
Construir una agenda propositiva de políticas nacionales desde la Facultad de Ciencias Sociales
Un Estado de derecho con derechos: agenda propositiva de la FCS

POLÍTICAS DE SALUD ¹

Hacia una ley general de salud

Problemas identificados

La política sanitaria incluye pensar un conjunto de elementos articulados que abarca mucho más que el campo específico de los servicios de salud. Las respuestas que se han ido implementando expresan perspectivas, intereses y concepciones diferentes en torno al rol del Estado, al tipo de prestaciones que deben brindarse, a los modelos de financiamiento y a la articulación entre los tres subsectores de salud (público, privado y obras sociales). Los interrogantes sobre la modalidad de intervención del Estado en los asuntos públicos y sus capacidades, particularmente en la provisión de servicios de salud, son materia de debate público cotidiano.

Algunos de los problemas identificados llevan muchos años: desigualdades territoriales, inequidad en el gasto, fragmentación, aumento sostenido de los costos, insatisfacción de los usuarios, falta de regulación estatal, incorporación descontrolada de tecnología médica, respuestas sectoriales que no contemplan las determinaciones de la salud, proyectos contradictorios al interior del propio ex-Ministerio de Salud (seguros de salud vs sistema universal). Los mismos se han agravado en la última gestión por la subejecución presupuestaria y por el desmantelamiento de algunos programas fundamentales.

¹ El desarrollo de este capítulo se basa en las propuestas formuladas por:

(3) Equipo de investigación “El ejercicio de derechos sexuales y (no) reproductivos en salud- Prácticas y representaciones de agentes de salud pública estatal de la ciudad de Córdoba” Directora: Lic. Rossana Crosetto, Co-Directora: Mgter. María Teresa Bosio e integrantes Lic. Claudia L. Bilavcik, Mgter. Ana M. Miani, Lic. Gladys Paola García, Lic. Gabriela González Ramos, Lic. Silvina Baudino, Mgter. Celeste Bertona, Lic. Agustina Buffarini, Lic. Mónica Fuentes, Lic. Ana Morillo, Lic. María A. Paviolo, Romina Basconcello, Paola Suau, María Florencia Godoy, Mónica Medina y Julieta Sánchez.

(5) Solana Yoma y Jacinta Burijovich, integrantes del Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos
(7) Equipo de investigación “Cobertura Universal de Salud (CUS): ¿un seguro que garantiza derechos? Análisis de su implementación a través del CUS-SUMAR” Directora: Jacinta Burijovich e integrantes Jorge Pellicci, José Antonio Mántaras, Alicia Rosa Miranda, Karina Daniela Arias, Ivan Ase, Cecilia Emma Berra, Cecilia Carolina Carrizo Villalobos, Daniel Elian Chali, María Romina Cristini, María Agustina Diserio, Manuel Ducant, María Milagros Lingua, Agustín Lohaiza, Camila Abril Martínez, Lucía Mildemberger, Jeremías Miretti y Solana María Yoma.

La desjerarquización del Ministerio de Salud que perdió su rango y pasó a Secretaría en el 2018 constituyó un retroceso institucional significativo. No existe la posibilidad de coordinación, articulación y complementación del sistema de servicios de salud estatales del ámbito nacional, provincial o municipal, de la seguridad social, y del subsector privado, sin que exista un órgano rector capaz de articular las políticas esenciales del sector.

Políticas prioritarias

Frente a este diagnóstico, seguir proponiendo políticas aisladas es sostener “parches” que no contribuyen a su transformación. Es necesario plantear un debate a largo plazo, impulsando la discusión sobre una ley general de salud.

En la emergencia se podría:

1. crear un Fondo compensatorio de salud que atenúe las desigualdades territoriales aportando recursos específicos a los municipios que más lo necesiten.
2. Restituir la gratuidad de los medicamentos (reestablecer el programa REMEDIAR).
3. Otorgarle nuevamente rango ministerial a la actual Secretaría de Salud.

Una ley general de salud debería contemplar los siguientes puntos:

- **Fortalecimiento de la rectoría sectorial del Ministerio de Salud:** la planificación y el control de la ejecución de las políticas públicas debe contar con un Estado con poder legal, económico y político que le permita conducir las políticas sanitarias. Debe tener liderazgo y la capacidad de regulación del sistema. La ley general de salud debe incorporar una concepción de “federalismo cooperativo” por medio del cual las jurisdicciones provinciales, municipales y el gobierno nacional trabajen en un sistema de salud acordado, bajo la rectoría del Ministerio de salud y en consenso con el Consejo Federal de Salud – COFESA creado por la ley 22373). El sistema de salud quedó atomizado. En la actualidad, el subsistema público de salud es muy heterogéneo. Por esta razón, es importante implementar mecanismos de consenso y concertación más estables.

- **Coordinación institucional:** Tiene que existir una herramienta de coordinación que permita trabajar en forma articulada a los diferentes actores del sector salud. El Ministerio de Salud debe tener injerencia efectiva y transparente sobre las prestaciones que se brindan. Debe arbitrar los mecanismos para la interacción de los subsectores que integran el sistema de salud y para la consulta y participación de las organizaciones, especialmente las conformadas por usuarios y familiares, vinculadas a la problemática sanitaria.

-**Aumento de la capacidad de regulación del Estado:** confeccionar y actualizar un mapa de la oferta, la demanda y las necesidades sanitarias, acreditar competencias profesionales para desempeñarse dentro del sistema de salud, categorizar prestadores,

evaluar tecnologías sanitarias, diseñar, implementar y supervisar sistemas de información en salud, evaluar el desempeño de los sistemas y servicios de salud. Coordinación entre jurisdicciones para efficientizar el uso de aparatología del sector estatal.

- **Coordinación intersectorial para abordar Determinantes Sociales de Salud:** los servicios sanitarios dan respuestas a los problemas de salud y consiguen atenuar los perjuicios de las enfermedades. Sin embargo, los dispositivos asistenciales no son el principal condicionante de la salud. La educación, las desigualdades sociales y económicas, el acceso al trabajo y su calidad, el diseño y los servicios de las ciudades y barrios, la calidad del aire, del agua, de los alimentos, el entorno social y ambiental, todo ello determina la salud. De allí que sea necesario conformar acciones que rebasen el ámbito de los servicios sanitarios y que requieren nuevas formas de organización. La garantía de este derecho incluye la preservación y el acceso a los principales factores determinantes básicos de la salud. Este aspecto hace referencia a la competencia del tema de salud de los distintos ministerios que refleje el carácter indivisible de los derechos. A partir de esto se fija la postura del Estado en cuanto a salud- trabajo; salud-educación; salud-economía. Las acciones de la presente ley estarán a cargo de los organismos competentes en cada caso y no solo del ministerio de salud, sino que cada ministerio deberá disponer lo que corresponda a sus actividades específicas. En síntesis, la búsqueda de la salud es una obligación del Estado, a través de la participación multisectorial, integral, intergubernamental e interdisciplinaria.

- **Participación:** Los ciudadanos y los diversos actores sociales que componen el sistema de salud tienen derecho a ser protagonistas en las decisiones sobre planificación y control de los servicios y en el uso de los recursos, mediante espacios de participación social y concertación sectorial en las organizaciones e instituciones públicas. Se propone para tal fin:

A) participación comunitaria a través de consejos locales o mesas intersectoriales en los territorios y en los servicios.

B) gestión participativa involucrando a los trabajadores de la salud en la toma de decisiones.

C) espacios de concertación y articulación con las organizaciones intermedias. Creación de Comités Institucionales con representación de todos los sectores de comunidad hospitalaria.

- **Financiamiento:** los compromisos presupuestarios que efectivamente asume el Estado para la ejecución de la política de cumplimiento del derecho a la salud, reflejan la importancia real que el mismo otorga al avance en el respeto de sus obligaciones. Aumentar y mejorar el financiamiento. Eliminar el pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación del servicio. Aumentar la inversión del Estado nacional y disminuir el gasto directo de las familias. Es necesario crear un fondo compensador que garantice niveles de equidad entre los municipios más ricos y los más pobres que garantice cuidados homogéneos de calidad a la población,

independientemente de su capacidad de pago y del lugar de residencia. La asignación de recursos desde el nivel central deberá tomar en consideración variables relacionadas con las necesidades en salud de la población o el desempeño del sector en los respectivos municipios. Al mismo tiempo, la ley general de salud debe sugerir a los municipios que dispongan de una determinada partida presupuestal específica para el sector salud.

- Fortalecimiento de la producción de medicamentos, regulación y control de precios: Producción pública de medicamentos orientada a los medicamentos esenciales y a las necesidades epidemiológicas de cada región. Establecer políticas públicas sobre la fijación de los precios de los medicamentos y su impacto en los sistemas de salud pública -Determinar responsabilidades (roles y funciones) entre jurisdicciones: el modelo de atención debe establecer qué cuidados se deben brindar, quién los debe brindar, cuándo y cómo. Es necesario establecer las funciones, atribuciones y responsabilidades propias de la nación, de las provincias, las que corresponden a los municipios y las concurrentes de las tres jurisdicciones. Cada nivel de complejidad tendrá una capacidad resolutoria de problemas, superada la cual deberá referir el problema al nivel que corresponda. El primer nivel de atención (a cargo de los municipios) tiene una importancia particular por dos razones básicas: es el lugar de acogida de quienes acuden al servicio por primera vez, y tiene la capacidad de decidir la circulación del paciente dentro del sistema por lo tanto debe prestar especial atención a la forma de recepción del paciente, y a la información que debe suministrarle para maximizar la eficacia y eficiencia del servicio. Asimismo, debe contar con el personal adecuado para conocer y decidir sobre las circunstancias relativas a las condiciones de trabajo y de vida (producción y reproducción). Los sucesivos niveles de complejidad tendrán, al igual que el primer nivel, estructuras de acogida e información al paciente que ingresa. El gobierno provincial tendrá a su cargo la acreditación de los establecimientos de los tres subsectores y la auditoría de los mismos para garantizar la idoneidad de los servicios. Para construir un sistema integrado es indispensable definir una puerta de entrada, pero también es fundamental pautar la circulación del paciente en su interior, maximizando la resolutoriedad y evitando tanto la falta como la duplicación de ofertas. Para lograrlo es necesario desarrollar redes de cuidados organizadas por complejidad creciente, centradas en protocolos de atención desagregados por nivel de atención, recategorizar los servicios, instituir oficinas dedicadas a organizar la referencia y contrareferencia en los efectores. Optimizar la relación nación - provincia-municipios: la nación y las provincias asistirán financiera y técnicamente a los municipios a los fines de fortalecer su capacidad de gestión. Implementar un Programa de Atención Primaria de la Salud. Fijar los niveles de atención en salud y los grados de complejidad, a efectos de determinar y delegar responsabilidades institucionales en materia de prestación de servicios de salud, teniendo en cuenta las necesidades de la población y la cobertura territorial.

- Monitoreo del cumplimiento de la ley: creación de un órgano de revisión. Monitorear el cumplimiento de políticas de las diferentes jurisdicciones. Las actuaciones de salud

pública deben evaluarse en su funcionamiento y resultados, con una periodicidad acorde al carácter de la acción implementada. La gestión sanitaria deberá guiarse por los resultados de salud que serán explicitados. Se deben establecer mecanismos de seguimiento sobre la rendición de cuentas de las acciones del Estado y la de brindar información acerca de las políticas públicas que ha implementado para cumplir con el derecho a la salud. También implementar canales y mecanismos públicos para promover la participación social y la veeduría ciudadana, especialmente la de aquellos sectores con dificultades históricas para acceder a las mismas.

- **Establecimiento de un programa integrado de recursos humanos en salud** que guarde pertinencia con los perfiles epidemiológicos de cada provincia. Coordinación de equipos por competencias técnicas, distinguir de formación disciplinar. Identificar profesiones y especialidades críticas y ancladas en las necesidades regionales y estimular su formación. Estimular la permanencia de los profesionales en las regiones con vacancia. Construir una carrera sanitaria que acompañe el fortalecimiento de las instituciones.

- **Fortalecimiento, desarrollo integral y optimización total de la Atención Primaria de la Salud:** Concebir a la APS desde una perspectiva que va más allá del primer nivel y que pretenden garantizar una atención integral de la salud, del individuo, la familia y la comunidad en el marco de la APS renovada. Las políticas sanitarias deben sostener nuevo modelo de atención, con una concepción de integralidad y continuidad de la atención, fomento de la intersectorialidad y participación social. Este enfoque es transversal a la asistencia, la promoción, la prevención, la educación, la rehabilitación y los cuidados paliativos y con una planificación caracterizada por un abordaje territorial y comunitario. Conformar equipos con enfoque multiprofesional que aumente su resolutivez. Jerarquizar los centros de atención del primer nivel como punto estratégico de contacto con la comunidad. Las obras sociales deben desarrollar una política específica para APS.

- **Producción de información:** optimizar un sistema de información en salud que posibilite el intercambio de la información necesaria para el mejor desarrollo de las actuaciones en materia de salud pública. El gobierno deberá conformar sistemas de información que provean los datos necesarios para el conocimiento de la situación epidemiológica de las distintas regiones, tendiente a construir mapas epidemiológicos de las mismas. En la construcción de los sistemas de información mencionados se tendrá especialmente en cuenta la manera en que la población formará parte del mismo, tanto en cuanto sensores periféricos de los problemas presentes, como usuarios privilegiados del conocimiento que se genere. La participación en el sistema de información deberá constituirse en una forma de aprendizaje tendiente a ampliar esa participación hasta la toma de decisiones a cargo de las organizaciones que para el propósito se conformen (consejos locales de salud). Se deben establecer acciones tendientes a que la población acceda a información sobre el contenido y el alcance del derecho a la salud. Los municipios habrán de proporcionar la información que se establezca con la periodicidad y desagregación que en cada caso se determine.

- **Implementación de mecanismos efectivos de exigibilidad del derecho a la salud:** garantizar la posibilidad de acceso a mecanismos administrativos y judiciales de reclamo y protección del derecho a la salud.

- **Comunicación en salud pública:** el Ministerio de Salud velará porque la información sobre salud dirigida al público sea veraz, especialmente cuando sea difundida a través de los medios de comunicación social. Se realizará un control de la publicidad comercial para que se ajuste a criterios de veracidad en lo que atañe a la salud, así como de recomendaciones públicas sobre la salud. Se contará con la colaboración de los medios de comunicación para difundir recomendaciones sobre salud.

- **Protección de la salud de la población:** La protección de la salud es el conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios dirigidos a prevenir efectos adversos que los productos, elementos y procesos del entorno, agentes físicos, químicos y biológicos, puedan tener sobre la salud y el bienestar de la población. El Ministerio de Salud protegerá la salud de la población mediante actividades y servicios que actúen sobre los riesgos presentes en el medio y en los alimentos, a cuyo efecto se desarrollarán los servicios y actividades que permitan la gestión de los riesgos para la salud que puedan afectar a la población. Las acciones de protección de la salud se registrarán por los principios de proporcionalidad y de precaución, y se desarrollarán de acuerdo a los principios de colaboración y coordinación interadministrativa y gestión conjunta. Las organizaciones sociales podrán participar en el desarrollo de actividades de protección de la salud. El Ministerio de Salud promoverá la participación efectiva en las actuaciones de protección de la salud de los ciudadanos, directamente o a través de las organizaciones en que se agrupen o que los representen.

Salud mental: Fin del encierro; el derecho más urgente

En el año 2010 se sancionó la Ley Nacional de Salud mental y Adicciones n° 26.657, que tiene entre sus objetivos la transformación integral de la atención del padecimiento subjetivo y la sustitución definitiva de los manicomios. A fines de 2018 y principios de 2019 se realizó un Censo Nacional sobre las personas internadas en instituciones psiquiátricas estatales y privadas que arrojó los siguientes resultados:

1. Existen 12.035 personas internadas. La mitad de las que había hace 12 años según el informe Vidas Arrasadas del CELS (2007). Sigue siendo una cantidad muy importante de ciudadanos/as cuando falta apenas un año para que se cumpla el plazo que establece el fin de los manicomios para el año 2020 (art 27).
2. El promedio de tiempo de internación es de 8,2 años, siendo en el sector público aún más alto: 12,5 años de promedio. No es necesario ese tiempo para la resolución de una crisis.

3. Sólo el 36% está internado/a por riesgo cierto e inminente. O sea que el 64% (unas 7.700 personas) no requieren internación.
4. El 69% tiene ingresos económicos pero el 72% no los administra. Y el 58% tiene vivienda, pero el 74% no dispone de ella.
5. Sólo el 41,6% puede hacer llamadas telefónicas. Un 40% no ha hecho salidas en el último mes.
6. El 53,6% tiene Obra Social.

Estos datos cobran mayor relevancia y gravedad al integrarse con información cualitativa producida en el marco de diversas investigaciones sobre lo que sucede durante las internaciones en los manicomios: mujeres que padecen abusos, falta de atención, hacinamiento, prácticas de castigo, sobremedicación, etc.

Se propone una política de emergencia que implemente acciones urgentes para la sustitución definitiva de los manicomios -que reafirme el cumplimiento del compromiso 2020 sin manicomios- y de externación de personas usuarias que les permitan llevar vidas dignas en comunidad. Esta política prioritaria incluye:

- **Interjurisdiccionalidad:** Coordinación interjurisdiccional en el COFESAMA (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones y Direcciones de Salud Mental provinciales). Suscripción de planes de adecuación de los manicomios existentes en sus jurisdicciones -públicos y privados- hasta su sustitución definitiva por una red de dispositivos con base en la comunidad. Definición de partidas presupuestarias específicas para este proceso de transformación.

- **Intersectorialidad:** Coordinación en el Comité Interministerial para desarrollar políticas intersectoriales de "alta intensidad". Comité interministerial dependiendo de la Jefatura de Gabinete nuevamente.

Presupuesto específico para vivienda, desarrollo social, trabajo, etc.

Promover medidas específicas o de acción afirmativa (tales como sistemas de cupos en trabajo, vivienda y educación) para acelerar o lograr la igualdad de hecho de las personas en proceso de externación o con discapacidad psicosocial.

- **Interseccionalidad:** Intervención especial de instituciones nacionales y provinciales que se ocupen de la atención a las mujeres, géneros y disidencias; niños, niñas y adolescentes; personas mayores.

- **Monitoreo:** Dotar de más recursos al Órgano de Revisión Nacional para el monitoreo de esta política de emergencia en todas las provincias y para la revisión de las externaciones compulsivas de los últimos años: personas en situación de calle, personas geriatriizadas.

- **Reparación:** Sancionar una ley de reparación patrimonial y simbólica para las personas internadas o que padecieron institucionalizaciones prolongadas. Crear una Dirección de Gestión de las reparaciones dependiente de la Secretaría de DDHH.
- **Promover la adecuación del PMO y de los planes de cobertura de obras sociales** y empresas de medicina prepaga hacia prácticas acordes con la LNSM.
- **Integración de las políticas de adicciones** a la Direcciones y Secretarías de Salud Mental de la Nación y las provincias, acorde a lo previsto por la LNSM. Todas las políticas, dispositivos y prácticas en el campo de la salud mental deben contemplar las problemáticas de consumo de sustancias.
- **Acceso y efectiva implementación de leyes y normativas sancionadas:** presupuesto, gestión y formación de recursos humanos (agentes sanitarios). Ley de Salud Mental, Salud Sexual y (no) reproductiva: aborto legal y otras formas de anticoncepción reglamentadas y escasamente accesibles y disponibles; fertilización asistida, violencia de género, entre otras.