principio estamos trabajando fundamentalmente en ellos, que tienen altos niveles de

(*) Se refiere al discurso pronunciado por el Presidente de la Nación, Néstor Kirchner, con motivo de la inauguración de las 122^o sesiones ordinarias del Congreso, el día 1^o de marzo de 2004.

(**) Se refiere a las elecciones presidenciales realizadas en Argentina el 27 de abril de 2003.

déficit de atención médica, sobre todo en el interior del país. Tenemos ciudades que lo que nos piden son médicos, ya que éstos se han marchado porque no tenían posibilidades de ofrecer trabajo a nivel individual, no había obras sociales y el hospital estaba prácticamente desmantelado. Hay gente hoy que ni siquiera tiene acceso mínimo a la medicina.

El modelo prestacional básico nuestro es médicos de cabecera, clínicos y pediatras, libre acceso a oftalmología y tocoginecología; medicina basada en la evidencia, vademécum, medicamentos genéricos y económicos, cobertura nacional de la emergencia y urgencia, promoción de la salud, medicina primaria, campañas preventivas, fuerte nivel educativo de prestadores y usuarios, coseguros mínimos solamente como una forma responsable de no ir al médico por una cuestión social, sino también de ir por necesidad concreta de una patología o por una consulta.

Hoy estamos haciendo el centro en la promoción de la salud, y vamos a firmar un importante convenio con el Municipio de 2 de Mayo, cuyo directivo y representante del Intendente es el Secretario de Acción Social, Vargas, que está entre nosotros. Vamos a hacer un relevamiento con el hospital público, con la intendencia, con la cooperativa, con FAESS, de todos los indicadores de salud, y trazaremos una perspectiva de modificación de indicadores sanitarios en tres años. Nuestro objetivo es mejorar el 10% de los indicadores sanitarios de esa población que tiene el 50% de los chicos parasitados, y una alta tasa de mortalidad (recordemos que esta localidad sólo tenía como centro más cercano para atenderse a Oberá, a cien kilómetros, y no tenía ambulancia). Desde el mes de junio de 2003, gracias al trabajo conjunto de FAESS y la cooperativa, el Centro Unisol 2 de Mayo hoy tiene la posibilidad de efectuar derivaciones y atender a la gente.

Prevención y promoción de la salud

Lo que nos interesa son las campañas de promoción de la salud y los municipios saludables. Como ustedes ven, cada vez más nos alejamos del negocio de la enfermedad y nos metemos en lo que no es negocio, pero sí se une con nuestra vocación inicial, que es promover la salud. Argentina no tiene que tener cubierta la atención de la enfermedad, tiene que tener promovida la salud, que es lo que hace que actualmente, aunque haya mucho dinero puesto en salud, tengamos indicadores sanitarios tan malos y tan tristes.

La situación del sector salud

El estado del hospital público es evidentemente muy malo. Hoy está absolutamente desbordado, y creo que hay que señalar algo triste: los hospitales de la ciudad de Buenos Aires y del conurbano bonaerense tienen entre 400 y 500 personas que se instalan desde las doce de la noche para ser atendidas en los consultorios a partir de las seis o siete de la mañana. En la mayoría de ellos se dan 50 números, con lo cual mucha gente queda sin cobertura. En este momento, en la Capital Federal, el 60% de la atención es del conurbano bonaerense. En la provincia de Buenos Aires sólo hay veinte camas de terapia intensiva pediátrica, y el año pasado, durante la epidemia de virus respiratorios, hubo cien chicos que por día necesitaban respirador. Los que no lo tenían, seguramente ya no están más con nosotros.

La Superintendencia de Salud, luego lo van a escuchar, intenta armar una forma de coordinación del sistema, sobre todo en las obras sociales; pero todavía no logra controlar todo. Están los sindicatos y las obras sociales, algo de esto se ha visto, pero sí las obras sociales han visto disminuir su cantidad de gente y hoy por hoy la población, que llegó a cubrir más de 16.000.000 de personas, con el tema del desempleo, está cubriendo a menos de 10.000.000. Los profesionales estamos en una situación muy complicada: estamos con la quiebra del modelo gremial, de los prepagos médicos, de la representación. La concentración de empresas es muy grande. En el sector prepago, cuatro empresas concentran casi el 60% de la población. Ustedes vieron que hay fusiones recientes. En este momento tenemos que decir que cada 1% del aumento que hizo la cuota de los prepagos, perdió el 1% de las personas, con lo cual se perdieron 1.500.000 fichas de afiliados en los últimos cuatro o cinco años. Están los laboratorios que intentan introducir todo lo que son medicamentos; está el Banco Mundial, que como acá se dijo hoy a la mañana sigue insistiendo con sus modelos, que no creemos sean los adecuados, como el plan materno infantil, porque en realidad es una cantidad de dinero que va al Triángulo de las Bermudas, o a bolsillos privados y la gente no ve los beneficios. Y está la gente que exige mayor participación y conocimiento.

Usuarios y prestadores. Un nuevo modelo

Armamos un modelo donde usuarios y prestadores pueden coexistir para brindar servicios de salud, sobre todo de atención primaria. A dos o

tres años de esta decisión, lo que tenemos que señalar es que ni hace falta ejemplificarlo de manera teórica. Habrán visto abajo las realizaciones de uno de los emprendimientos, en el cual tenemos vinculaciones con el sector de salud de la provincia de Santa Fe, que es San Gregorio. Allí, los que manejan la cooperativa y demás no son médicos. Son gente que ha sido formada por nosotros. Hoy, ese hospital que estaba en ruinas ha sido reconstruido con una inversión muy importante, y la población tiene atención (el año pasado se han atendido más de 40.000 y pico de personas sobre cinco mil habitantes). Hay que decir hoy que la salud puede ser prestada por entidades que no sean estrictamente las clásicas: hospital público, obra social o prepaga. Es absolutamente posible y demostrable, pero con una diferencia: hoy por hoy los indicadores de salud de San Gregorio registran dos variables que antes no estaban; hace dos años que no hay ningún registro de accidente cerebro vascular (recordemos que el 50% de la población adulta es hipertensa en San Gregorio). En el invierno pasado, en el 2003, en la internación de la epidemia de gripe que hubo, una de las mejores tasas de baja internación fue la de San Gregorio, porque se hizo una vacunación masiva antigripal y de otras vacunas. Ayer acaba de ser declarado el descubrimiento del primer caso de botulismo; -está en los diarios-, en este centro que hemos hecho en conjunto con las autoridades locales y el Ministerio de Salud de Santa Fe. Reconozcamos que hoy en día hay nuevos actores, y por primera vez aparecen los usuarios con capacidad de tomar decisiones en salud.

El modelo estratégico de empresa

Satisfacemos necesidades de salud, en algunos casos en valores económicos, en los casos en los cuales interactuamos con el Estado y en los demás; prácticamente esto se da casi sin costo. Usuarios de cooperativas de servicios y obras sociales. Valores: promoción de la salud, medicina primaria, participación de los usuarios, valores éticos. Ustedes me dirán si estos valores son los mismos que tienen las prepagas. Si ustedes lo piensan, les diría que no. Estos valores son los mismos que tienen las obras sociales, y muchas no. También tenemos que decir que el hospital público, aunque lo tenga más claro como valor, no está hoy en día en la promoción de la salud. A duras penas puede atender la enfermedad, y tampoco está en la atención primaria, sino que sigue vinculado con la atención de alta complejidad.

(*) Ver, por ejemplo, el Diario *La Capital* de Rosario del sábado 13 de marzo de 2004.

Hoy estamos en los dos extremos: en la atención primaria y en la prestación de servicios de alta complejidad; podemos unirnos para poder abaratar los costos de esta última. A fines del año pasado colocamos la prótesis 1.000 con un costo superior a 1.500.000 pesos, y esto significó la provisión de elementos de manera mucho más económica a distintas entidades nuestras y de afuera también. Hoy estamos proveyendo medicamentos económicos a valores más bajos, sobre todo en medicamentos de alto costo; en consecuencia, lo que decimos es que hay un nuevo sector que también puede organizar prestaciones de alta complejidad incluyendo transplantes y cirugías cardíacas. Acá se llevan colocados aproximadamente 180 stents coronarios en un plazo de dos años; no colocados sino provistos como prótesis. En consecuencia, también este sector está capacitado para brindar un servicio de alta complejidad, cosa que antes se creía limitada al sector de los prestadores.

Qué ofrece y qué reclama el sector cooperativo en salud

Ofrecemos defender al sector público de salud, ofrecer un servicio económico y eficiente a la población, mantener principios de equidad, capacitar a los dirigentes para el cambio. Acá es necesario un cambio cultural, porque lamentablemente usuarios, prestadores, médicos, paramédicos, hemos sido deformados por todas las prédicas, y muchos han entendido que la salud era una mercancía, y que la medicina, en lugar de ser un trabajo digno por una vocación, era una forma solamente de cambiar el auto. Vamos a tener que entender y capacitar a las personas. Porque salga una propaganda en una revista de difusión masiva o de una estrella de televisión, no significa que ésa es la atención médica que hace falta. Tenemos que señalar que si bien la prestación médica ha avanzado, no puede ser que se promocionen medicamentos y tratamientos que muchas veces terminan en los diarios y en los tribunales.

Es necesario racionalizar el gasto en salud. Argentina dedica poco a la prevención y mucho a la atención de la enfermedad, y aún así esto está desvirtuado por la tecnología. Pasar al modelo de atención primaria y reinvertir en servicios.

Solicitamos mantener nuestros emprendimientos. Estamos empezando a descubrir, y esto es parte de la realidad, que algunos intendentes comprenden que esto es un gran beneficio para la población y que resuelve un gran problema, y como son inteligentes dicen que trabajarán con

nosotros. Pero otros, más pícaros, se han dado cuenta de que estos emprendimientos no sirven para los votos, y que no pueden manejar el dinero. El Hospital San Gregorio tenía un presupuesto del Estado de unos 10.000 pesos. No generaba ningún dinero y no daba prestaciones: estaba cerrado. A fines del 2001 hubo un accidente a las doce de la noche de año nuevo, con pirotecnia, y el hospital estaba cerrado. La población casi sublevada sacó al director médico de su casa, que estaba festejando, y lo llevó allí. Este hospital hoy en día genera entre 23 y 25 mil pesos por mes. Imaginan ustedes un intendente que ve pasar esa suma de un servicio de salud que funciona bajo bandera pública y que no puede tener acceso a ella. Por esa causa hoy tenemos intendentes que se están poniendo en la vereda de enfrente, y éste es uno de los temores que tenemos. Diferenciar nuestras empresas de la regulación del sector privado: las cooperativas y las mutuales no son lo mismo que el sector privado, más allá de que algunas mutuales han elegido trabajar con este sector y dan prestaciones de salud de manera igual. No hay ningún país del mundo en donde las cooperativas no pueden ser agentes del seguro de salud, excepto uno: Argentina. En este momento, en el informe del año 1997 de la Organización Mundial de la Salud, que va a estar como veedora mañana, informa de que hay 100 millones de personas en el mundo atendidas por empresas cooperativas de salud. En consecuencia, esto que se ha dicho que no podían prestar esos servicios es una falsedad y una discriminación.

Solicitamos participar del Consejo Asesor de la Superintendencia de Salud. Esto se vuelve a poner en marcha. Permitirnos participar del debate de nuevos planes, no solamente del PMO, porque estos planes no están resolviendo todos los temas, queremos ver también si pueden darse planes parciales. No puede ser que una cooperativa que presta servicios parciales sea demandada porque alguien le pide un transplante de órganos que va a ser imposible de cubrir con cuotas de 10 o 15 pesos. Queremos participar del debate de la reforma del sector salud, porque éste la debe realizar, y es un problema muy delicado como para que opinen solamente las autoridades. Tenemos algunas ideas que mañana vamos a empezar a concretar para presentar como ponencias en el Congreso Argentino de la Cooperación. Creemos que podemos participar de esta situación, pero no sólo porque estamos en crisis, sino como en otros países, luego de la crisis, podemos seguir participando del modelo solidario de salud. De toda la contribución potencial a la reducción de la mortalidad, la atención de la enfermedad, a la cual se dedica en EEUU el

90% de los recursos en salud, aquí la contribución es sólo del 11%. Poniendo todos los recursos en la atención de la enfermedad sólo vamos a contribuir a la reducción de la mortalidad en un 11%. Si esos recursos se pusieran en otras entidades, como calidad de vida, vivienda, etc., nosotros tendríamos un impacto de casi el 50%; y en EEUU se dedica casi el 3%. En consecuencia, tenemos que virar el modelo e ir a aquello que impacta en la mortalidad, aquello que mejora los indicadores sanitarios y no solamente esperar que la gente se enferme.

¿Qué es lo que hemos hecho con los centros primarios de los cuales estamos orgullosos?: Mariano Acosta, el Hospital Unisol de San Gregorio, el Centro de María Juana y recientemente el de 2 de Mayo -todo esto hecho apenas en dos años, y hay otras localidades en las cuales estamos trabajando-. En estas cuatro localidades mencionadas, en extremos muy diferentes, la población tenía que trasladarse no menos de 15 kilómetros: en San Gregorio, 90; en 2 de Mayo 90 hasta Oberá y hasta Rafaela; en María Juana, el 80% de los partos nacían en el camino, no había ambulancia. Hoy hemos puesto estos servicios, que en algunos casos son considerados modelo, al punto tal que la ambulancia de Mariano Acosta ha sido contratada por el municipio de Merlo por ser la única que tiene alta complejidad y posibilidad de tener respirador y resucitadores cardíacos adentro de la ambulancia. En todo el partido de Merlo, de 200.000 habitantes, no hay ninguna.

Esto ha sido hecho con mucho esfuerzo, cariño y dedicación por parte de las cooperativas, y muestra que éstas pueden no declamar la atención primaria sino que pueden concretarla, lo cual muestra que tenemos posibilidades de avanzar. La atención primaria de salud es un modelo de atención orientado hacia la promoción, prevención y tratamiento de los problemas. Exige la participación social organizada de la comunidad, o sea, no es un modelo de los médicos. Por eso es un error conceptual grave a nuestro juicio que el Ministerio con el Plan Médico de Cabecera, al poner a médicos con una chaqueta de guardapolvo blanco y decirle que es un médico de atención primaria, confunde un médico con la atención primaria misma. Exige la participación social organizada de la comunidad: la salud no depende sólo de un gobierno y de un servicio hospitalario; contempla como actores a los propios beneficiarios.

Hablamos de descentralización y desconcentración, porque en nuestro país, todo lo que se hace concentrado huele mal. Piensen ustedes en el PAMI,

servicio centralizado exclusivamente, segundo presupuesto del país, que hace unos 20 años sirve como caja política y nadie puede poner en orden, ni siquiera la última directora, que era la que supuestamente tenía las mayores posibilidades.

Proponemos la búsqueda activa de la educación sanitaria: no sólo se trata de atender la enfermedad sino de mejorar la calidad de vida. Para tener atención primaria creemos que hay que hacer relevamientos epidemiológicos de las grandes patologías de salud. Hay que modificar los indicadores de salud, porque a veces uno va a ciudades donde le dicen que no hay problemas porque tienen dos hospitales, tres sanatorios, cien médicos, y al preguntar sobre los indicadores de salud la mortalidad infantil está en el 25 por mil. ¿Para qué sirve todo eso entonces? La salud se mide por indicadores y no por cuántos médicos hay en los hospitales. Puede haber muchos, pero la gente puede no tener plata para viajar. Hoy en día no hay que esperar que la gente llegue al hospital, sino que hay que salir a buscarla para mejorar los indicadores. Una historia clínica centralizada, una acción en terreno. Entrenamiento de agentes sanitarios. Esto es algo que también estamos viendo de poder hacer. En el caso de 2 de Mayo estamos diagramando una estrategia en la que podremos utilizar probablemente a un sector de las mujeres del Plan Jefes y Jefas con su acuerdo.

Así mismo, es necesaria la participación activa de la comunidad organizada. La salud no es un problema de los médicos ni del sector público sino de toda la comunidad. Campañas de prevención de la salud y educación de las principales enfermedades, articulación con el sector público, vacunas, equipamiento.

Argentina debe poner en el centro cómo lograr mejorar indicadores de salud y no solamente cómo se rediscute el negocio de la enfermedad. Para que se den una idea, lo esperable es el 10 por mil de mortalidad infantil. Por debajo de este índice hay tres países de la región que son Cuba, Costa Rica y Chile que tienen por debajo de 10 por mil de mortalidad infantil. Argentina tiene, para el 2002, 16,8 por mil y es probable que si se hacen bien las cuentas esté en el 18 por mil. Con estos indicadores y otros en los cuales la mortalidad materna es la principal causa de muerte en Jujuy (hasta ayer* en Jujuy se han denunciado 47 casos de dengue y hay un brote de rabia, enfermedad que estaba erradicada en los centros urba-

(*) Referencia deíctica: 10 de marzo de 2004.

nos desde hace muchísimos años). Todo esto tapado por un Ministerio que dice que «está todo bien». Esto es parte también del debate. En Argentina está todo de regular para abajo.

No es atención primaria poner un médico y decirle que vaya a atender gente. No es poner un centro comunitario y un centro de salud solamente (por eso es que los Centros de Salud Primarios de FAESS Unisol sabemos que son solamente parte de esto). No es poner un plan materno infantil en el cual ingresa plata para dar leche y así resolver los temas. No es un plan de vacunación errático, que después no resuelve. Es un plan de atención integral. Hemos discutido con los intendentes, que en este momento están diciendo que la salud es un problema del sector público. La salud es un problema que compete a las comunas, que compete a las intendencias, a los efectores. No es un problema del Ministerio de Salud. Quien así lo piense va a contribuir para que Argentina tenga mucha gente enferma y muerta.

Hoy se está hablando del aumento de la mortalidad infantil, pero en los próximos días se va a demostrar también que Argentina disminuyó la expectativa de vida de la población, que es el otro extremo. Y quisiera que vieran las cifras verdaderas de los suicidios del 2002-2003. La cantidad de gente que se suicidó, sobre todo en lugares como Entre Ríos; cifras que están tapadas, como otras cosas. Si no hay una estrategia, lo que vamos a hacer es más de lo mismo. Porque tengamos diez hospitales en la ciudad de Buenos Aires, no podemos decir que la salud está resuelta.

Cómo actuamos

Nosotros partimos de una encuesta para usuarios. Hemos relevado 30.000 personas y hemos detectado que más del 50% no tiene cobertura de salud (casi todo el interior); el 74% de los que la tienen dice que está insatisfecho. Hemos preguntado en lugares donde hay una cooperativa si quisieran que la cooperativa dé servicio de salud. Entre el 84 y el 90 % está diciendo que sí. Luego, sobre esa base, armamos el emprendimiento: no vamos a imponer un modelo sino que vamos a encontrarnos con una necesidad de la gente -incluyendo que la gente está pagando-. Preguntamos en 2 de Mayo si se podía pagar trece pesos. En seis meses el centro tiene más de mil personas afiliadas, con un casco urbano de cinco mil. Cuando la gente necesita algo lo necesita; estamos hablando de seis meses del Centro Primario Unisol.

Nosotros hacemos una encuesta de salud y un relevamiento de prestadores: qué cantidad de gente existe y demás. Muchas veces dicen que está todo bien y tienen médicos, hospital, etc. y la realidad no es así: en ninguna de las poblaciones donde pusimos centro de atención primaria tenían más de cuatro o cinco médicos y hoy sobrepasan los 75. San Gregorio tenía tres y hoy tiene quince. En 2 de Mayo había seis y ahora hay nueve. En María Juana había cinco y hoy hay veinte atendiendo. Se ha podido incluso dar empleo a profesionales. Recordemos que hoy más del cincuenta por ciento de la matrícula médica del país recoge menos de 500 pesos por mes de honorarios por la medicina: la crisis llegó al guardapolvo blanco.

En todos los proyectos solidarios tenemos que saber los costos prescacionales, las reservas técnicas, los gastos de comercialización, los sueldos, cargas sociales, la incobrabilidad, la promoción, la publicidad. Esta serie de cosas hacen que al llegar nos pregunten cómo las resolverán: deben en una planilla Excel hacer una proyección como si fuera una actividad económica, hacer cálculos y saber cómo va a ser la utilidad desde el punto de vista de ingresos y egresos, porque hoy tenemos que decir que los Centros de Atención Primaria, en la mayor parte de los casos, están ahí nomás desde el punto de vista económico; todavía no hay utilidades y todavía en algunos casos las cooperativas siguen poniendo dinero. Pero lo que han hecho es mejorar e impactar en los indicadores sanitarios de ese lugar, y ése es nuestro objetivo.

Para todo esto hay que hacer estas cosas. En Argentina es fácil inaugurar una ambulancia y cortar la cinta, pero un año después nadie la puede sostener. Esto ha pasado en otras estructuras. Quiero recordar que obras de hospitales inauguradas en la ciudad de Buenos Aires, hoy han sido declaradas obsoletas desde el punto de vista de que no han comenzado a funcionar: obras que se caen, se inundan. El hospital más grande de la Matanza, con una población de 1.000.000 de personas, solamente puede ser utilizado desde el segundo piso porque todo lo demás se anegó con las crecidas, porque fue hecho en un pozo sin ningún tipo de estudio. El Hospital Durand tiene la torre fundamental inutilizada, porque no hicieron el cálculo de la estructura de agua y, cuando prendieron el aparato de aire acondicionado, la rajadura llegó hasta el quirófano de la planta baja donde estaban operando. Todo este tipo de cosas demuestra la improvisación. Nosotros tenemos que demostrar que las cosas son diferentes.

Quiero señalar que se nos dijo que era más fácil destruir el Hospital de San Gregorio, que llevaba 49 años, y construirlo de nuevo, que repararlo. La cooperativa reparó, hizo los trabajos, lleva una gran inversión, y este hospital hoy en día inauguró dos pabellones (uno nuevo) y atiende 150 personas donde antes había dos o tres y hoy es un hospital modelo para esa población.

Algunas frases

Cuando uno comienza un proyecto, debe empezarse a diferenciarse. Estas son frases de alguna gente que yo he tomado y que forman parte como cierre de esto: «En los países desarrollados es difícil comenzar un proyecto y más fácil es continuarlo; en Argentina es al revés». Hay en este momento un programa circulando por TN en el que un periodista dice que todas las grandes obras de la Argentina comenzaron, se hicieron, invirtieron, y nunca se terminaron. Y es peor: en algunos casos nunca se comenzaron. Por ejemplo: el gobernador Reutemann nos dijo que para construir el terraplén, que tenía fondos asignados y que podría haber evitado la inundación de Santa Fe, sin hacer la obra, le pagó 240.000 dólares a la consultora.

«Las empresas médicas son un lugar donde los médicos, odontólogos, kinesiólogos y administradores se pelean y además se brindan servicios médicos». Esto que suena ridículo también es parte de nuestra cultura. Lo que tenemos son empresas y sectores donde se pelean y en el medio la gente llega pidiendo ser atendida. Esto pasa a diario en el hospital público donde yo trabajo, hasta con los camilleros. Acá hay que hacer el foco en la gente: el problema es la gente y se debe separar la frase de que la gente es una especie de cliente, ya que si la medicina no es una mercancía, el paciente no es un cliente. Es una persona que necesita como mínimo la opinión de un personal entrenado y calificado de salud, que le diga si aquello que siente o le preocupa puede venir de algo importante.

Algo que en la Argentina vamos a tener que plantear es que los proyectos fuertes necesitan de personas honestas, capaces y tenaces (de las últimas sobran, pero de las primeras no). Hemos tenido gente que ha sido enormemente capaz y tenaz pero profundamente deshonesto. Los proyectos débiles necesitan personas mediocres. Creo que ése es uno de los problemas que tenemos: qué persona pondremos al frente de los proyectos. Nosotros nos jactamos de las que colocamos al frente de los nuestros. El doctor Berardo en Mariano Acosta, presidente de la cooperativa, en este caso circuns-

tancialmente, ha logrado que la cooperativa desarrolle importantes emprendimientos y es una obra gigantesca, destacable en toda la comunidad del partido de Merlo. Una de las personas que pusimos a cargo del proyecto de 2 de Mayo acaba de ser electo como intendente de la comuna (ahí hay ley de Lemas; votaron 15 listas y le sacó al segundo 2.800 votos). En San Gregorio pusimos a un chacarero al frente y es un lujo. En María Juana hay una abogada y una ex gerente de banco, que de medicina ustedes se imaginan cuánto sabrán, pero ojo con quien vaya a tocar a «las chicas», que realmente están trabajando efectivamente a diario.

Conclusiones

En síntesis: para hacer emprendimientos no sólo hace falta gestión, ideas, sino también personas que se comprometan. Nosotros decimos que si no capacitamos a la gente y podemos hacer entender la idea, vamos a hacer más de lo mismo, que en Argentina significa probablemente mayor fracaso. Creo que la crisis del 2001 marca una inflexión. Todos tenemos que comprender que las cosas ya no van a poder ser como antes, ni debieran serlo, ni debemos dejarle la potestad a alguien sin poder definir solamente por una cuestión de que está en una actividad política o porque tiene el poder.

Acá las comunidades pueden participar, como sucede con la gente que participa en los consejos locales, como el caso de San Gregorio; acá podemos interaccionar con el sector público, desarrollar proyectos de salud y también, por esta razón, es que queremos tener todos los beneficios de los prestadores de salud. Porque no hay ninguna traba que pueda impedir, creemos nosotros, que las cooperativas sean agentes de seguro de salud. Si el Automóvil Club Argentino, entidad que surgió para poder cuidar a la gente que compraba autos y que los tenía, hoy es una obra social, explíquenme por qué el sector cooperativo que mueve el 40% de las cooperativas agropecuarias en el país, que tiene más de 150.000 empleados, siendo uno de los que más retuvo el empleo, que tiene 15.000 cooperativas, a pesar de que muchas de ellas no están en toda la actividad, que tiene en cooperativas de servicios públicos más del 20% de servicio, por qué no puede dar salud. Nosotros queremos los derechos, no queremos ser discriminados y queremos dar servicio. Las cooperativas no tienen rentabilidad, tienen reinversión en utilidades y servicios que reinvierten en servicios. Tienen cuerpos democráticos y la gente puede votar y elegir: son entidades democráticas en las que puede participar la gente. Esto no se da a diario.

Finalmente, no creemos que el sector cooperativo vaya a resolver los problemas de salud ni que vaya a contribuir a superar la emergencia sanitaria; lo que queremos es que nos dejen trabajar para demostrar que otro modelo es posible. Este es el sentido de lo que estamos haciendo, y ya llevamos tres años, hoy con logros y no sólo con discursos. En Argentina hablar es fácil, ser opositor es diez veces más fácil, pero ser constructor de proyectos es prácticamente imposible. Tenemos que juntar a la gente que tiene capacidad para hacerlo, a la gente que sabe gestionar los emprendimientos. Nos importa más el tratamiento que el diagnóstico; porque, como decimos los médicos, quizás el diagnóstico sea preciso, pero el paciente murió, y eso es lo que no queremos que pase. Finalmente, estas son algunas ideas para el debate y también para la acción.



Ricardo López hace uso de la palabra, durante las Jornadas organizadas por FAESS.

Situación del Sector Salud

*Rubén Torres*⁵

En primer lugar quiero agradecer que hayan invitado. Creo que estamos entre amigos, ya que hemos tenido la oportunidad de charlar muchas veces. Me han pedido que hable de la situación del sector salud en Argentina, lugar que debiera ocupar el Ministro, que es el responsable de tratar de pegar todos esos pedazos en que está fragmentado el sistema de salud en la Argentina y del cual yo soy responsable de una parte -no poco importante pero de una parte solamente-. Les agradezco, porque tener esta cosmovisión es interesante desde todo punto de vista.

Voy a hacer algunas reflexiones personales, como integrante del equipo que tiene la responsabilidad de la rectoría de la salud en Argentina. Hay que tener en cuenta, cuando se habla de cambiar las cosas en Argentina, que el Ministerio no tiene la posibilidad de hacer cambios muy rápidos o por lo menos que tengan la velocidad que deseáramos, y esto no es un problema burocrático sino de la organización nacional. Somos una república federal, y, las decisiones que el Ministro de Salud toma, en especial sobre los aspectos más candentes, como el manejo del hospital público, son decisiones que tienen que estar discutidas con cada una de las jurisdicciones, y, el responsable de tomar la decisión final es la jurisdicción provincial que corresponda, que es la dueña de los hospitales. Así que el Ministro de Salud de la Nación queda limitado al establecer principios rectores de hacia dónde vamos. Después, que esos principios sean aplicados es una resolución de cada una de las jurisdicciones.

Los comentarios que quiero hacerles están enmarcados en tres perspectivas: cómo se financia el sistema, cómo se gestiona y cómo es la entrega o llegada de las prestaciones a cada uno de los beneficiarios de ese sistema. Voy a empezar por el financiamiento, que es el tema clave acá. Si ustedes vieran un cuadro de cuál es el volumen total de dinero en millones de pesos que Argentina viene gastando en salud en los últimos diez años, van a ver no sólo que es mucho (cuando era en dólares era una cantidad muy impor-

(5) Superintendente de Salud- Superintendencia de Servicios de Salud.

tante) sino que en el último año, el 2003, esto rondó en los 28 mil millones de pesos (27.800 millones) lo cual es muchísimo dinero.

El financiamiento del sistema de salud

Acá tenemos que hacer una salvedad importante -los que prestan servicios de salud lo saben, los que compran servicios lo saben-, que es el quiebre del 2001 en adelante con la ruptura de la convertibilidad, cuando el servicio quedó fijado en pesos y el valor de los insumos en especial en muchos casos siguió afectado en valor dólar. Esto ha generado una diferencia entre lo que tenemos para comprar y lo que tenemos para gastar que es muy importante; no tanto como sospechábamos al comienzo de la crisis, en enero del 2002, cuando se hablaba de un dólar a 8 o 10 pesos, pero de cualquier forma sigue siendo un salto importante.

Si nosotros tradujéramos esto a cuánto invierte hoy el país por cada uno de sus habitantes en salud, en dólares, veríamos que la diferencia es brutal. En el 2001 invertíamos cerca de 700 dólares por habitante por año; hoy eso da 240 dólares. Esa cifra nos colocaba en el 2001 entre los primeros países de América en el gasto en salud por habitante, y nos coloca hoy en el lote de los países latinoamericanos que están entre los 200 y 300 dólares.

Acá viene una primera observación complicada. Mi abuelita decía que cuando uno es pobre toda la vida y después se transforma en rico la cosa es muy fácil; el problema es cuando uno fue rico toda la vida y luego debe acostumbrarse a vivir con menos. Argentina es un país que toda la vida, por su pensamiento social y visión de la situación, estuvo acostumbrado a un nivel de prestaciones (no sólo en salud sino también en otros sectores) de un país en vías de desarrollo; más cercano a un pensamiento europeo o norteamericano que a uno latinoamericano. Esta es la realidad que se expresa en hechos sociales, como el que sucedió hace quince días atrás, cuando el principal diario argentino* puso en tapa la situación del aumento de precio de la medicina prepaga. Cuando uno se pone a pensar a quién afecta esto, lo hace a unas 800.000 personas, el 99% de las cuales vive en la Capital Federal, y que son nivel ABC y que pueden comprar y disponen de una capacidad de pago importante. Eso fue tapa de los diarios. Esto demuestra que

(*) Se refiere al diario *Clarín* del 29 de febrero de 2004.

evidentemente hay un pensamiento social que está distorsionado con respecto a la realidad del país, ya que esto pasa en un lugar donde se mueren 17 chicos de cada mil que nacen, donde la desigualdad entre las regiones es brutal. No hemos podido resolver esa situación a pesar de que teníamos un financiamiento adecuado.

Como primer análisis de este financiamiento y de estos poco más de dos años que llevamos en el gobierno del sector, deberíamos decir algo que además dijo el Ministro y lo planteó públicamente: «Vamos a tratar de que no se caiga todo». Esta era la realidad en enero del 2002, cuando en el sector de la seguridad social había obras sociales que no recaudaban ni la mitad de sus cápitas. La recaudación del Fondo Solidario de Redistribución de febrero de 2002 no alcanzó ni para hacer la distribución automática del fondo solidario; estamos en una situación de catástrofe final del país. Y nuestra situación era qué vamos a hacer para que esto se sostenga mientras dure la crisis y comience a tener principio de resolución. Hoy visto a dos años de distancia de esa situación podríamos decir que el sistema no se ha caído. Sigue estando en peligro, sigue estando en emergencia; pero evidentemente no se ha caído y esto lo podemos analizar en cada uno de los tres subsectores. Fíjense ustedes en el que menos nos interesa por el porcentaje del grupo de gente que afecta: el sector privado (me refiero básicamente a la medicina prepaga) es un sector que se ha sostenido, quizá fruto de su inserción dentro de la seguridad social, de que ha hecho colchón en otras épocas. Ha perdido volumen de afiliados, pero no creo que sea en la cantidad que ellos dicen, porque si bien ha perdido afiliados directos ha ganado afiliados corporativos, porque se ha metido para mi gusto deslealmente (y no digo ilegalmente porque la ley se lo permite) en el campo de la seguridad social y de ahí ha robado numerosos afiliados. El campo del sector público, si bien está en una emergencia crítica, es un sector que ha podido sostener las prestaciones. El hospital público está con dificultades, pero a lo largo de estos dos años ha sostenido un aumento de la presión importante sin caerse. Y el sector de la seguridad social, si bien no es un dechado de virtudes, hoy las finanzas de las obras sociales en general han mejorado, el nivel de prestaciones ha mejorado y el nivel de acotamiento de la deuda que tenían hacia atrás está en franca disminución. Es decir que el objetivo primario de sostener al sector se ha conseguido.

El otro tema vinculado con el financiamiento es cómo está repartido ese gasto. Acá sí hay un problema muy serio, en la relación entre la cantidad de gente cubierta y la cantidad de dinero que se coloca en cada uno de esos

sectores. El sector privado, el de los que tienen seguros voluntarios, posee 3 millones de personas. Esa gente se lleva del gasto 3.500 millones de pesos. El sector público tiene unos 17 millones de personas, y en él se invierten 6.800 millones de pesos. Esta es la primera gran diferencia que hay. Nuestro sector, el de seguridad social, cubre a 17 millones de personas y se gastan en ellas 8.000 millones de pesos. Hay una gran discrepancia en las poblaciones a cubrir y en cómo están asignados los gastos del país. Esto sin contar los gastos de bolsillo. Se dijo antes que se gastan en la Argentina 27.000 millones. Yo estoy hablando de 8, 6 y 3.000 millones, es decir 17.000 millones de pesos. Los 10.000 millones que faltan son gastos de bolsillo: 9.500 millones de gastos de bolsillo directo. Muchos de esos gastos de bolsillo llegan a algunas instituciones de ustedes, porque no están estudiadas en este flujo de gastos, y mucho de este dinero sale de los bolsillos de los trabajadores argentinos que pagan copagos por fuera del sistema (copagos y no coseguros). El resto sale del bolsillo de los argentinos todos los días en la compra de medicamentos y otro tipo de cosas. Más que resolver el problema de la fragmentación por el simple hecho de la superposición de servicios, de la sobreoferta, del uso inadecuado y demás, tenemos que resolverlo también porque acá existe una inequidad brutal en la asignación de los recursos en cada uno de los sectores. Con otro riesgo importante: el sector que más gasta, que es el de la seguridad social, vinculada básicamente al aporte de los trabajadores y empleadores, es un sector que además de haber sufrido fuertemente los embates de las políticas neoliberales en su momento, tiene un futuro u horizonte de crecimiento que debe medirse con cierta laxitud.

En la década del setenta, cuando se produce el desbarranque del crecimiento económico, después de la crisis del petróleo, se produce un quiebre muy claro en cómo ha crecido el empleo en los países de toda América Latina. A partir de la década del 80 el crecimiento económico comienza a recuperarse, pero no el empleo. Si bien esto es una demostración bastante gruesa del problema, lo que dicen los datos del conjunto del mundo hoy, es que si bien existe una cierta elasticidad del crecimiento económico que va a generar el crecimiento del empleo, ya no cabe esperar en el futuro una sociedad de empleo pleno como la que teníamos en el 50, 60 o comienzos del 70. Por lo tanto, pensar que ese sector va a poder seguir financiándose con aportes exclusivamente provenientes del trabajo sería negar la realidad.

Esto abre claramente una disyuntiva de política sanitaria decisiva. La base, por lo menos en Argentina de un seguro universal, probablemente

tenga que surgir del sector de la seguridad social, pero evidentemente no va a poder sostenerse exclusivamente con el aporte y las contribuciones sino que va a tener que tener un fuerte aporte del Estado Nacional a través de lo que significa un seguro de cobertura para aquellos que no tienen trabajo, y además con la integración de un sector privado que, necesariamente, en sus formas con fines de lucro y sin fines de lucro se integren a esta prestación de servicio, porque no hay otra alternativa. Si uno se fija lo que pasa en los otros países del mundo ésta es la solución que todos encontraron.

El trabajo no va a poder seguir siendo el sostenimiento, ya que en América Latina y también en Argentina está aumentando fuertemente el trabajo informal. Además, hay gente que tiene trabajo formal pero no se efectúan los aportes del modo en que corresponde. Esto habla de dos acciones que hay que tomar: disminuir la evasión previsional y establecer políticas de empleo que formalicen a los trabajadores. Aun así es muy difícil que eso alcance para sostener el financiamiento de la salud. Este es un aspecto del financiamiento: cuánta plata tenemos, cómo la aplicamos. El otro aspecto, si llegamos por lo menos a un acuerdo formal de que tendría que haber una unificación de la financiación para que esos recursos sean usados con más racionalidad, sería en qué vamos a usar los recursos, porque si no, podemos volver a la época del 2001 para atrás, en la cual gastábamos muchísimo dinero, y sin embargo los resultados seguían siendo muy malos. Teníamos tantos desprotegidos como ahora, tanta mortalidad infantil como la actual, una mortalidad materna vergonzosa, como tenemos en algunos lugares del país todavía, mientras algunos otros se daban el lujo de hacerse estudios sin sentido, comprar medicamentos cuya utilidad terapéutica es mucho más que discutible, etc. Además de ver entonces con qué plata contamos, hay que ver cómo se va a utilizar. Ahí creo que ustedes tienen un papel decisivo, porque lo están realizando en este momento. El otro papel decisivo lo va a tener que tomar el conjunto de la sociedad y no el gobierno, que puede tomar medidas en forma de leyes, inducir conductas y demás; pero es un problema cultural básicamente.

De una vez por todas tenemos que dejar de declamar sobre atención primaria y comenzar a aplicarla. Esto no se puede hacer sólo desde el gobierno, porque la decisión de dónde poner los fondos de salud es básicamente jurisdiccional, y además esto implica luchar contra situaciones muy instaladas en el país. Si uno quiere hacer atención primaria de verdad, le tiene que pagar más a los médicos. Si los médicos piden pavadas puede ser

resultado de dos situaciones: del hecho de que estén mal formados, y de que han adquirido la cultura de que no tienen tiempo para atender al paciente. Si escucharan más al paciente pedirían menos estudios, o sólo los estrictamente necesarios. Para que el médico disponga de más tiempo, y nosotros podamos ejercer el poder de decirle que se dedique a la atención primaria, evidentemente debemos financiar a ese sector, y dejar de poner la financiación en otro sector que hoy se lleva la parte del león en las prestaciones. Los fondos los tenemos que trasladar, porque no hay más para poner, debemos trasladarlos paulatinamente para modificar la situación.

Surge otro problema cultural a resolver: es el problema de la sociedad que no aprecia la atención primaria como una actividad valorable social y tecnológicamente. En los últimos 40 años probablemente la medicina y las ciencias biológicas hayan crecido y hayan tenido un aporte más importante que el que tuvieron desde la época de Hipócrates; se han resuelto algunas situaciones muy importantes con respecto a algunas enfermedades. Esto es una realidad.

Lamentablemente, y en esto tiene que ver la propaganda mediática (no sólo de los laboratorios de especialidades medicinales sino de lo que yo llamo «el complejo médico industrial», fabricantes de aparatología, etc.), que ha metido en la cabeza del conjunto de la sociedad que hoy todas las enfermedades se curan y que la muerte es un hecho probable pero que no vamos a morir nunca, ya que la medicina es capaz de curarlo todo. El comportamiento de la sociedad es así: cuánto más medicina se haga es mejor. Un ejemplo de esto es el PMO, que yo sufro porque todos vienen a pedir que les pongamos más cosas, cuando yo creo que debe haber menos, sólo las necesarias y no todo lo que está disponible.

Tenemos una dura batalla todos nosotros. Primero por el financiamiento, en la cual la mayor parte de la responsabilidad es nuestra, del gobierno; pero hay una parte cultural en la cual tenemos que intervenir todos. Cambiar el pensamiento de la sociedad argentina va a ser difícil.

La gestión del sistema de salud

El otro aspecto es la gestión: cómo se hace para cambiar este sistema que hoy tenemos fragmentado, con la visión puesta en el hospital y en la alta tecnología, en un sistema que sea más accesible y cercano a la gente, y disponible para todos. Habrán leído últimamente en los diarios, y escucha-

do al Ministro en expresiones públicas, que se ha elaborado un Plan Federal de Salud, que ha contado con la aquiescencia del conjunto de los Ministros de Salud Provinciales en el marco del COFESA, el Consejo Federal de Salud, en el cual se ha llegado a acuerdos mínimos respecto de algunas situaciones. Con respecto a lo que a ustedes les interesa particularmente, el Plan Federal de Salud estipula claramente que a partir de ahora todos los fondos de los que disponga el Ministerio Nacional, que son pocos (el 16% de todo el gasto público que se hace, el resto lo disponen las provincias y los municipios), va a estar enfocado exclusivamente a trabajos de la atención primaria de la salud. Esto en lo que hace a dónde ponemos nosotros los fondos; para que esté claro dónde podemos influir: 1.600 residencias financiadas por el Ministerio en todo el país.

Acá va a haber cambios de las especialidades que se van a dejar de financiar: hay superpoblación, por ejemplo, de cirujanos, en la mayoría de las regiones del país. Además, las provincias que son beneficiarias de este financiamiento para formar especialistas no les dan ubicación en el sector público cuando terminan la residencia. Terminamos formando cirujanos y clínicos para que después los utilice la medicina privada. No nos parece lógico, ya que el financiamiento en este campo es exclusivamente público. Vamos a una política en la cual vamos a privilegiar la atención primaria. Financiamos aquellas actividades que creemos que tienen que ver con esta intención. El otro lugar donde ponemos mucho dinero es en los denominados «programas de transmisión verticales»: ración de leche a las provincias, el programa «Remediar», que lleva muchísimo dinero a las provincias. Pretendemos con esto lograr un sobrefinanciamiento; conseguir más dinero para estos programas verticales y aplicarlo a lo que será el Seguro Nacional de Maternidad e Infancia, del cual alguna vez he hablado yo con ustedes porque tuve el privilegio de avanzar en el diseño. Ahora está muy avanzado el tema: están decididas las provincias de comienzo, hay varias ya con actividades funcionando, y armando sus unidades de funcionamiento. El objetivo de este Seguro, independientemente de sus objetivos epidemiológicos que quedan claros, es disminuir la mortalidad materna y la mortalidad infantil (el seguro cubre chicos de 6 años para abajo y madres embarazadas); el objetivo no es pasarle plata a las provincias para que éstas hagan lo que quieran, sino sobrefinanciarle a las provincias una actividad que ya con la financiación que tienen deberían desarrollar, y que realmente por problemas de gestión, decisión política, etc., no se obtienen los resultados esperados. Se va a poner dinero en las 9 provincias del noroeste y el noreste,

que son los más altos indicadores de mortalidad materna y mortalidad infantil. Ese dinero va contra contratos de gestión de cada una de esas provincias con participación de prestadores públicos y privados en los cuales la transferencia de dinero se va a hacer exclusivamente contra el cumplimiento de metas. Se va a transferir el dinero, no para que se haga, por ejemplo, neonatología, sino en función de que se pueda disminuir la mortalidad infantil o la materna, o le ofrezca cobertura a chicos por debajo de los seis años. Este diseño está terminado y aprobado. Tiene un financiamiento por parte del Ministerio que actualmente está en funcionamiento instalando todos los mecanismos de pago en las provincias donde se va a realizar el seguro. Estamos esperando el resto del financiamiento que debe ser internacional, porque la Nación no dispone en estos momentos del dinero.

¿En qué otro aspecto el Ministerio puede intervenir? En el campo de la seguridad social tenemos un doble problema además del financiamiento. Además del problema general de la fragmentación del sistema hacia afuera, nosotros tenemos el problema de la fragmentación hacia adentro: tenemos 280 obras sociales. Observamos hoy como fenómeno prestacional importante, una regular a buena prestación en el ámbito metropolitano, donde las obras sociales tienen el 80% de sus beneficiarios (cuando digo ámbito metropolitano me refiero a las siete provincias donde esas obras sociales tienen su 80% de beneficiarios: Córdoba, Mendoza, Santa Fe, Tucumán, Buenos Aires, Capital) y luego una muy regular a mala prestación en el resto de las provincias, donde hay otros dos millones de afiliados a las obras sociales. Independientemente de los problemas generales que tiene el sistema, de financiamiento y demás, existe una disputa de poder económico hacia adentro del sistema. La obra social recauda centralizadamente, y a pesar de que la ley dice que debe trasladar el 70% de lo que se recauda regionalmente a cada uno de sus distritos, habitualmente no sucede. La obra social gasta la mayor parte del dinero en Capital Federal y Gran Buenos Aires, y después lo que sobra lo manda a las jurisdicciones que quedan, con lo cual éstas tienen serios problemas para sostener sus prestaciones. Eso lo viven ustedes, porque esta gente desprotegida termina siendo cliente de ustedes o del hospital público.

La llegada de las prestaciones a los beneficiarios del sistema de salud

A esto se agregó otro problema muy serio que es la presencia de las gerencadoras. Esto ha sido terrible en el sistema, ha tenido un efecto brutal

en él. Cuando uno analiza la intermediación parásita (y estono quiere decir que no puedan cumplir funciones importantes; incluso creo que en algunos casos son necesarias), la que no cumple ningún valor agregado, descubre lo siguiente: la obra social ha inventado la gerenciadora para generar un sobrepago por fuera del 8% del gasto administrativo que está autorizado a pagar y de esta forma obtener beneficios ilegales para sus funcionarios, y por otra parte la gerenciadora nació porque ha habido en el mercado de las ofertas sanatoriales y profesionales de todo tipo una suerte de impericia para gestionar, que generó que se consolidaran en el mercado. El resultado es que hoy, independientemente del hecho de por qué nacieron, están en el mercado y producen efectos devastadores en él al quedarse con un porcentaje importante por su trámite administrativo, para no llamarlo de otra manera. Mucho del dinero destinado a la atención médica se queda en los bolsillos de la gerenciación; y luego a ese hecho se le agrega la corrupción. Otro efecto es que han provocado una deslegitimación de los prestadores: han caído los honorarios médicos, los sanatoriales, han generado en el mercado una situación de intratabilidad entre los que financian y los que prestan: nadie quiere sentarse a conversar porque piensa que no le van a pagar o que detrás se esconde algo. Se ha enrarecido el mercado de una manera brutal. Y, por último, se produjo, además, el más terrible de los efectos que es que la gente no tiene prestaciones. El paradigma de esto ha sido PAMI, y en menor medida esto ha sucedido en el resto de las obras sociales.

¿Qué vamos a hacer en este campo? En el campo público, el Seguro de Maternidad e Infancia, todo el dinero y el esfuerzo de rectoría en la atención primaria. En el campo de la seguridad social: avanzar sobre dos situaciones. Primero: la regulación de la medicina prepaga (en este momento no se puede hacer demasiado porque no tenemos sustento legal para hacerlo), ya que la única forma de actuar es una vez que el parlamento defina si ésta se puede regular. Hace dos años que nosotros impulsamos una ley de regulación de la prepaga que hoy está en el Senado. El problema del precio se discute aparte. El problema acá es el de regular cómo estas entidades, que tienen fines de lucro, establecen su relación con la seguridad social. A mí no me interesa si la gente quiere pagar. Si un trabajador legítimamente decide sacar el dinero de su bolsillo para pagar más y conseguir una prestación más linda o en un lugar mejor, me parece que está en su derecho. Lo que creo que es antiético es que esa entidad, que le cobra por afuera de su aporte, se beneficie de un sistema solidario como es el de la seguridad social, donde el que más gana es el que más pone para que después, cuando haya que hacer

un trasplante, el que gana menos pueda recibirlo igual al que gana más. Si estamos convencidos de que tenemos que vivir en una república solidaria, ese señor que quiere pagar más tiene que aportar al fondo común. Esa es para mí una realidad incontrovertible, y es la razón por la cual hay que regular el sistema de medicina prepaga. Lo demás es más que discutible: precios, avales, etc., son secundarios. Cuando nuestros legisladores piensan en medicina prepaga piensan en Buenos Aires y los seis monstruos que se disputan su mercado. A mí sólo me interesan en su relación con la seguridad social, pero no en su relación con el público masivo, ya que tienen avales suficientes, tienen seis o siete sanatorios cada uno, etc. Ninguno de ellos se va a ir mañana y dejar los sanatorios; de última se fusionarán entre ellos, pero permanecerán en el mercado.

El problema de la regulación de la medicina prepaga y su relación con el consumidor es de las provincias, donde sale cualquier trucho a ofrecer un plan de veinte pesos con un papelito y no se sabe qué aval tiene para hacerlo, cuando ese papel puede ser cumplido por mutuales, entidades cooperativas y demás que tienen trayectoria para hacerlo; ése es el mercado que yo veo muy distorsionado. Sin embargo, los legisladores piensan en la Capital Federal; los senadores, que son representantes de las provincias de las cuales provienen, cuando votan, lo hacen como si fueran porteños, en lugar de defender los intereses de sus regiones. Empujaremos un avance en la regulación de la medicina prepaga, para establecer entre otras cosas esto: definir qué es medicina prepaga, para que las entidades de ustedes puedan hallar un lugar en este mercado con reglas de juego comunes para todos. La intención de la ley que nosotros impulsamos es también permitir planes parciales, cosas que ustedes hacen hoy y que están en el borde de la ley pero las hacen. ¿Para qué van a estar en esa situación? Si esto ya está instalado y puede ser beneficioso para el sector público.

Un señor que hoy no puede pagar doscientos pesos de su medicina prepaga porque se cayó económicamente, quizás pueda pagar veinte pesos y que se le brinde atención primaria. Como no lo puede hacer porque no está la oferta en el mercado, termina siendo cliente del hospital público. ¿Por qué no dar entonces la oportunidad de acceder a prestaciones así y desintoxicar de alguna manera al hospital público de la presión que tiene?

Creo que esto es legítimo, la seguridad social estaría de acuerdo porque le permitiría hasta sostener a los trabajadores a tiempo parcial, a los que

tienen aportes bajos. Nos permitiría retenerlos dentro del sistema y ofrecerles garantías de protección. Les permitiría a ustedes ofrecer sus productos en el campo de la legalidad y legitimidad absolutas. Estamos impulsando esto fuertemente.

Otra cosa que empezamos es un proyecto llamado de «regionalización», apuntando básicamente a la eliminación de las intermediarias en su primera etapa, y en su segunda etapa a establecerles un modelo prestacional. Estamos sacando, ya a partir del mes próximo, algunas resoluciones; una salió y fui insultado públicamente, la 7 del 2004, donde yo establezco qué es una gerenciadora. Me llamaron para insultarme y decirme que yo hablo contra las gerenciadoras y saco esa resolución. Aclaro que lo hicimos a propósito, porque la ley 23.660 establece y habla de mandatarias y gerenciadoras, pero nunca normatizó qué era cada una de ellas, por lo que aquello que no está prohibido por la ley está permitido, y eso permitió que las gerenciadoras actuaran en el mercado. Definimos qué es: tiene que actuar en nombre de la obra social. No puede actuar por sí misma. No puede hacer prestaciones a la obra social además de ser su gerenciadora, es una o la otra cosa. El costo de la gerenciadora no puede superar el 8% del gasto administrativo de la obra social, lo cual limita absolutamente dónde pueden actuar. Este es el primer paso del plan de regionalización; el segundo es que aquellas obras sociales que tengan los servicios cortados no van a poder contratar más en forma solitaria, tendrán que sentarse en una mesa de negociación de la cual participará la Superintendencia, y tendrán que hacer contratos directos con los prestadores, con dos condicionamientos: primero los prestadores tendrán un sistema de certificación que dirá quiénes pueden y quiénes no pueden prestar. Como cambio para esto, van a recibir pago automático de sus prestaciones, que significa que si a los 90 días la obra social no le hizo efectiva la prestación, le vamos a debitar, igual que hacemos con el hospital público hoy, las prestaciones; sea un prestador público o uno privado. Por supuesto, la obra social va a conservar la libertad de negociar su contrato con cada uno de los prestadores; lo único que va a imponer la Superintendencia es que aquel prestador que haga un contrato con una obra social del sistema, en el momento en que le corte el servicio o le cobre plus, o haga alguno de los mecanismos habituales que se hacen en el mercado, automáticamente lo inhabilitamos de ser prestador de todas las obras sociales nacionales, bajándolo del régimen.

La intención es transparentar el mercado. ¿Por qué lo hacemos? Las entidades médicas y sanatoriales han venido quejándose de la gerencia pará-

sita; hemos decidido sacarla y dejar en las manos médicas, sanatoriales, profesionales y demás, la responsabilidad de manejar esto correctamente. Para esto le damos una ventaja: débito automático, garantía de pago. Pero también le vamos a exigir condiciones brutales respecto de los cumplimientos de las obras sociales. Creo que ésta es la forma legítima de reestablecer la relación entre prestadores y financiadores. Estamos muy esperanzados en que esta situación funcione, de lo contrario no creo que haya salida posible.

En este mismo campo de políticas generales, en estos días va a salir la primera modificación del Programa Médico Obligatorio, que es de emergencia y ha sido prorrogado por la nueva ley de emergencia sanitaria hasta el 30 de junio del 2004, y se le ha encomendado a la Superintendencia la instalación de un PMO definitivo. En estos días vamos a dar el primer cambio, que tomamos parcialmente porque tiene que ver con la política general de medicamentos que ha establecido el ministro. El cambio va a ser que las obras sociales, a partir de ahora, van a tener la obligación de cobertura del 70% del costo de medicamentos para pacientes crónicos en seis enfermedades predeterminadas por la autoridad de aplicación, entre ellas la hipertensión, el hipercolesterolemia, la epilepsia. Esta medida va en línea con la política del Ministro. Primero: adoptamos el formulario terapéutico nacional de la COMRA (Confederación Médica de la República Argentina), que tiene un sustento ético y técnico absolutamente claro. En segundo lugar, establecemos y vamos a actuar, con campañas publicitarias y con acciones con las obras sociales, el precio de referencia; el paciente va a recibir un descuento de monto fijo, que va a ser el 70% del precio de referencia de los medicamentos incluidos en la lista. ¿Por qué lo hacemos? Porque estábamos observando dos distorsiones en el mercado que hacían los prepagos en especial y ahora también las obras sociales: establecían un convenio con la industria farmacéutica y restringían el vademécum. Decían por ejemplo: «Nosotros recetamos estas seis marcas y, a cambio, nos retribuyen los laboratorios la totalidad del 40% o parte de ella». Esto, fuera de la discusión ética, es ilegal en Argentina, porque la ley de prescripción entre genéricos dice que el paciente puede elegir entre cualquiera de los medicamentos que están a la venta y no de un vademécum restringido. A partir de ahora, las obras sociales nos tienen que informar y presentar los contratos que firman con las mandatarias farmacéuticas, para que los aprobemos y no haya ningún tipo de restricción en el vademécum. Lo que buscamos es una medida epidemiológica. Hoy el 90% de las obras sociales en Argentina no sabe quiénes son sus pacientes hipertensos, diabéticos o epilépticos. Como dicen: las cosas empiezan a doler por el bolsillo o por el

estómago. Acá va a ser por el bolsillo. Si no controlan quiénes son sus pacientes de estas características y no los proveen de medicamentos como corresponde, van a tener problemas. Por fin vamos a saber quiénes son los pacientes crónicos que sostienen las obras sociales. Si una obra social gestiona correctamente esto, el impacto económico es despreciable prácticamente sobre el gasto de medicamentos. Esto lo tenemos medido, y sabemos que la obra social lo puede afrontar.

¿Hacia dónde vamos con el mecanismo de regionalización de las obras sociales? No es sólo un mecanismo económico de castigo a la obra social dando libre pago a los prestadores y de beneficio a los prestadores. El objetivo es prestacional, de gestión. Queremos que en esta primera etapa las obras sociales contraten en forma directa con los prestadores, pero en la próxima etapa establecer un modelo prestacional; además vamos a decirles qué contrato van a firmar con el prestador, para que el servicio no esté en manos del prestador ni en manos de la obra social, sino que tenga alguna línea con la política nacional. Esto significa que cuando una obra social firme con un colegio médico o con una entidad de otro tipo que le preste servicios, tenga que poner el acento y la financiación predominantemente en el primer nivel de atención. Este es el objetivo final, así lo entiendan o no mis amigos o enemigos sindicalistas. Este es el fondo de la cuestión: es epidemiológico y no específicamente económico, político o de otra naturaleza.

Fuera de lo que es esta breve explicación de las políticas que el Ministro va a aplicar y demás, creo que la pelea fundamental en la Argentina pasa muy por afuera de la conformación del sector como tal. Creo que pasa básicamente por algo que el Ministro repite muy frecuentemente: que la Argentina no es un país pobre, sino injusto. Mientras no podamos resolver eso, no vamos a resolver el problema de salud. Desde el decil más pobre hasta el más rico, la diferencia de cuánto se queda cada sector del PBI de la Argentina es brutal. El primer sector está ocupado por los desocupados y los que tienen Plan Jefes y Jefas de Hogar. El tercer sector son trabajadores formales, que hoy ganan 450 pesos: ese grupo se queda con el 1,4 del PBI, mientras que los sectores nueve y diez se quedan con el 38% del PBI; ésa es una distribución brutal de la riqueza. Eso no se resuelve desde el sector salud solamente, sino desde medidas de trabajo (no sólo de creación de trabajo sino de condiciones decentes, donde entre a jugar la formalidad, la protección y el nivel del salario). Esto se dio no sólo por el desempleo, sino

también porque aquellos que lo tienen (independientemente de las últimas mediciones que indican que ha mejorado parcialmente), tienen salarios extremadamente bajos y muchos de los trabajadores son pobres. Hay que tomar medidas de educación: hay un montón de oferta de trabajo que no tiene gente capacitada para poder cubrirla. No hay torneros, técnicos elementales y demás. También hay una tarea para el sector salud: esta brecha entre los más ricos y los más pobres se debe achicar.

El Plan Remediar es una medida para lograrlo; hacer llegar medicamentos gratuitamente a 15 millones de personas es una medida para hacerlo. La creación y mejora de puestos de trabajo en salud es otra medida muy fuerte para ello: el sector salud es uno de los que más mano de obra intensiva requiere y hay muchas cosas para hacer en salud en la Argentina. Muchas gracias por su atención. Quedo a su disposición para cualquier comentario o pregunta.