

¿Reducir desigualdades o ampliar la brecha?

12 pagina12.com.ar/432861-reducir-desigualdades-o-ampliar-la-brecha

Página|12



Argentina está debatiendo **la reforma del sistema de salud**. Un debate que debe ser dado en toda su profundidad si el objetivo es que esa reforma sea, en efecto, una reforma y no apenas un mero ajuste técnico. **Los sistemas de salud expresan opciones políticas**. Por eso, las reformas que se proponen transformarlos no pueden desvincularse de procesos políticos más amplios y de las relaciones que el gobierno establece con los diferentes sectores de la sociedad.

Pensar una reforma sanitaria que exprese y responda a las necesidades sociales implica intervenir sobre el **carácter desigual, fragmentado y concentrado** que caracteriza al sistema de salud.

Entre otros aspectos, se requiere comprender la heterogeneidad de los modelos de cuidado y atención que existen en el sistema y cuáles consideramos que debería tener; qué concepciones de salud existen en la sociedad y a qué concepción de salud queremos que ese sistema responda; qué organizaciones deben fortalecerse para reducir las múltiples desigualdades de acceso; qué intereses son los que se priorizan y se ven beneficiados en la configuración actual; cómo generar mecanismos solidarios que permitan una redistribución equitativa de los recursos.

La forma que adquieren las políticas de salud depende de las estructuras del mercado, pero también de las ideas políticas y las visiones de lo público que subyacen en las políticas de gobierno. Hoy la pregunta es: ¿cómo se presentan estos elementos en el debate actual sobre el sistema de salud?

Especialistas que abordaron esta problemática advierten sobre los riesgos que se corren cuando se busca implementar modelos sanitarios elaborados en proyectos de reforma difundidos internacionalmente como exitosos pero que poco tienen que ver con el contexto local: dicho de otro modo, los arreglos institucionales, los actores y organizaciones involucradas y las políticas previas condicionan cualquier reforma.

En la región existen casos cercanos, como **Chile y Colombia**, y no tanto, **Estados Unidos**, que han implementado **reformas** basadas en **paquetes mínimos de prestaciones y de cobertura obligatoria**. Llamativamente o no tanto **se han difundido muy poco los altos niveles de judicialización** que predominan en esos sistemas de salud, producto de incumplimientos de diverso tipo por parte de las organizaciones privadas y las débiles regulaciones estatales. Tampoco se conocen los altos niveles de **ineficiencia** y los **aumentos desmedidos de precios** que caracterizan a los modelos de prestación de servicios de salud en Chile y Colombia.

En efecto, tanto en el sistema chileno como en el colombiano hubo que realizar innumerables modificaciones para **intentar corregir los graves problemas** de acceso a la atención sanitaria vinculado a las prácticas de segmentación, exclusión y reducción de prestaciones, así como otras prácticas abusivas que son tan frecuentes en ambos modelos de atención.

Existen **factores que estimulan** directa o indirectamente **los procesos de privatización en el área de salud** como el **estancamiento del gasto del Estado**, la economía informal, la baja calidad del sector público y, en el caso de los países de América Latina, **la influencia de grupos tecnocráticos que difunden ideas neoliberales que permean en el sentido común para promover la búsqueda de salidas individuales**.

En la Argentina, al igual que en otros países de la región, **las corporaciones** privadas lograron convertirse en interlocutores privilegiados en las distintas esferas de gobierno, por lo que tienen capacidad para incidir y/o participar de la **elaboración de las políticas**, así como para frenar o bloquear otras.

Una política pública que favoreció fuertemente la privatización del sistema de salud argentino fue la **desregulación de las obras sociales**. Al igual que otras políticas sociales de la década del **90**, la desregulación puede ser definida como parte de un proceso de **“fragmentación regresiva”**. Se trata de un proceso por medio del cual la política social va desarrollando en su interior políticas diferenciales para los distintos segmentos de la clase trabajadora, mejorando la calidad y cobertura para los trabajadores de más altos ingresos al mismo tiempo que empeora la calidad y cobertura para los de menores ingresos (Nahon, 2002).

En la Argentina, el sistema de salud es altamente desigual, está fragmentado y concentrado. De las casi 700 empresas de medicina prepaga solo **2 concentran el 50% de los afiliados**, y de un total de casi 300 obras sociales nacionales solo el 5% concentra el 54% de los afiliados.

En **el sector público también** se evidencian las inequidades. Las provincias patagónicas tienen un gasto per cápita superior al promedio nacional y que representa 3 veces y media la inversión pública en salud de la provincia con menor gasto per cápita en ese ámbito (Santiago del Estero).

Además, entre los tres subsectores (Estado, obras sociales sindicales y medicina prepaga) como al interior de cada uno de ellos se constatan diferencias muy importantes tanto en la magnitud de los recursos que se administran como en el tipo y calidad de las prestaciones que se prestan. Y lo mismo ocurre con la conformación de la red de prestadores.

A partir de los estudios comparados se pudo constatar cómo el mercado de los llamados **'seguros privados de salud'** impone fuertes límites a los esfuerzos de los gobiernos para el desarrollo de políticas de salud universales y con predominio público.

Por el contrario, no existen evidencias empíricas que demuestren que los procesos de privatización de los sistemas de salud hayan contribuido a ampliar el acceso, disminuido el gasto o mejorado la calidad de la atención sanitaria.

Una reconocida sanitarista brasileña, **Lígia Bahia**, advierte que aquellos argumentos que defienden la libre elección y la calidad, así como las políticas que proponen la cobertura universal y no la organización de sistemas públicos de salud, priorizan el objetivo de protección financiera y dejan de tener en cuenta las condiciones de salud y satisfacción del público (2018).

En cualquier caso, la reforma del sistema de salud es clave porque la Argentina requiere pensar sin más dilaciones los modelos de atención vigentes en el sistema: **se necesita un sistema que responda de forma adecuada a las necesidades de salud de todes**.

Por otro lado, las reformas de este tipo exigen la construcción de consensos amplios y duraderos, así como de un fuerte acompañamiento social y político, ya que la experiencia ha demostrado las resistencias que se presentan ante cualquier avance de este tipo de procesos.

Las injusticias generadas por sociedades altamente desiguales deberían encontrar **en las políticas universales mecanismos que igualen**, que fortalezcan los espacios de interdependencia y que reafirmen la pertenencia de todes a una vida común.

La reforma del sistema de salud puede contribuir a la defensa de ese **"nosotros" posible**. El sentido de esa reforma debe ser orientar el funcionamiento del sistema hacia un modelo universal, público y único de salud.

Mantener la segmentación es un error en el que no debemos caer.

Doctora en Salud Colectiva (Universidad Federal de Río de Janeiro); docente e investigadora de la Universidad de Lanús (UNLa); integrante de la Red Argentina de Investigadoras e Investigadores de Salud (RAIIS).