

Modernización del Estado en salud, ¿qué significa? ¿y los recursos humanos?

➤ Autores:

- Dra. Liliana Alfaya - lilialfaya@hotmail.com
- Dra. Andre Induni - andrea_induni@hotmail.com

➤ Área Temática:

- Salud

➤ Resumen:

- L@s trabajador@s de la salud del subsistema público y de la seguridad social hemos atravesado en nuestras vidas laborales diferentes políticas públicas de los gobiernos de turno, por lo cual considerando la experiencia acumulada no puede excluirnos de la mesa de discusión ni de la toma de decisiones.

El presente trabajo se propone debatir el concepto de “modernización del Estado” en el área de salud. Para ello, recorreremos el concepto de salud y la composición del sistema de salud desde la mirada de l@s trabajador@s. Aportaremos nuestro punto de vista en relación a por qué la formación de los recursos humanos, la capacitación permanente, los derechos laborales conquistados y por conquistar y las condiciones de medioambiente de trabajo no pueden estar ausentes en estos debates. Es decir, pondremos en cuestión el concepto de modernización únicamente vinculado a la incorporación masiva de la tecnología en el Estado.

MODERNIZACION DEL ESTADO EN SALUD, ¿QUÉ SIGNIFICA? ¿Y LOS RECURSOS HUMANOS?

“El objetivo principal de la medicina moderna no sólo es evitar estar enfermo sino enseñar al pueblo a vivir, a vivir en salud y tratar que la vida se prolongue y sea digna de ser vivida”.

Dr. Ramón Carrillo.

Derecho a la salud

Con el primer gobierno de Perón se crea el 23 de mayo de 1946 la Secretaría de Salud Pública mediante el decreto N° 14.807. El 29 de mayo fue nombrado el Doctor Ramón Carrillo al frente de la Secretaría y en 1949, ya aprobada la nueva Constitución Nacional la Secretaría se transforma en Ministerio de Salud, siendo el Doctor Carrillo su primer ministro.

En el año 1948 la Organización Mundial de la Salud definió como salud a un estado de completo bienestar, físico, mental y social y no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades.

La salud para el peronismo es un derecho humano, irrenunciable e invulnerable, según establece la Constitución Nacional sancionada en 1949 en su artículo 37, declárense los siguientes derechos especiales:

“... 5. Derecho a la preservación de la salud – El cuidado de la salud física y moral de los individuos debe ser una preocupación primordial y constante de la sociedad, a la que corresponde velar para que el régimen de trabajo reúna requisitos adecuados de higiene y seguridad, no exceda las posibilidades normales del esfuerzo y posibilite la debida oportunidad de recuperación por el reposo”.

Luego de la Segunda Guerra Mundial los países miembros de las Naciones Unidas firmaron la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que establecía principios de carácter general, dentro de los cuales se hacía referencia a la salud como un derecho.

En 1978 se celebró la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma - Ata, cuyas conclusiones finales quedaron plasmadas en la Declaración de Alma Ata que estableció las bases para que los gobiernos determinasen los mecanismos para hacer realidad el lema “Salud para todos en el año 2000”, por medio de la estrategia de atención primaria de la salud.

La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, de 1986, profundiza: “Para promover la salud se debe ir más allá del mero cuidado de la misma. La salud ha de formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles, con objeto de hacerles tomar conciencia de las consecuencias

que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarles así a asumir la responsabilidad que tienen en este respecto”.

Descripción del sistema de salud argentino

Se define como sistema de salud a la totalidad de los actores (organizaciones e instituciones) y los recursos que intervienen en la atención de la población.

Un sistema de salud tiene como objetivo mejorar la salud individual y colectiva de la población. Argentina posee un sistema de salud que se divide en tres subsectores que se encuentran fragmentados: el público, el de seguridad social y el privado.

El subsector de la seguridad social se organiza en torno a las Obras Sociales (OOSS), que cubren a los trabajadores asalariados y sus familias según rama de actividad. Además, cada provincia cuenta con una OS que cubre a los empleados públicos de su jurisdicción. Finalmente, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados/Programa de Asistencia Médica Integral (INSSJyP - PAMI) brinda cobertura a los jubilados del sistema nacional de previsión y su familia.

El sector privado incluye:

- a) a los profesionales que prestan servicios independientes,
- b) los establecimientos asistenciales,
- c) las entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepagas.

En dos de los subsistemas nuestra organización sindical tiene mayoría en la representación gremial de los trabajadores: el sector público y el INSSJyP.

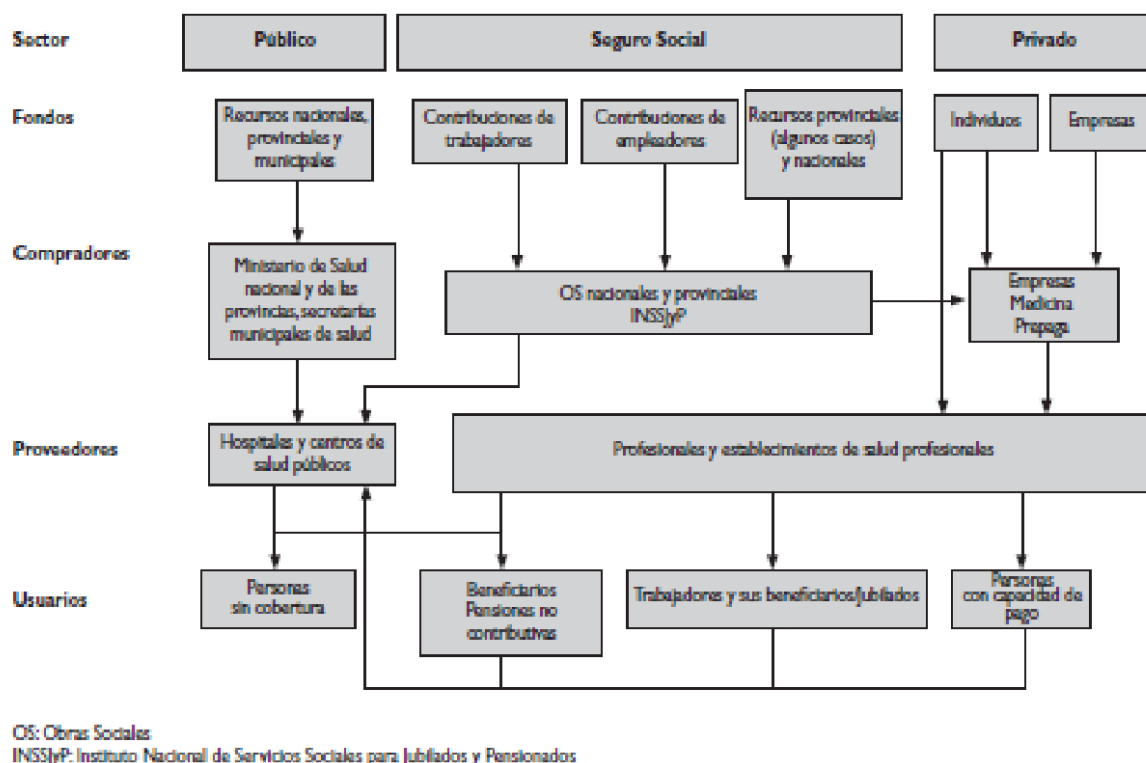
Subsector público

Del análisis del sistema de salud argentino, se destaca la falta de integración entre los distintos subsectores, pero además, dentro de cada uno de ellos también se observan diversos niveles de fragmentación. En el caso del subsector público, prevalece la escasa articulación entre las jurisdicciones nacional, provincial y municipal.

El subsector público, integrado por los hospitales públicos y los centros de atención primaria de la salud que funcionan bajo la coordinación de Ministerios y Secretarías de la Salud de las diferentes jurisdicciones, obtiene sus recursos del sistema impositivo y presta atención gratuita a toda persona que lo demande, fundamentalmente a personas sin seguridad social y sin capacidad de pago.

La atención brindada por este subsector alcanza, dependiendo de la fuente consultada, entre un 35 y un 40% de la población, en su mayoría a grupos sociales de bajos ingresos; pero

muchas veces brinda atención a individuos que ya están cubiertos, ya sea por la seguridad social o por el sector privado. Cabe destacar que, los porcentajes de incidencia mencionados varían significativamente entre quintiles de ingreso. Por ejemplo, 35% de la población del primer quintil posee cobertura de la seguridad social, comparada con 68% y 64% para los dos quintiles más ricos. Paralelamente, el sistema privado cubre aproximadamente a 4% de la población más pobre del país, mientras que 23% del sector más rico posee un seguro privado de salud. En el extremo opuesto, el sistema público otorga cobertura a casi 61% de la población más desprotegida, valor que se reduce hasta llegar a 12% en los grupos más ricos.



La distribución geográfica de sus servicios es muy amplia y tiene presencia en las zonas consideradas no rentables por el sector privado.

Las prestaciones abarcan desde la atención primaria hasta la alta complejidad, superando ampliamente el Programa Médico Obligatorio.

Este sector se financia con recursos fiscales (rentas generales) y recibe pagos ocasionales del sistema de seguridad social cuando atiende a sus afiliados.

El sistema de salud argentino se encuentra descentralizado en el financiamiento público. Al mismo tiempo, los mecanismos de aseguramiento social resultan altamente fragmentados,

no solamente en cuanto a las fuentes de fondos sino también en cuanto a la estructura de prestación de servicios

Desde la óptica de política sanitaria, las limitaciones del sistema perjudican al subsector, a su población prioritaria y atentan contra la equidad, sólo con estrategias sectoriales eficientes se puede encarar un cambio sustancial. En este contexto, las propuestas para priorizar políticas en función de objetivos y programas bien definidos y aumentar así la eficacia en la asignación de los recursos, se vuelven centrales. El Estado nacional debe crear las condiciones para que se debata la temática vinculada con sistemas integrados provinciales o esquemas de aseguramiento social en salud por jurisdicción. La fragmentación afecta el acceso a la salud, dejando de lado principios sistémicos. Es responsabilidad del Estado garantizar el derecho al acceso a la salud desde la cobertura a través, por ejemplo, del subsector público, al tiempo que ejerce la capacidad de regulación de los prestadores privados y de la seguridad social, sobre los cuales no tiene autoridad financiera, pero sí regulatoria. Además, la búsqueda de propuestas de financiamiento, coordinación de fondos sociales y cobertura para que cada provincia pueda actuar, para luego identificar ejes comunes y avanzar hacia una segunda instancia regional y luego nacional. Es deseable que se construyan modelos provinciales sobre los que se edifique sólidamente un modelo nacional, con el Ministerio de Salud la Nación como facilitador y garante de estos acuerdos, brindando propuestas y asistencia.

El objetivo de máxima debe ser pensar el sistema de salud en su conjunto, esta perspectiva solo se completa con la mirada, experiencia y saber de los trabajadores de la salud de este subsector; ya que son ellos quienes conocen en profundidad, al derecho y el revés, la trama en la que ejercen su vocación día a día y año tras año, ya que el compromiso de todos los actores nos llevará al éxito buscado. Sólo en base a la información objetiva y el conocimiento de nuestros compañeros de las distintas jurisdicciones lograremos la creación de un sistema de aseguramiento universal que garantice el acceso a un paquete de beneficios común que reduzca considerablemente los gastos de bolsillo.

Subsector de la Seguridad Social

"Los problemas de la Medicina como rama del Estado, no pueden resolverse si la política sanitaria no está respaldada por una política social. Del mismo modo que no puede haber una política social sin una economía organizada en beneficio de la mayoría. (...) Solo sirven las conquistas científicas sobre la salud si éstas son accesibles al pueblo."

Dr. Ramón Carrillo, Primer Ministro de Salud de la Nación

Modelo Solidario Sindical

La Organización Internacional del Trabajo entiende a la Seguridad Social como: *"La protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas*

públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte; también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos.”

El nacimiento de obras sociales se verifica en la década de 1940, siendo en el año 1944 cuando se lleva adelante el hecho "fundacional" de las obras sociales sindicales: la sanción del decreto 30.655/44 que crea la Comisión de Servicio Social. Nació así el sindicalismo múltiple que comprende que el sindicato, aprovechando los niveles de organización para salvaguardar el bien común y las pautas sanitarias para la masa de afiliados, abarca todas las etapas de la vida del trabajador y su familia. Para ello debe otorgar los servicios necesarios para que cada una de estas etapas pueda ser celebrada por todos y todas – trabajador@s y su núcleo familiar- en el concepto de la Justicia Social. El concepto solidario del sindicalista nutrió la concepción del SISTEMA SOLIDARIO DE SALUD incorporando a todo el grupo familiar.

Surgen las obras sociales emprendidas por los sindicatos, ya que el concepto solidario del cuidado y protección de la salud integral, reemplaza el concepto de ayuda social y beneficencia imperante en el sistema público de salud y al alto costo del sistema privado, que respondían a un modelo político y elitista. En consonancia con la construcción de nuevos hospitales que realiza el Ministro de Salud de la Nación de Juan Domingo Perón, el Dr. Ramón Carrillo, l@s propi@s trabajador@s -a través de sus organizaciones sindicales- también materializan la concepción integral del derecho a la salud mediante una nueva institución -los policlínicos- en complementariedad con la infraestructura para el turismo y para la asistencia social, comprendiendo profundamente la concepción de la salud integral que planteaba el Dr. Carrillo, innovadora y transformadora de la realidad, donde el modelo político de producción y distribución de la riqueza tenía su correlato en la Justicia y Equidad social. Los centros de salud, en esta concepción, se constituyen entonces como la puerta de entrada a un sistema que supera el ámbito tradicionalmente asociado al tratamiento de las enfermedades, proveyendo también información sobre los programas de turismo y la recreación como una política activa de salud, al igual que las cloacas y el agua. El modelo político de ese momento garantiza por primera vez en la historia vacaciones y aguinaldo como una conquista indisoluble de la justicia social, que tiene en la salud este concepto. Dentro de esta población destinataria se encuentran tanto l@s trabajador@s activos y pasivos, para el cuidado integral de la salud de la niñez, adultos y también una concepción innovadora del cuidado de la salud en la vejez, hasta ese momento librada al azar. Esta política se organiza bajo la forma de seguro social, para la protección de los trabajadores asalariados (y sus familiares directos), cuyo aporte es obligatorio y se realiza a través de las contribuciones tanto del empleador como del empleado.

Este concepto político de Inclusión Social es la meta trascendente de la primera presidencia de Juan Domingo Perón el cual fue, es y será custodiado como logro principal

de las representaciones gremiales argentinas, hoy patrimonio del conjunto del pueblo argentino. Nuestr@s trabajador@s tienen una cobertura sanitaria única en su tipo en todo el mundo. Allí acceden a una cobertura de salud con un programa vertebrado médico-social muy amplio, con acceso gratuito a prestaciones que en otras partes del mundo son pagas.

El Modelo de Organización Sanitaria de los trabajadores argentinos sigue siendo motivo de análisis y estudio por muchas organizaciones de trabajadores y países del mundo. La accesibilidad a una política integral de salud continúa siendo casi un tema inédito en todos los países en vía de desarrollo. Con orgullo podemos decir que, l@s trabajador@s llevamos adelante políticas de salud que garantizan como ningún otro sistema la accesibilidad, la equidad en el concepto de un Sistema Solidario de Salud donde los más jóvenes, los más sanos y de mayores ingresos sostienen a los más viejos, a los más enfermos y a los que menos ganan. Esta idea transformadora sigue siendo hasta el día de hoy, objeto de la voracidad de bancos y el capital financiero transnacional, que bajo el disfraz del eficientismo económico, pretenden borrar la conquista de los trabajadores.

Los sectores que hoy ponen en cuestión el rol del Estado y el de sus trabajador@s, también pretenden estigmatizar al Movimiento Obrero Argentino en su capacidad de llevar adelante políticas de salud, porque esos intereses tienen el lucro y la renta, como único objeto de un sistema de salud.

Nuestra visión solidaria, nos coloca en el desafío de ser garantes de su sustentabilidad y ser parte de los ámbitos de toma de decisiones de las Políticas Públicas de Salud donde, entendemos, el Estado debe convocar a discutir y diagramar un Sistema Nacional de Salud y su financiamiento, que garanticen la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la educación para la salud.

PAMI: Envejecimiento poblacional, desocupación, trabajo informal

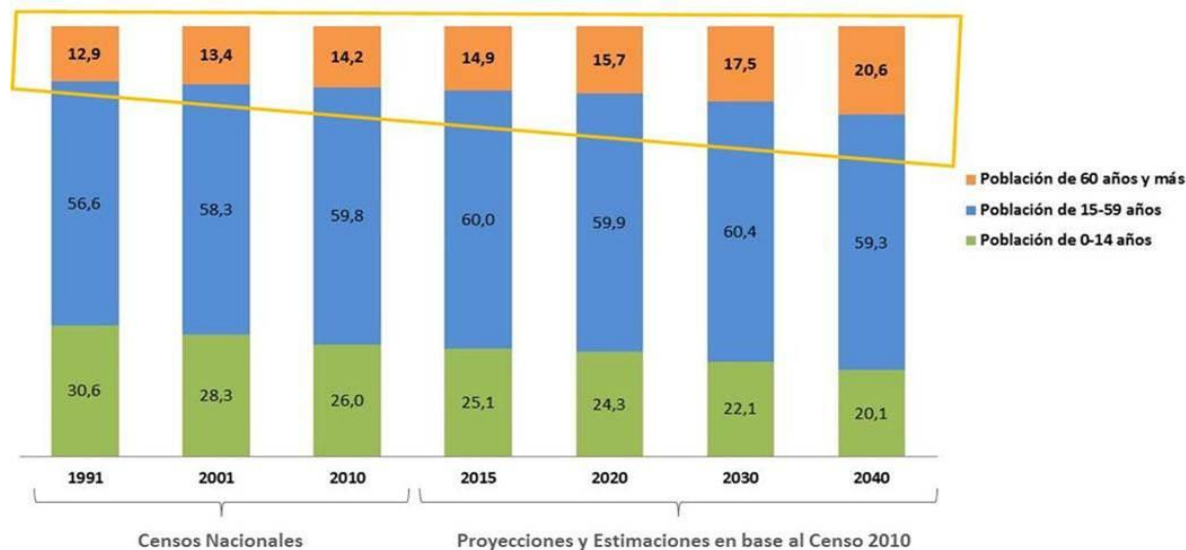
Normas internacionales establecen que la población de un país está envejecida, desde el punto de vista demográfico, cuando la proporción de la población de 65 años y más, supera el 7% del total. El análisis de los indicadores demográficos tales como esperanza de vida al nacer, tasas de natalidad, mortalidad, reproducción, fecundidad y crecimiento anual nos permite dimensionar con mayor precisión el proceso de envejecimiento poblacional en la Argentina y estimar sus perspectivas futuras.

Los cambios en la composición por edades repercuten en las tasas de dependencia, y por lo tanto en la financiación del sistema de reparto que actualmente caracteriza al sistema previsional. El índice de dependencia de las personas de edad, es definido como la relación entre la población de 60 y más años de edad y la población de entre 15 y 59 años de edad,

(PEA). El aumento de las tasas de dependencia significa un incremento de la inversión pública en la protección social, en las pensiones, en los servicios sociales, en la sanidad.

Evolución de la estructura de la población argentina por grupos de edad

Fuente: Elaboración del Lic. Javier Arakaki (PAMI), en base a información de INDEC: Censos Nacionales y Proyecciones en base al Censo 2010



- En la actualidad la población de 65 y más años no sólo ha crecido más rápidamente que la población total dando lugar a un marcado proceso de envejecimiento, sino que también sufre un proceso de feminización.
- Como es previsible, el nivel socioeconómico es en gran medida una variable indicativa de la población de mayor vulnerabilidad. Asimismo, cuanto más alto es el nivel socioeconómico, mayor es el nivel educativo alcanzado y viceversa. Pero lo que consideramos destacable para las políticas es que la cuarta parte no completó la escuela primaria, lo que constituye una señal de alerta en cuanto a la cantidad de ancianos que pueden tener dificultades para manejarse en el mundo actual principalmente en relación a las nuevas herramientas tecnológicas.
- Las condiciones de salud con las que se llega a la vejez están también condicionadas por el nivel socioeconómico. Se observa una vez más, que las personas de niveles altos gozan de una mejor calidad de vida en lo referente a su salud que las de niveles bajos
- Por otro lado, el 46,5% que no tiene pareja, está compuesto en su mayoría por viudas, el 33,8%. Hecho interesante para las políticas, dado que diversos estudios nacionales e internacionales son demostrativos de que el primer cuidador en caso de necesidad es el cónyuge. Mientras que aproximadamente las tres cuartas partes de los varones son casados, o viven en pareja, casi la mitad de las mujeres son viudas. Esta diferencia, a la vez que pone claramente de manifiesto la mayor sobrevivencia femenina, indica un dato a tener en cuenta: el rol de primer cuidador de las mujeres que sobreviven a sus maridos.

- Los Adultos mayores en nuestro país tienen cobertura de la seguridad social a través del PAMI (INSSJP) y del Profe (PROGRAMA FEDERAL DE SALUD) dando cobertura al 95 % de población mayor de 65 años.
- Con respecto a la distribución en el territorio nacional es de destacar que la mayor concentración de adultos mayores se encuentra en la Región Pampeana, principalmente en el AMBA, (Área metropolitana de Buenos Aires, que abarca la Capital Federal y el primer cordón del conurbano bonaerense) donde presentan una mayor longevidad con respecto a otras zonas.
- Nuestra mirada federal, nos hace ser respetuosos y considerar en la diagramación de programas, las diversidades culturales, socio-sanitarias y geográficas, teniendo en cuenta la amplitud de nuestro país, donde los índices ponen de manifiesto, las diferentes patologías prevalentes, los diferentes hábitos alimentarios y de costumbres sociales, y los distintos niveles de acceso a la educación y a la salud.
- En los últimos años se han incrementado la cantidad de mayores de 60 años con cobertura de la seguridad social, a través de políticas públicas que han incorporado y han favorecido el acceso a una jubilación a millones de personas, fundamentalmente mujeres que han trabajado de manera informal, y que hoy gozan de una jubilación. Asimismo, se han incrementado el valor de las jubilaciones y pensiones al punto de estar vigente por ley su ajuste automático dos veces por año, según costo de vida. Estos beneficios todavía no tienen mediciones en ningún ítem socio sanitario oficial, hasta la realización del próximo censo. La percepción de satisfacción es regular, teniendo en cuenta que los subsistemas de salud no han evolucionado de acuerdo a la población de adultos mayores que tiene y tendrá nuestro país, faltando coordinación de redes tanto formales como informales, faltando programas claros dirigidos a conservar la salud teniendo en cuenta la valoración geriátrica integral en la diagramación de políticas actuales, con capacitación de los recursos, con propuestas activas de prevención sobre las patologías prevalentes (detección precoz, educación para la salud, promoción de hábitos saludables, etc.), que contengan el objetivo estratégico de utilizar el concepto de atención primaria. Las prestaciones médicas y sociales no satisfacen la demanda actual, teniendo el Pami la oportunidad de convertirse en el eje de una política clara que contemple los desafíos actuales, con programas para enfocar la dependencia, fragilidad y vulnerabilidad gerontológica.

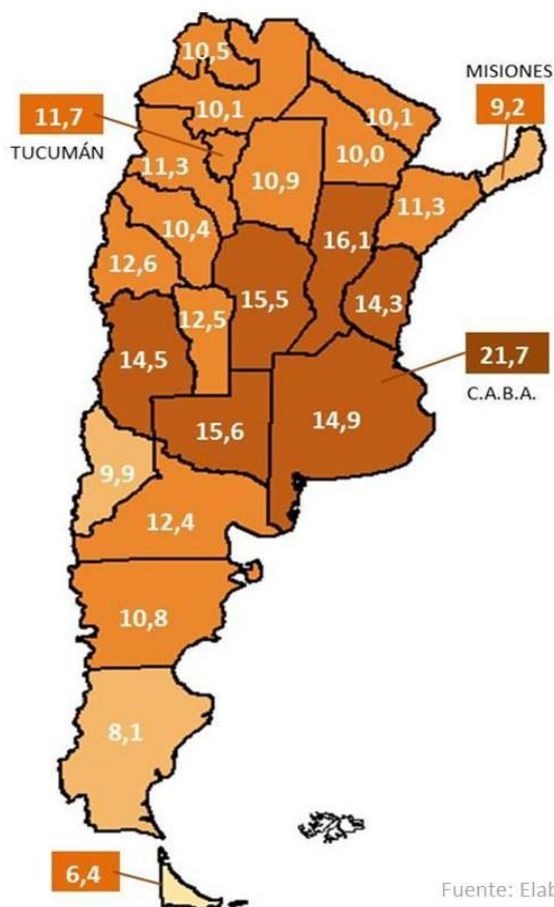


Tabla 8. Estimaciones y proyecciones de la población urbana y rural según grupos quinquenales de edad en Argentina.

Grupos de Edades	2010	
	Urbana	Rural
60 a 64	93,3	6,7
65 a 69	93,8	6,2
70 a 74	94,5	5,5
75 a 79	95,1	4,9
80 a 84	95,3	4,7
85 a 89	95,5	4,5
90 a 94	95,7	4,3
95 a 99	95,8	4,2
100 y más	95,9	4,1

Fuente: CELADE - División de Población de la CEPAL. Revisión 2012.

El proceso de Envejecimiento Poblacional es urbano.

Fuente: Elaboración propia del Lic. Javier Arakaki, en base a Censo 2010

- En nuestra República Argentina la población adulta mayor según el censo 2010, representó el 10,4% de la población total. La proyección de estos datos se extiende al 19,3% para el año 2050 y el 24,7% en 2100. Finalizada la década de 2030, la tasa de crecimiento poblacional para el grupo de entre 15 y 64 años se volverá negativa. Y una reducción en la cantidad de personas en actividad implica que la fuente del crecimiento económico debería sostenerse con incrementos en la productividad, en mayores puestos de trabajo, con reducción de las informalidades laborales. Sin dudas el financiamiento del sistema implica ya un claro desafío para las generaciones futuras de argentinos.
- El 28% de las personas mayores entre 60 y 74 años, cuida a algún niño/a del entorno familiar o cercano, sin recibir pago. Predomina la participación femenina en el desarrollo de las redes de cuidado.

¿Porque nos interesan estos datos?

- Desde un pronóstico desafiante, nuestras instituciones transitan un punto de inflexión para la planificación de políticas a largo plazo.

- Los trabajadores del PAMI aspiramos a posicionarnos como protagonistas dentro del sistema de atención a las personas mayores, que según los estudios especializados, se incrementarán en número y requerirán su atención especializada.
- Cada trabajador desde su recorrido y experiencia se transforma en el elemento que conecta con su escucha activa las necesidades de las personas mayores buscando asertivamente cubrir sus necesidades con las prestaciones diseñadas a tal fin.
- La mirada de los trabajadores no es contemplativa del fenómeno del envejecimiento. La experiencia y reflexión pone de manifiesto la necesidad de una planificación para el largo plazo, con metas y objetivos bien definidos para no vivir de coyunturas espasmódicas.
- Queda planteada una encrucijada: Por un lado, sostiene el deterioro de las condiciones de trabajo que tienden a agravarse, incorporando consecuencias en su salud mental y física. Esta situación impacta en mayor medida sobre quienes sostienen mayor cantidad de hijos, y dentro de esta población, particularmente a las trabajadoras mujeres de mediana edad quienes registran mayores niveles de vulnerabilidad a raíz de las tensiones laborales.
- Y por el otro, se constituye en el recurso humano que sostiene y acompaña con su presencia el contacto con las personas mayores que demandan la atención de sus solicitudes muchas veces sin correspondencia efectiva ni oportuna en tiempo. L@s trabajador@s damos la bienvenida a los avances informáticos y tecnológicos que permiten acceder rápidamente al seguimiento de trámites, a la búsqueda de datos, que contribuyen a volver más eficientes y transparentes los circuitos administrativos. Con el mismo convencimiento, sostenemos la voluntad de ser parte de las políticas de planificación de los programas necesarios para afrontar estas realidades, porque entendemos que organizados, no sólo nos compete ser garantes del cuidado de los puestos de trabajo, de los convenios colectivos, de las carreras administrativas, sino también de las propuestas que contemplen la búsqueda de la atención digna de nuestros adultos mayores, en la mirada integral de preservar la salud, promocionar hábitos saludables, educación para la salud, contemplar y asistir a su entorno social y económico.
- Hay que preparar el sistema, incluyendo en su planificación a largo plazo, este recurso humano que sostiene la irremplazable presencia del Estado.
- Los afiliados a Pami son jubilados y pensionados nacionales con sus grupos familiares, y nuestros Veteranos de Malvinas y sus grupos familiares. El financiamiento de PAMI está compuesto por el aporte de l@s trabajadores activ@s y pasivos.

Si los índices de desocupación aumentan, si no hay políticas públicas para crear trabajo, para transformar los trabajos informales en genuinos trabajos en blanco con sus respectivos aportes, si no se enfrenta con todas las herramientas del Estado el trabajo en negro, se afectan directamente los recursos económicos del conjunto de trabajador@s de la seguridad social y las políticas hacia y para nuestros adultos mayores.

¿Tendremos l@s trabajador@s nacionales la oportunidad de aportar nuestro conocimiento y experiencia? ¿Seremos considerad@s parte fundamental del engranaje social para llevar adelante las Políticas Públicas en Salud? Los casi 21.000.000 millones de trabajador@s y nuestras familias, que somos parte del Sistema Solidario de las Obras Sociales Sindicales y l@s trabajador@s del Pami, ¿nos veremos afectados en el financiamiento del sistema, por el envejecimiento poblacional, por la desocupación y el trabajo informal en aumento?

Estas preguntas y otras más, son parte de los debates que los tiempos actuales nos plantean, donde, desde una profunda conciencia sindical, deberemos aportar respuestas como trabajador@s organizados, que nos coloquen en la toma de decisiones, donde la tecnología potencie y no opaque la visión humanitaria de nuestras acciones diarias, y donde, valores como Justicia Social, Solidaridad, Universalidad, son parte indisoluble de nuestra mirada.

¿Cobertura universal de salud como modernización?

En estos tiempos se cuestiona fuertemente el rol del Estado, que el Estado no es eficiente, que el Estado está sobredimensionado, que el Estado no está a la altura de los acontecimientos de este siglo. La respuesta ante dichas críticas es la necesidad de modernización del Estado.

Considerando tal afirmación nos preguntamos ¿qué es la modernización del Estado? El concepto de “modernización” en Salud, ¿Qué implicaría? ¿Digitalizar historias clínicas? ¿La entrega de una tarjeta magnética? ¿Expedientes electrónicos? ¿Intentar un programa como el de Cobertura Universal de Salud (CUS)? ¿Modernización en qué proyecto de país?

En el mes de octubre del 2017, el gobierno nacional presentó el programa Cobertura Universal de Salud (CUS) con el fin de garantizar el derecho a la salud para aproximadamente 15 millones de personas sin prepaga ni obra social. Mediante dicha política se pretende poner al alcance del paciente del sector público un trato equivalente al brindado en el sector privado: turnos online y telefónicos, línea 0800 para derivaciones y acceso a atención primaria y especializada. De esta manera se evitarían las habituales colas de madrugada en los hospitales y el malestar que ello genera a los profesionales y enfermos.

El empadronamiento al nuevo sistema se realizará presentando tan sólo el Documento Nacional de Identidad. Al ser parte del programa, los pacientes tendrán un médico de cabecera asignado, lo que permitirá hacer un seguimiento particularizado del estado de salud de cada uno. Con respecto a la distribución de medicamentos, el CUS reemplaza al programa Remediar, mediante el cual los remedios serán entregados en los mismos puntos pero en el marco de la cobertura del nuevo plan.

En la Argentina, desde nuestra visión sociosanitaria, el Sistema de Salud está compuesto por tres subsectores: subsector público, subsector privado y subsector de la seguridad social -el cual abarca a las obras sociales sindicales-. El subsector público atiende las demandas

de la población que no posee obra social ni prepaga, por lo cual dicha población YA tiene cobertura del Estado. Es decir, el CUS no amplía coberturas ni destinatarios.

Ahora bien, ¿es suficiente, eficiente, justo y equitativo este subsector? Por supuesto que no. L@s trabajador@s de la Salud seamos nacionales, provinciales o municipales, sabemos de la falta de personal, de la falta de insumos, de la falta de infraestructura y de la falta de políticas de prevención, promoción y educación para la salud, tanto como de la fragmentación de los subsectores - tan conveniente a los intereses económicos que subyacen en el sistema de salud-.

Estamos de acuerdo en que hay que modernizar y reformar al Estado. Sin embargo, plantear que las políticas públicas fracasan únicamente debido a que el Estado no es moderno o no implementó las reformas necesarias es, desde nuestro punto de vista, una gran mentira y muchas veces una oportunidad para aplicar reformas que no benefician al paciente ni al trabajador sanitario.

Según el decreto 908/2016, la estrategia de la CUS es:

- ✓ Identificación, nominalización y documentación de beneficiarios de la Cobertura Universal de Salud.
- ✓ Mejoramiento de las determinantes sociales de salud.
- ✓ Desarrollo, equipamiento y puesta en valor de efectores públicos de salud.
- ✓ Fortalecimiento y modernización del sector público de salud.
- ✓ Acciones de Atención Primaria de la Salud.
- ✓ Desarrollo y optimización de las Redes Integradas de Servicios de Salud.
- ✓ Mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.
- ✓ Fortalecimiento de los recursos humanos en salud.
- ✓ Actividades de Promoción y Protección de la salud y medicina preventiva

Con estas definiciones cualquier trabajad@r que se encuentre ejerciendo en la salud pública estaría completamente de acuerdo. Sin embargo, consideramos que tales objetivos no podrían llevarse adelante si no ponemos también en discusión aspectos como la carrera sanitaria, pluriempleo, condiciones de medioambiente, seguros de mala praxis, concurso de cargos.

¿Cómo se mejoraría la accesibilidad, aún con la tarjeta magnética o la digitalización de las historias clínicas, si no se cuentan con los recursos necesarios, tanto humanos como económicos? El marketing, los relanzamientos y oficinas pintadas con colores partidarios en campaña permanente no alcanzan para dar respuestas de calidad, centradas en la persona humana y sus necesidades; respuestas que den soluciones reales en función de los planteos de los pacientes, y en un contexto de política de salud pública nacional.

Tomar al Estado como lugar de acomodo o como herramienta de protección de intereses sectoriales, es, sin dudas, la mayor causa de destrucción de políticas públicas.

La política sanitaria es una política pública y como toda política pública necesita de recursos económicos y de recursos humanos críticos. Esto último se logra desde el reconocimiento del empleado público. Cuando hablamos de reconocimiento hablamos de

un convenio colectivo de trabajo que refleje las necesidades del trabajo de la salud y que se pueda acceder a los puestos mediante mecanismo de selección.

El pluriempleo es una realidad en el sector salud, al punto que los trabajadores públicos que están en este subsector son los únicos que pueden tener más de un empleo en el Estado. Los bajos salarios que caracterizan al sector hacen que muchos de los trabajadores tengan que sumar guardias o bien que el lugar que los emplea tenga que negociar el no cumplimiento del horario que refleja el convenio. Muchas veces el pluriempleo que se encuentra en este sector es en perjuicio del propio sistema, de los pacientes y de los profesionales. Sin embargo, debemos destacar que aunque sea la normalidad de nuestro medio, no es la realidad que se vive en otros países, donde se tiene un solo empleo y este tiene una remuneración adecuada que hace innecesario tener otros ingresos. De esta manera, el pluriempleo característico de este sistema resulta en trabajadores empobrecidos que, para poder garantizar su mera subsistencia, deben aceptar condiciones de trabajo y de ejercicio que bordean lo injusto y lo ilegal y están fuera de toda ética.

Por todo lo desarrollado, consideramos que reformas “modernizadoras” que no cuestionan el pluriempleo y no exigen salarios apropiados son parte de las causas de las injusticias e ineficiencias del subsector público de salud en Argentina. Para dar una respuesta a las problemáticas de dicha área, debemos empezar a desentrañar las diversas razones que hacen inviable una solución integral a la cuestión del problema de la salud pública.

El recurso humano calificado y competente es necesario para llevar adelante funciones regulatorias y asistenciales que son necesarias en el sistema de salud. Cuando hablamos de recurso humano hablamos de todas las profesiones que intervienen en alguna medida en el sistema de salud, sin jerarquizar ninguna profesión por sobre otra. Esto último es importante ya que en diversas carreras sanitarias y convenios colectivos de trabajo se ve fuertemente favorecida la carrera médica. No obstante, nosotros priorizamos los enfoques multidisciplinarios, sin dejar de reconocer a quienes realizan tareas críticas o riesgosas así como también los diferentes “plus” por tareas y formación; dichos “plus” deben ser siempre remunerativos.

Cuidar y proteger al recurso humano, es decir a los responsables de materializar cotidianamente a la política pública de salud, es esencial para el éxito de esta. Buscar una carrera sanitaria que sea representativa para las profesiones y que sea homogénea en las diferentes provincias es el gran desafío para que el subsistema público funcione de manera correcta. Cuando hablamos de homogénea y representativa nos referimos al aspecto salarial y al de crecimiento por meritución en la carrera.

Un convenio colectivo que refleje una carrera sanitaria que ponga como eje buscar un profesional estable en un puesto de trabajo, que reconozca la capacitación acorde por profesión y de esta manera garantice el crecimiento del trabajador, es un comienzo para la verdadera modernización del Estado.

Condiciones y Medioambiente de trabajo

¿Qué son las condiciones y medioambiente de trabajo?

Entendemos que son el conjunto de propiedades que caracterizan la situación de trabajo, influyen en la prestación del mismo y determinan la salud de l@s trabajador@s.

El medio ambiente es una parte importante del medio total en el cual viven los trabajadores y la salud depende de las condiciones de trabajo. El concepto de Condiciones y Medio ambiente de trabajo, es entendido a partir de una visión integradora de la relación de los trabajadores con su medio social, físico y cultural y con su calidad de vida en general.

Las condiciones de Higiene y seguridad laboral, son -desde nuestra visión gremial-fundamentales en el ámbito laboral. Cuando vemos matafuegos vencidos o la ausencia de los mismos, la falta de material de seguridad para l@s trabajador@s tanto de mantenimiento como técnico@s, la falta de insumos en los consultorios y/o quirófanos, los reactivos en los laboratorios, vemos cómo se pone en riesgo la salud de l@s trabajador@s del subsector de salud público. No se pueden concebir políticas de salud, sin tener claramente garantizados dichos requerimientos.

El trabajo es generador de salud, cuando posibilita el crecimiento personal y se desarrolla en un ambiente sano y sin riesgos, cuando nos permite relacionarnos con otras personas y grupos, entablando vínculos de cooperación y asumiendo diferentes roles.

Debemos mejorar la prevención de accidentes y minimizar la incidencia de las condiciones laborales inadecuadas en la salud de l@s trabajador@s, de la misma manera que debemos fomentar el desarrollo de políticas de prevención de las enfermedades no transmisibles y la promoción de hábitos saludables en l@s trabajador@s. No hay trabajo decente si no existen políticas de salud integral que se ocupen de l@s trabajadores y les garanticen el derecho a la salud en el trabajo, tal como lo contemplan los Convenios Colectivos de Trabajo.

A modo de conclusión y punto de partida:

En palabras del Dr. Ramón Carrillo: *“Estoy decidido a que, Dios mediante, los hospitales argentinos no sean sólo casas de enfermedad, sino casas de salud, de acuerdo con la nueva orientación de la medicina, la cual tiende a evitar que el sano se enferme, o a vigilar al sano para tomarlo al comienzo de cualquier padecimiento cuando éste es fácilmente curable. En otros términos, trataremos primero de transformar los hospitales -que actualmente son centro de cura-, en centros de medicina preventiva; y luego, en una segunda etapa, cuando se organicen las obras complementarias de higiene, de asistencia y recuperación social, para que sean verdaderos centros de salud. Anhelamos esta transformación, porque ella es inseparable de los propósitos formulados por la revolución y porque, si pretendemos señalar una época en la historia, debemos intensificar con inteligencia y perseverancia todo aquello que sea servir al pueblo, constituido en un 65 % por los no pudientes, los más necesitados del apoyo de la Nación. En esta materia, cuanto más alta es la inspiración moral que nos decide a obrar, menos mundana resulta la obra. El cuerpo médico de nuestros hospitales ha procurado siempre compensar sus deficiencias técnicas y la pobreza en que todavía se debate, sirviendo a la población según el precepto divino de ayudar al prójimo como a sí mismo. Valga esta elevada norma cristiana como excusa de nuestras propias deficiencias, y valga también el hecho de que, en nuestra patria, se presta asistencia médica sin negársela a nadie, sin hacer de ello un artículo de*

comercio, concepto éste que no domina en otros países, los cuales exponen con orgullo sus grandes nosocomios, pero exhibiendo en las puertas las leyes de asistencia, puertas que cierran para el extranjero y leyes que obligan a todo beneficiario a pagar su asistencia médica. Pero tenemos mucho por hacer. Nos espera una inmensa tarea, que aún no hemos comenzado y que no comenzará hasta no tener terminados nuestros planes. Por lo mismo, no miremos tanto al pasado, haciendo balances fríos de los hechos; demos por bueno lo existente y pongamos todo nuestro empeño para hacer algo mejor...” De Teoría del Hospital 1951, en Obras Completas EUDEBA.

Si extendemos su pensamiento y lo extrapolamos de hospitales a sistema de salud, todas las respuestas están contenidas en este párrafo, que 67 años después, no sólo no pierde vigencia, sino que nos mira e interpela, preguntándonos silenciosamente ¿qué hiciste por el sistema de salud? ¿Qué hacemos para que las propuestas revolucionarias y aún vigentes del Dr. Carrillo sean una realidad y lleven salud y bienestar a millones de compatriotas que hacen una cola para obtener un turno a las 5 de la mañana, muertos de frío y arriesgando lo poco que les queda de salud?

Creemos que enumerar los problemas y buscar las posibles soluciones es empezar a andar el camino de la solución: comencemos a andar que hay mucho por hacer.

Para finalizar, cabe preguntarse entonces ¿qué significa “modernizar”? ¿es una herramienta al servicio de las políticas públicas o una política pública en sí misma?