

Una aproximación a los modos de implementación de las políticas de reforma en Salud durante las presidencias de Menem, Kirchner y Macri en Argentina

Ulises Barbieri¹

Beatriz Miranda²

Lionel Suarez³

Resumen

Nuestra nación sufrió transformaciones a lo largo de la historia hasta su constitución como Estado. Las ideas hegemónicas, impuestas desde los grandes centros económicos mundiales, influenciaron para determinar su modelo. En este sentido, el sistema de salud como factor fundamental para el desarrollo de un país sufrió las consecuencias de las distintas formas que adoptó el Estado argentino.

La presente investigación indaga las características que asumió la implementación de las políticas de reforma en materia sanitaria en nuestro país, desde la perspectiva de tres gobiernos que tuvieron sus influencias ideológicas bienestaristas y neoliberales. En este sentido se pregunta, ¿la salud es una cuestión de Estado o de mercado?

Así, esta investigación tiene como propósito revisar, describir y otorgar visibilidad a los aportes realizados en materia de organización del sistema de salud argentino, de los últimos tres modelos que atravesó nuestro país desde 1990 a la fecha: El menemismo (1989-1999), el kirchnerismo (2003-2015) y, por último, el macrismo (2015 a Junio de 2019).

Palabras claves: Políticas de Salud, menemismo, kirchnerismo, macrismo

Abstract

Our nation underwent transformations throughout history until its constitution as State. The hegemonic ideas, especially those that came from the great economic centers of the

¹ Lic. En Administración – UNSE. Especialista en Gestión Pública. Maestrando en Administración Pública. Docente-Investigador UNSE.

² Lic. En Comunicación Social – UNLP. Especialista en Gestión Pública. Maestrando en Administración Pública. Asesora de Secretaría General de la Gobernación de la Provincia de Santiago del Estero.

³ Abogado - UNC. Especialista en Gestión Pública. Maestrando en Administración Pública. Defensor del Pueblo de la Provincia de Santiago del Estero.

world, influenced the course that was to be taken as a model of the State. In this sense, the health system, as a fundamental factor for the development of a country, suffered the consequences of the different forms adopted by the Argentine State.

The present investigation, inquires the characteristics that assumed the implementation of the policies of reform in sanitary matter in our country, from the perspective of three governments that had their ideological influences welfare and neoliberals. For all the above mentioned, the following question arises, is health a matter of state or is it a matter of market?

Thus, this research aims at reviewing, describing and giving visibility of the contributions made in the field of organization of the Argentine health system, of the last three models that our country has gone through since 1990 to date: The menemismo (1989-1999), the kirchnerismo (2003-2015) and, finally, the macrismo. (2015 to jun 2919).

Keywords: Health Policies, Menemismo, Kirchnerismo, Macrismo

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud⁴, los procesos de reforma son aquellos procesos de carácter intencional, sostenido y sistemático de cambio estructural en uno o más subsistemas del sector salud. Pero al hablar de reformas en esta investigación, no vamos a caracterizar políticas de asistencia o prevención de alguna patología en particular, sino que se van a desarrollar de manera descriptiva, los principales hechos en materia reformista de aquellas políticas tendientes a modificar el sistema de salud, desde la perspectiva de su organización, su funcionamiento, y el financiamiento de sus subsistemas.

El Ministerio de Salud (al momento de la investigación, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación) es el organismo encargado de la regulación de la totalidad del sistema de servicios de atención médica. Formalmente, tiene a su cargo la normalización, regulación, planificación y evaluación de las acciones de salud que se

⁴ Organismo especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial. Con sede en Ginebra, Suiza. Inicialmente fue organizada por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas.

llevan a cabo en el territorio nacional y comprende, a la vez, la promoción, prevención, recuperación, planificación y rehabilitación (Belmartino, 1999:291).

Argentina gasta en torno al 10% de su PBI⁵ en servicios públicos de salud, seguros sociales y privados. El conflicto entre intereses ha dado origen a un mapa institucional en el que, frecuentemente, ha resultado difícil determinar con claridad los objetivos e instrumentos de las políticas públicas. Esta composición compleja de subsistemas genera uno de los desafíos más importantes en términos de políticas públicas. En este sentido, cada gobierno puso énfasis en tratar de articular el sistema, con objetivos y mecanismos diferentes que fue adquiriendo el sistema de salud argentino a lo largo de la historia.

En la década de los 50, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ya hacía referencia a que la salud en Argentina pasaba por momentos críticos. Esto se debía a las intervenciones de los grupos de intereses, la fragmentación en los subsistemas y las decisiones políticas de quienes conducían la nación que hacían que el sistema sanitario tome distintas formas, pero nunca un equilibrio o una política a largo plazo que sostenga las políticas públicas en materia de salud. Desde el Estado bienestarista de la mano de Juan Domingo Perón, pasando por los gobiernos de facto y hasta la recuperación de la democracia con Raúl Alfonsín, la crisis estuvo presente y la sensación de que siempre faltaba algo, era un estado permanente.

La salud es un sistema complejo cuyo comportamiento no es lineal ni constante y tiende a comportarse con un alto grado de dinamismo. Esta dinámica pone en jaque al mismo sistema y es motivo de reforma. En nuestro país, podemos destacar algunos de los principales problemas que le son muy característicos:

Podemos remarcar en primer lugar al vertiginoso y multifuncional desarrollo tecnológico que parece no tener un fin en la aplicación del conocimiento en los asuntos médicos. Aporta, a lo largo de los años, muchas soluciones pero, a la vez, demanda más y más recursos. La aparición de nuevos tratamientos o nuevas drogas generan mayores expectativas de vida, a un costo alto e inalcanzable para la gran mayoría, pues pone muchas veces en crisis a los diferentes sistemas financiadores. De esta manera, se producen lógicas tensiones entre los diferentes actores para ver quién financia esa

⁵ Producto Bruto Interno.

solución. Esto provoca una disminución en la percepción de calidad por parte de los usuarios, ya que el sistema de la salud se vuelve más deshumanizado. Por otra parte, la lógica de optimización para disminuir los costos hace que los diagnósticos sean por un lado menos clínicos y por el otro, más tecnológico lo que genera problemas en la calidad de atención. La excesiva medicalización, producto de las nuevas áreas que apuntan a cuestiones estéticas, de nuevos estilos y hábitos de vida o alimentación, o complementos que pertenecen al universo de lo deportivo por ejemplo, aparecen en escena inesperadamente a la hora de la demanda, y estamos nuevamente, hablando de escasos recursos para gestionar su otorgamiento, el cual seguramente, no está en los planes establecidos. La justicia pasa a ser un actor importante que genera consecuencias en el sistema, interviene en los subsistemas en situaciones críticas, debido a que opera dentro del marco normativo y/o legal con lo que produce una tensión importante, ya que la disputa y pelea en torno a los alcances de las coberturas sanitarias no es una cuestión que se pase por alto; por el contrario, pone en debate el derecho a la salud.

Otro factor a tener en cuenta, es lo que percibe la población, la cual tiene una lectura de la baja productividad del trabajo en instituciones públicas de salud, y esto lo manifiesta en forma de queja observando que por ejemplo “no hay médicos” en los servicios de salud pública.

Las reformas fueron una constante a lo largo de la historia, partiendo de los primeros centros maternos infantiles, donde el fundamento principal de la aparición de estos centros era la excesiva centralización, por lo cual se acciona y se descomprimen los hospitales para dar atención a esta problemática. Años más tarde, aparece un segundo intento de reforma, que busca una organización en el sistema a través de establecer niveles de prevención, relacionados con la idea de que a un paciente se lo puede atender e intervenir en distintos momentos de la historia de la enfermedad y/o patología que presente. Y a partir de esta lógica, se apuesta a la prevención primaria, que es justamente antes de que aparezcan los síntomas; a otro nivel está la prevención secundaria, pensada para una atención oportuna cuando aparecían los síntomas con una detección del diagnóstico precoz; y, finalmente, una prevención terciaria cuando desapareciera el síntoma y se comenzaba a actuar con las secuelas teniendo en cuenta un criterio rehabilitador.

A fines de los 60, la tendencia a la descentralización era cada vez más evidente. Se buscaba avanzar ya no sólo en lo que se refería a los servicios en sí de la salud, sino también sobre el poder de decisión, con la idea de que los directivos, en los centros de salud, puedan decidir qué hacer y cómo asignar recursos, aspecto que hasta ese momento, no estaba planteado.

En la década de los 70, aparece la atención primaria de la salud con una gran estrategia, que implicaba reformular todo el sistema para generar nuevas soluciones. Como toda estrategia, necesitaba una táctica operacional para la puesta en marcha, y es así que aparecen los sistemas locales de salud como respuesta operativa y necesaria para el cumplimiento de la estrategias primarias. Esta breve descripción es una síntesis general de los distintos enfoques de reforma en políticas públicas de salud hasta la década de los 80; a continuación la investigación, pone el foco, con mayor grado de detalle, en las reformas que aparecen a partir de los años 90´.

La salud pública durante el menemismo (1989-1999)

Hasta los noventa, las discusiones provenientes de organismos específicos siempre giraron en torno a lo sanitario y todas las reformas planteadas fueron orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas, hasta que aparecen en el escenario de los países subdesarrollados las influencias de organismos internacionales de financiamiento de tendencia neoliberal⁶. El neoliberalismo aparece así como:

“una teoría de prácticas político-económicas que afirma que la mejor manera de promover el bienestar del ser humano consiste en no restringir el libre desarrollo de las capacidades y de las libertades empresariales del individuo dentro de un marco institucional caracterizado por derechos de propiedad privada fuertes, mercados libres y libertad de comercio”(Harvey, 2007)

Así, el rol del Estado se redujo a velar por el normal funcionamiento de dichas prácticas, recurriendo a la coerción cuando fuera necesario. Las prácticas neoliberales dieron algunos indicios en la década de los 70´, pero en el marco de la sanción de las Leyes de Reforma del Estado y de Emergencia Económica de 1991 durante el gobierno

⁶ Chile fue el primer gran experimento neoliberal de la Escuela de Chicago Milton Freedman y Friedrich von Hayek buscan un laboratorio donde experimentar el libre mercado y la intervención estatal mínima pero como ningún gobierno democrático aceptó implementar sus ideas recurrieron a la dictadura de Augusto Pinochet.

de Carlos Menem (1989-1999) se dio inicio a la etapa más fuerte del proceso que dio continuidad y celeridad a los cambios forzados en el modelo de acumulación y naturaleza del Estado que habían implementado los militares años atrás, y puso énfasis en fuertes planes de desregulación, liberalización y achicamiento del Estado.

La reforma llegó con fuertes preceptos que venían del Consenso de Washington⁷ donde se destacaban la disciplina fiscal, la inflación como parámetro central de la economía, prioridades en el gasto público, reforma tributaria, tipo de cambio competitivo⁸, liberalización del comercio, privatización y desregulación, entre otros.

Desde esta ideología, la salud no estaba exceptuada, y empiezan a aparecer nuevos ejes prioritarios de reforma que subestiman la calidad de vida de las personas y se empieza a pensar puntualmente cómo se llevará a cabo el financiamiento y la gestión eficiente de los recursos. A cambio de esa implementación, aparece la posibilidad de financiamiento por parte de organismos, como el Banco Mundial o el Fondo Monetario Internacional, para ello había que cumplir con determinadas metas postuladas y, por lo tanto, también era necesario cambiar la forma en que se implementan las políticas públicas de salud en Argentina. Los primeros puntos en la agenda que estos organismos plantean es la consideración de la gratuidad del sistema, con la convicción de que los ciudadanos estarían de acuerdo a pagar por un servicio si el mismo es de calidad. Esta idea de “gratuidad relativa” sirvió de puntapié inicial para empezar a pensar en seguros de salud, que podían venir del sector público o privado, pero que en el ámbito sanitario se deben gestionar con sistemas de seguro. Otra de las sugerencias de estos organismos era la revalorización de la sociedad civil, tomando como antecedentes experiencias en procesos de reforma como Chile, México y Brasil. Es importante resaltar el caso de México D. F., donde la participación de las mujeres en los procesos de formulación e implementación de la política sobre salud sexual y reproductiva ha hecho posible promover acciones conjuntas entre las organizaciones de mujeres y el Estado⁹. Esta idea consiste en transferir servicios que son prestados por el Estado a organizaciones civiles como ONG, sobre todo, aquellas actividades de índole preventivas que antes las hacía el Estado. Esta característica, Cunill Grau (1997) la resalta con una importancia central

⁷ Para mayores detalles véase Williamson, 2000.

⁸ Argentina adoptó un régimen cambiario fijo idiosincrático, por medio de la Ley de Convertibilidad.

⁹ Álvarez Enríquez L. 2002. Colaboración e incidencia de las organizaciones civiles en el gobierno del Distrito Federal en la materia de salud. México, D.F.: ALAS; 2001.

refiriéndose a ellas cuando trata el tema de las reformas del Estado, señalando cómo se busca ampliar la esfera pública y la participación ciudadana a través de lo que se denomina la “publicación” de los procesos de adopción de políticas y decisiones, por lo cual es clave el replanteo de las relaciones entre Estado y sociedad y sobre todo, el fortalecimiento de la institucionalidad pública. De esta forma, el Estado financia pero no presta el servicio, así logra cumplir con la filosofía neoliberal de achicar Estado, flexibilizar el trabajo, achicar el gasto y demás aspectos que tiene ver con prioridades financieras, más que sociales.

Por último, otra de las propuestas del Banco Mundial era la descentralización del sistema, es decir transferir las instituciones públicas a las provincias e incluso a los municipios, algo similar a los realizado en materia educativa. La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana, decían también que la mejor manera de financiar la salud es mediante la universalización del seguro en la salud, todas las personas debían tener por detrás un seguro, ya sea público, semipúblico o privado y de esa forma el Estado Nacional se achicaba en políticas sociales y cumplía con la descentralización que sugerían los organismos internacionales. La idea era transferir los hospitales a las provincias (lo que ya se estaba haciendo desde la década de los 70, durante los gobiernos militares) y que las provincias completaran la descentralización llevando al nivel municipal lo centros de menor complejidad como unidades de atención básica y dispensarios. Entonces, Nación no tenía efectores, las provincias se quedaban con los hospitales provinciales y los municipios se quedaban con los centros de salud de menor complejidad, simplificando el modelo.

La reforma de este sector se enmarca en las llamadas reformas de “segunda generación” o la “segunda ola” que buscaban modificar cuestiones tales como los servicios de salud, la flexibilización del mercado laboral, el mejoramiento del transporte y de la gestión pública, así como fortalecer y mejorar la capacidad institucional del Gobierno (Acuña, y Tuozzo, 199:1). Esta idea de reformar venía reforzada desde el año 1991 por tres factores que les permitirían ajustar la política social a los requerimientos de la nueva estrategia económica: las recomendaciones de los organismos internacionales reforzadas por la condicionalidad de los préstamos, la presión de los grupos poderosos económicos y el clima ideológico local; esto es, amplios sectores de la población culpaban al Estado

empresario, a los líderes sindicales y a los trabajadores estatales por el generalizado deterioro e ineficiente funcionamiento de los servicios públicos de salud, según Acuña & Chudnovsky, 2002.

Durante el menemismo, se evidenció una escasez de recursos destinados a la salud pública, que se tradujeron en iniciativas bien focalizadas. Los puntos centrales de las propuestas eran de índole administrativo-financiero¹⁰, mediante la gestión financiera de los hospitales, la profundización de la descentralización hospitalaria y la privatización de los servicios periféricos como lo eran la limpieza, la seguridad, y el mantenimiento de las instituciones. A principios de los noventa, se transfirieron 19 hospitales públicos que estaban en las arcas del Estado Nacional, 12 de ellos a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 4 a provincia de Buenos Aires y 3 a la provincia de Entre Ríos. Esa transferencia implicaba 9200 agentes y representaba un gasto de \$ 110,7 millones anuales. Este monto equivale a poco más del 22% del gasto público consolidado en salud de la Administración Nacional, según Repetto et al, 2001:22. La descentralización llegó de la mano de un novedoso sistema que ayudaría con el financiamiento a los centros de salud públicos¹¹ que buscaba la autonomía hospitalaria, y se lo hizo en el marco del decreto 578/93¹², lo que dio lugar al nacimiento a los Hospitales Públicos de Autogestión (HPA). Los HPA fueron impulsados desde el nivel nacional con el supuesto objetivo de elevar la eficiencia de estructuras hospitalarias sobredimensionadas, con financiamiento cruzado hacia las Obras Sociales, de sistemas de referencia y contrarreferencia inadecuados y de arraigadas prácticas tradicionales de gestión, Sojo, 2000:40. De esta forma se estableció que las Obras Sociales debían pagar a los hospitales los servicios recibidos por sus beneficios y se creaba un mecanismo directo por el cual se les reducía automáticamente de las transferencias recibidas por concepto de cotizaciones, aquellas deudas que tenían contraídas con los hospitales.

¹⁰ En todo proceso de reforma al sistema de salud, el ministerio de Economía era la contraparte a los organismos como Banco Mundial o Fondo Monetario Internacional, como actor representativo del Estado Argentino, con un rol más importante que el mismo Ministerio de Salud.

¹¹ En el año 1967, se crea la modalidad autárquica de los "servicios de atención médica integral para la comunidad", como un primer antecedente de autogestión, porque incorporó la figura de personería jurídica para los hospitales, sin la cual el establecimiento no gozan realmente de la capacidad decisoria para actuar de manera descentralizada, Repetto et al, 2001

¹² Hace referencia a los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud, están obligados a pagar, las prestaciones que sus beneficiarios demanden a los Hospitales Públicos que cumplan con este decreto y estén inscriptos en el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA).

Según Cerdá J. (2010), a mediados de los 90, aparecen tres propuestas de reforma: una realizada por la Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas, otra del Ministerio de Economía de Argentina, que venía alineada con propuestas del Banco Mundial y una última propuesta de la Confederación General del Trabajo, que venía con apoyo de algunos sectores militantes del menemismo.

La primera de las propuestas mantenía dividido el mercado de la salud en tres sectores: el primer sector, integrado por un “Programa Nacional de Salud” que cubriría a los grupos con mayor riesgo (jubilados y pensionados, indigentes, discapacitados, etc.). Estos serían atendidos por el hospital público y el financiamiento estaría a cargo del Estado.

El segundo sector, un “Sistema de Seguro de Salud” que reuniría a todos los trabajadores en relación de dependencia y a los autónomos. Contarían con un sistema de afiliación al sistema que sería de forma voluntaria por parte de los trabajadores, y se financiaría a través de los aportes compartidos entre los empleados y los empleadores. Esos aportes irían a un fondo común para luego ser redistribuidos entre los afiliados, dejándoles la libertad de elegir donde realizar sus prácticas médicas.

Y por último, la creación de un tercer sector conformado por Entidades Privadas que se dedicaría a la atención de todas aquellas personas que no se encontraban cubiertas por el Sistema de Seguro de Salud, por no ser trabajadores en relación de dependencia, pero que si contaban con un ingreso suficiente para cubrir sus necesidades de asistencia médica.

De esta forma, quedaba cubierta la totalidad de la población y se pretendía mejorar la eficiencia del mercado a partir de la libre elección de los afiliados al Sistema de Seguro de Salud. Además a esta propuesta, se le agregaban dos factores fundamentales que apuntaban a mejorar la calidad de salud: en primer lugar, la formulación de un Programa Médico Obligatorio (PMO) que serviría como un elemento que homogeneizaba las prácticas mínimas que deberían ser cumplidas por todos los prestadores, y en segunda instancia la creación de un organismo de control para regular el sistema y verificar el cumplimiento de los contratos con las aseguradoras de los servicios de salud -solvencia, liquidez y reaseguro de dichas entidades. Este organismo de contralor no tendría posibilidad de intervención en las prestaciones dadas y, por lo

tanto, no estaría habilitada para sancionar a las instituciones que no cumplieran con sus obligaciones. Así, su función quedaba limitada a brindar información, con el propósito de resolver los problemas de información que pudieran aparecer en el mercado.

La segunda propuesta tenía dos objetivos: por un lado, mejorar la “eficiencia” y la “equidad” del sistema de salud y, por el otro, contener el elevado gasto en el área. Para solucionar estos dos problemas, los técnicos proponen cuatro medidas a ser implementadas en el corto plazo:

Impulsar una liberalización dentro del sistema de seguro de salud con el fin de evitar la “selección adversa”.

Asignar los recursos del Fondo Solidario de Redistribución eficientemente, sobre la base de un estricto control en la forma de su uso.

Desarrollar un marco regulatorio capaz de promover la competencia, la transparencia y la rendición de cuentas por parte de las entidades adheridas al sistema.

Reconvertir las entidades con problemas financieros a partir de un programa llamado Fondo de Reversión de las Obras Sociales (FROS), financiado por un crédito del Banco Mundial.

En resumidas cuentas, el objetivo del proyecto era lograr la libre afiliación dentro de un sistema integrado de salud. El proyecto también contemplaba la realización de un padrón único de beneficiarios al que se le incorporaba los afiliados del Programa de Atención Médica Integral (PAMI) y consideraba necesario la organización de un PMO. Por último, ofrecía solucionar los problemas de aquellas instituciones con dificultades a partir del programa de reestructuración financiado por el Banco Mundial.

En tercer lugar, la Confederación General del Trabajo (CGT), junto a la política del gobierno, comenzó a diseñar una propuesta de reforma alternativa. Si bien ésta tenía como objetivo fundamental la derogación del decreto 9/93¹³, incorporaba en ella el concepto de la libre elección de las prestaciones médicas. El proyecto propiciaba la creación de un PMO y, para que el sistema fuera viable, aumentaba el monto de los aportes compartido entre empleadores y empleados. La ANSSaL¹⁴ funciona como agente de fiscalización y control, teniendo la posibilidad de propiciar la fusión de las

¹³ El decreto 9/93 hacía referencia a la libre elección de la obra social por parte de los trabajadores.

¹⁴ Superintendencia de Servicios de Salud y es el ente de regulación y control de actores del sector, con el objeto de asegurar el cumplimiento de las políticas del área para la promoción, preservación, recuperación de la salud de la población y la efectiva realización del derecho a gozar las prestaciones de salud.

empresas que incurran en algún tipo de “asignación incorrecta” de los recursos. De esta manera, desvinculaba el control de la AFIP¹⁵ y del Ministerio de Economía sobre los fondos y los asignaba a un área del Estado, la cual estaba dominada por sectores asociados a los sindicatos.

Debido a la crisis de algunas Obras Sociales, la CGT se vio en la obligación de crear un mecanismo de ayuda solidaria. A tal efecto, la CGT proponía una modificación del Fondo Solidario de Redistribución, el cual pasaría a financiar el déficit y la reconversión de las Obras Sociales. La propuesta procuraba eludir la injerencia de los organismos internacionales de crédito en el proceso de reforma, ya que su participación implicaba algún tipo de condiciones. El proyecto de la CGT intentaba, por un lado, restringir el acceso de las prepaga al ámbito de las Obras Sociales y, por otro lado, impedir que los organismos internacionales estuvieran involucrados con la reforma.

En síntesis, el proyecto fue un intento de frenar el avance de la libre elección y el avasallamiento de los fondos de las obras sociales, el cual contaba con el apoyo del ala dialoguista del gobierno. En el proceso de negociación, el sindicalismo flexibiliza su posición –incorporando la libre elección de las prestadoras- pero se endureció con relación al financiamiento y el manejo de los fondos. Desde la perspectiva sindical el avance de la reforma tal cual como era impulsada desde el Ministerio de Economía significaba el final de su existencia. La implementación de la reforma de las obras sociales fue retrasada varias veces debido a las demoras en la confección de los padrones, y recién en enero de 1997 se implementó la desregulación del sector. Así, los afiliados tuvieron la posibilidad de optar libremente el traspaso de sus aportes a cualquiera de las Obras Sociales Sindicales existentes.

Esta decisión por parte del gobierno tuvo la intención de no seguir tensando las relaciones y tratar de conformar a los diferentes actores involucrado; fue aceptada por todos los sectores con cierto beneplácito, aunque no los conformaba por completo. Mientras que para el Ministerio de Economía y los organismos internacionales la reforma fue un paso adelante hacia la liberalización total del mercado; para los sindicatos fue un triunfo luego de una ardua batalla en la cual se había limitado la participación de las prepagas y se había postergado cuatro años la implementación del

¹⁵ Administradora Federal de Ingresos Públicos.

Decreto 9/93. En síntesis, la reforma en el sistema de salud en el periodo menemista llegó con las recetas que provienen del consenso de Washington que buscaba un Estado eficiente desde lo financiero y esa eficiencia se manifestó en acciones que operaron en la descentralización, desregulación, focalización y privatización.

La política sanitaria durante el kirchnerismo (2003-2015)

El recorrido realizado hasta aquí permite que se pueda afirmar casi con total seguridad que trabajar en cualquiera de los ámbitos e incumbencias de la gestión pública, supone un esfuerzo y un trabajo de gran compromiso, más aún cuando se deben pensar en acciones concretas que impacten directa y visiblemente en los grupos sociales a los que se apunta. Dicha tarea se encuadra dentro de las acciones más difíciles, ya que se trata de enlazar líneas de pensamiento y teorías que apuntan a un alto impacto social que no se puede garantizar solo desde su teorización y enunciación positiva. Hacer y accionar para que las “políticas” sucedan es, en muchas cuestiones, una gran cuenta pendiente aún.

La política en materia sanitaria abordada en el período “kirchnerista”¹⁶ no operó en la erradicación de los rasgos característicos definidos desde décadas anteriores, como la de ser un sistema fragmentado, con poca regulación por parte del Estado, falta de coordinación, con un sesgo corporativo bien definido que determina un grado de irracionalidad en la incorporación de tecnología y el incongruente correlato del recurso invertido versus los resultados obtenidos. Cada una de las acciones tomadas en este período, como todas en su conjunto, colaboraron en un sentido a la continuidad en algunos casos, y a acrecentar en otros, las brechas en torno a la garantía del derecho a la *salud para los diferentes sectores. Y cuando hablamos de esta distancia, nos referimos a las generadas entre las distintas regiones del país, como a las que encontramos dentro de todos los grupos socioeconómicos existentes.*

Se debe señalar que cambiar rumbos tan marcados y definidos por grandes corporaciones e intereses como los hay en el campo de la salud, no es algo fácil ni que se pueda pensar como un plan simple; por el contrario, la gran complejidad y la gran

¹⁶ El periodo alcanza los años 2003 a 2015 distribuido de la siguiente manera: Néstor Kirchner de 2003 a 2007, Cristina Fernández de Kirchner, en un primer mandato durante el periodo 2007 a 2011 y un segundo mandato de 2011 a 2015.

magnitud de intereses, recursos y poderes que se ponen en juego, marcan la profundidad de los cambios posibles que pueden implementarse. En relación al tema Salud que es el que nos ocupa, pese a que el espíritu de reforma plasmado en otros ámbitos de la política fue una característica y rasgo diferenciador, lo que acá ocurrió no pudo desviar la trayectoria que traía de antemano.

“La gestión sanitaria kirchnerista se inició con la elaboración, en el año 2004, del Plan Federal de Salud, el cual plantea una muy fuerte crítica a las políticas de reformas neoliberales impulsadas en el país durante la década del 90 y un diagnóstico lapidario de la situación del sistema de salud en Argentina en ese momento”¹⁷. El mismo marcaba la presencia del Estado como condición necesaria, y consideraba que una administración eficiente en la programación, regulación y fiscalización del sector podría ayudar al proceso de su reconversión al corregir las asimetrías existentes en ese entonces.

El citado plan plantea generar a largo plazo un sistema de salud para todos, equitativo e integrado, con un rol en el cual el “Estado garante” del bienestar de la sociedad tendría una activa y fuerte participación. El sistema posibilitaría el acceso a una canasta de bienes y servicios esenciales en salud a través del aseguramiento de quitar una cobertura universal básica para todos, lo que implicaba una convocatoria a la participación activa de la sociedad. Se señalaron entre los problemas estructurales más relevantes: la falta de regulación de tecnologías, las inequidades entre jurisdicciones y entre las provincias, la cobertura desigual, la indefinición del modelo de prestaciones, la fragmentación e ineficiencia en el uso de los recursos, los escasos recursos asignados a la prevención, la desigualdad en el acceso, la mortalidad y morbilidad evitable, la variabilidad en la calidad, la falta de planificación de la gestión de recursos humanos, la baja capacidad de rectoría y la crisis del sector privado.

A partir de este diagnóstico, el Plan planteaba la necesidad de iniciar un sendero de reformas estratégicas que apunten a un triple transformación: del modelo prestacional, del modelo de gestión y del modelo de financiamiento.

Se propone una organización regional a favor del aprovechamiento de los recursos disponibles con metas que responden a una planificación nacional. El sistema de salud estaría organizado en redes regionales de servicios que responderían a las necesidades

¹⁷ Ase, I. Cobertura Universal en Salud: ¿Garantía del derecho a la salud o el nuevo nombre del ajuste?

de la población. Las personas accederían entonces a una red y no a servicios aislados, ya que las instituciones estarían organizadas por niveles de atención y localizadas con criterios de necesidad de acuerdo a su zona. Esta visión buscaba el afianzamiento del Ministerio de Salud en su función rectora, para lo cual el rol que llevarían adelante los actores responsables sería el de trabajar comprometidamente asegurando garantizar a todas las regiones el aprovisionamiento de la cobertura básica universal, el compromiso para el desarrollo de programas de prevención con acento en la atención primaria y en la organización de la sociedad civil como instrumento para fomentar su participación.

Llevar adelante este plan planteaba una estrategia de mejora que iba desde adentro hacia afuera, fortaleciendo sus funciones básicas, actuando como facilitador y tomando el protagonismo en la dirección de las acciones de la conducción del sistema de salud, y constituyéndose como un ámbito de permanente construcción y gestión.

Otro de los programas a referenciar es el Plan NACER y el Programa SUMAR, que aseguraban la consolidación de “un país más inclusivo e igualitario”. Teniendo en cuenta la necesidad de mejorar los resultados en términos de salud materno-infantil, y en consonancia con las Metas Globales del Milenio¹⁸ para el año 2015, el Ministerio de Salud de la Nación del período kirchnerista, en consenso con la gestión de las provincias de ese entonces y la asistencia financiera del Banco Mundial, implementaron en el año 2005 el Plan NACER.

El Plan NACER conformaba un programa federal que invertía recursos en salud para mejorar la cobertura y la calidad de atención de las mujeres embarazadas, puérperas y de los niños y niñas menores de 6 años que no tenían obra social. Si por algo se distinguía el plan, era por desarrollar Seguros Públicos de Salud para la población materno - infantil y por implementar un modelo de financiamiento basado en resultados, con el propósito de promover un cambio cultural en la visión y gestión de la salud. A través de este esquema de financiamiento basado en resultados, la Nación transfería

¹⁸ La movilización mundial tras los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) ha generado el movimiento contra la pobreza más exitoso de la historia. El compromiso trascendental que asumieron los líderes del mundo en el año 2000 de “no escatimar esfuerzos para liberar a nuestros semejantes, hombres, mujeres y niños de las condiciones abyectas y deshumanizadoras de la pobreza extrema”, fue plasmado en un marco de trabajo inspirador de ocho objetivos, y después en pasos prácticos de amplio espectro que han permitido a personas de todo el mundo mejorar sus vidas y sus perspectivas de futuro. Los ODM ayudaron a que más de mil millones de personas escaparan de la pobreza extrema, a combatir el hambre, a facilitar que más niñas asistieron a la escuela que nunca antes, y a proteger nuestro planeta. Prólogo de Ban Ki-moon Secretario General de las Naciones Unidas en el Informe 2015 de los Objetivos de Desarrollo.

recursos a las provincias por la inscripción de beneficiarios y el cumplimiento de determinados objetivos sanitarios. Esto implicaba el otorgamiento de mayores recursos financieros a las provincias que lograran alcanzar mejores resultados. Así, podemos ver que dejando de lado el espíritu “inclusivo e igualitario” buscado, la metodología de implementación guardaba una lógica de mercado, en la cual se premiaba por resultados; el indicador numérico pasaba a ser el determinante para obtener menores o mayores recursos para ser administrados localmente. Y no sólo esto sino que las viejas recomendaciones de organismos financieros internacionales se instalan de esta forma en nuestra política sanitaria, al crear la lógica del aseguramiento, el pago capitado y el subsidio a la demanda.

En agosto de 2012, el kirchnerismo puso en marcha una ampliación del Plan NACER al que se lo denominó Programa SUMAR, que tenía como objetivo profundizar la conciencia en la población acerca de la importancia del cuidado de la salud, y trabajar sobre las personas, dándole una preponderancia que los empoderaría como actores protagonistas para el ejercicio efectivo de su derecho, y así potenciar el vínculo con el sistema de salud. Este programa incorporaba más de 30 líneas de cuidados (6 de ellas preventivas) y alrededor de 300 prestaciones. Además de brindar cobertura a embarazadas, también incorporaría a los niños, niñas y adolescentes de 6 a 19 años, así como a mujeres hasta los 64 años, con el objetivo de continuar disminuyendo la Tasa de Mortalidad Infantil y la Materna, completando de esta manera, el objetivo de profundizar el cuidado integral de la salud.

Lo hasta acá descrito fue una planificación acordada entre la nación y las provincias que tenían como foto de portada una fuerte crítica a las reformas neoliberales acaecidas en los años ´90, junto a un relato catastrófico de la situación del sistema de salud imperante hasta ese momento. Si bien la descripción hecha de lo que los planes y programas involucran, y pese a que tenían las mejores de las intenciones, y abundaban en recuperar un rol protagónico de ese Estado que había estado relegado en cuanto a la intervención en las políticas sanitarias, lo finalmente ocurrido nos muestra en líneas generales un rumbo bastante contradictorio, el cual se acerca más a intentar remediar superficialmente los problemas, implementando finalmente lo que se da en llamar “políticas parche”.

Esta observación se hace teniendo en cuenta, que pese a que se postula un retorno al Estado en su rol de regulador, planificador y financiador de las políticas sanitarias, simultáneamente se daba validez a reformas centrales en cuanto a la desregulación de obras sociales y descentralización sanitaria. Todo esto profundiza la atomización, fragmentación y descoordinación, hay un desfinanciamiento del sistema de las obras sociales, se presenta de alguna manera la tensión entre el cambio y la continuidad.

Debemos señalar que la idea del “seguro” surge en la época del gobierno menemista y, durante el kirchnerismo aparece con el plan Nacer-Sumar, para retomar su envión con las CUS¹⁹. Justamente lo veremos más adelante, el gobierno kirchnerista que postula diferenciarse absolutamente en todo con el anterior, es en este tema en lo único que sigue planteando continuidad. Esto nos muestra o demuestra cómo la idea del seguro está en la mayoría de todos los actores y escenarios políticos que se han venido sucediendo, es más, en cualquier institución que se estudie salud aparece claramente que la forma de financiar el sistema es a través del seguro, es una idea transversal que tiene mucho consenso y aparece en todos los tipos de gobierno.

Bajo esta condiciones, los países debían comprometerse, con estas canastas básicas, que eran un conjunto limitado de servicios y prestaciones que se podían financiar y el resto quedaba a la merced de lo que cada uno pudiera acceder o pagar de forma privada; esto implicó para todos los casos, y en todos los gobiernos, ponerle un techo al derecho de la salud.

Como se puede ir viendo, algo importante a destacar o subrayar es que las reformas que se van realizando hacen foco en el financiador y no en el paciente, porque en realidad lo que quieren es resolverle el tema al financiador, al que realiza el pago y no al paciente que hace uso de su derecho. Visto así, se puede explicar que el sistema de pago capitado lo que hace es transferir el riesgo hacia abajo, porque antes el riesgo financiero era del financiador que nunca sabía cuánto iba a tener que pagar por el servicio que prestó, en cambio de esta nueva forma transfiere el riesgo al prestador o al que administra las prestaciones, ya que el pago pasa a ser por afiliado y ya no es problema de cuánto se va a pagar finalmente, sino es una preocupación que pasa al dominio del prestador directamente, que tiene que gestionar su “fondo de inversión”. Es a partir de acá que

¹⁹ Cobertura Universal en Salud.

estos continúan la cadena de recorte a sus administrados (que no son otros más que los profesionales y técnicos de la salud) que pasan también a ser restringidos para que no se excedan en sus prácticas, y realicen las necesarias y mínimas atenciones.

Otro de los asuntos que continúa y se avanza es sobre el cambio de los subsidios otorgados y pensados desde la demanda. Esto significaba que el capital financiador que iba directamente a la institución, al hospital, promoviendo ineficiencias en la gestión porque recibían un presupuesto asignado más allá de que si lo hacían o atendían bien o mal, se reformula y lo que se propone es que el seguro debe ir al paciente directamente, y es él mismo (el plan Nacer tenía esa lógica) quien debe decidir inscribirse donde mejor lo considere, en idénticas condiciones como eligen en el mercado cual es lo mejor para ellos, y así la institución o la unidad sanitaria que atiende mal, no es elegida por nadie, y la que atiende bien se ve beneficiada con la elección del paciente. Lo que pasa con la lógica de gestión por resultado lleva a analizar el cierre de hospitales, porque una gestión basada en la competencia promueve concentración en algunos expectores sanitarios, ya que algunas instituciones pueden tener mayor complejidad y por lo tanto acaparan más pacientes, y se va perdiendo la cobertura territorial de los centros de salud, porque se parte de la base de que todas las instituciones están en igualdad para competir, hecho que en realidad no sucede así. Lo que se discute son estos extremos, y lo que se podría pensar es un intermedio que contemple ambas lógicas.

En este escenario, el nuevo gobierno que asume su mandato a finales del 2015 continuará solo con parte de lo que venía haciéndose para aplicar la ruptura con otras políticas de las cuales se quiere diferenciar y dejar bien claro la oposición al orden populista anterior.

El deterioro del sistema de salud durante macrismo (2015-2019)

Como ya se describió, el sistema de salud en Argentina se caracteriza por su fragmentación, por su falta de coordinación, debilidad regulatoria estatal, un sesgo corporativo, irracionalidad en su forma de incorporación de nuevas tecnologías y la desproporción entre recursos invertidos y resultados obtenidos, consolidando de esta manera las desigualdades existentes en el nivel de garantía del derecho a la salud.

La ambigüedad de la política en materia sanitaria se descubre en la tensión entre la lógica de un sistema integrado de salud con subsidio a la oferta y la lógica que corresponde a la universalización del aseguramiento con financiamiento por subsidio a la demanda, reiterando el clásico irresoluto debate del sanitarismo peronista entre Sistema Nacional de Salud (Modelo Carrillo) y Sistema de Seguros Públicos (Modelos de Obras Sociales de la Fundación Eva Perón).

Argentina, a pesar de que a diciembre de 2015 aplicaba el 8,5 % del PBI²⁰ al sistema de salud, distaba de estar en condiciones de garantizar de manera universal e igualitaria el derecho a este bien, manteniendo incólumes las distorsiones de su funcionamiento, en el cual 14,5 millones de personas eran atendidas en el sistema público (33% de la población).

Al inicio del mandato presidencial de Mauricio Macri (2015-2019) estaban en ejecución seguros provinciales de salud financiados por cada provincia, el Plan Nacer/Sumar sigue funcionando como un seguro de salud parcial, por el cual el Estado Nacional asiste técnica y económicamente con fondos coparticipables a las provincias; bajo revisión estaba el Programa Médico Obligatorio, que consistía en un listado de procedimientos de diagnóstico y tratamiento originado en el Nomenclador Nacional, junto a un acumulado de \$ 30.000 millones disponibles del Fondo Solidario de Redistribución. A mediados de 2016, es anunciada a la opinión pública una Reforma Del Sistema Sanitario mediante el lanzamiento de la Cobertura Universal en Salud, en adelante CUS, implicando un rediseño institucional con la pretensión de garantizar con equidad la accesibilidad universal en salud.

En su partida de nacimiento²¹ la CUS no es expuesta como una política de “ruptura” con el gobierno anterior sino que se plantea en términos de continuidad y profundización de lo bueno realizado en política de salud, a saber el Plan Nacer/Sumar surge como la estructura preexistente sobre la que se articulará su implementación, contando con el apoyo técnico de organismos sanitarios y financieros internacionales (World Bank, 2017) que lo vienen impulsando desde hace ya una década²².

²⁰ Producto Bruto Interno.

²¹ Decreto de Necesidad y Urgencias 908/16 del 3 de agosto de 2016.

²² La CUS aparece mencionada en diversos documentos institucionales de OMS – OPS anteriores al 2014 (OMS-OPS, 2007, OMS-OPS, 2008), pero es en ese año durante el 53° Consejo Directivo y 66° Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas cuando la misma se convierte en el eje de las propuestas de reforma sanitaria destinadas a

Argentina no escapa de la descripción crítica de los organismos sanitarios internacionales²³, que señalan la existencia de indicadores sanitarios no satisfactorios, patrones epidemiológicos complejos, falta de acceso, segmentación y fragmentación por debilidad regulatoria, de ser un modelo de atención a demanda y episódico y baja capacidad resolutoria, con una limitada articulación del primer nivel de atención, con profundos desequilibrios y brechas en la disponibilidad, distribución, composición, competencia y productividad de los recursos humanos de salud, que se acentúan en el primer nivel de atención, y el acceso y uso racional de medicamentos y otras tecnologías de salud seguras, eficaces y de calidad, con un escaso financiamiento e ineficiente uso de los recursos, la falta de coordinación eficaz con otros sectores y la capacidad de liderazgo para la ejecución de iniciativas intersectoriales.

Finalmente, indican que el incremento de los “pagos de bolsillo” es un factor clave de empobrecimiento (“salud empobrecedora”) que atestigua los problemas del escaso financiamiento, ineficiente uso y falta de coordinación eficaz con otros sectores y la baja capacidad de liderazgo para la ejecución de iniciativas intersectoriales.

En su propuesta superadora del cuadro de situación, los organismos internacionales de salud refieren que las estrategias que aseguren el acceso y cobertura universal de salud requiere solidaridad para promover y suministrar la protección financiera, siendo necesaria la mancomunación solidaria de los fondos, avanzando en la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios, y alentando el financiamiento pre-pago (seguros) (OMS-OPS, 2014).

Sin embargo, con el fin de evitar que su propuesta sea tildada de “receta” y/o de sostener un “universalismo tecnocrático” la OMS aclara que cada país tiene la capacidad de definir su plan de acción, teniendo en cuenta su contexto social, económico, político, legal, histórico y cultural.

La CUS²⁴ aparece como una declaración de compromiso ético del sistema de salud con los derechos de las personas, para asegurar que todos los individuos tengan acceso a

lograr de manera universal la garantía del derecho a la salud y terminar con las inequidades. El documento inicia con un diagnóstico lapidario sobre la situación de los sistemas de salud en la región.

²³ OMS-OPS, 2014.

²⁴ Plasmado en la Resolución 475/16 del Ministerio de Salud de la Nación del 14 de abril de 2016, fue presentada y aprobada por el conjunto de Ministros de Salud de las Provincias y la CABA en la II° Reunión Ordinaria del Consejo Federal de Salud, ámbito de coordinación de política sanitaria que reúne a la totalidad de Ministros de Salud provinciales y la CABA -COFESA- del 9 de mayo de 2016 y que consta en el Acta N° 2/2016. Ase, I. Cobertura Universal en Salud: ¿Garantía del derecho a la salud o el nuevo nombre del ajuste?.

servicios de calidad, integrados y basados en la atención primaria de salud, enmarcados en una concepción universalista sobre el derecho a la salud, expresando el reconocimiento de la obligación estatal de garantizar de manera igualitarista y sin discriminaciones, así como de evitar erogaciones de bolsillo que tienen la capacidad de empobrecer a sectores importantes de nuestra sociedad. En el plano propositivo, no se enmarca en posiciones extremas de mercado o neoliberales que rechazan la existencia de derechos sociales, en general, o del derecho a la salud, en particular. El anuncio reformista reposa en el acuerdo entre Gobierno Nacional y la Confederación General del Trabajo para el reparto de los fondos acumulados (casi \$30.000 millones) en el Fondo Solidario de Redistribución (FSR)²⁵ al 28 de julio de 2016 para el financiamiento de su implementación. Partiendo del “acuerdo”, y sobre la experiencia de la ejecución de seguros provinciales de salud financiados por cada provincia en el marco de acuerdos firmados entre nación y provincias para la implementación del Plan Nacer/Sumar durante la gestión anterior, hizo estimar a las autoridades sanitarias nacionales que estarían dadas las condiciones necesarias.

En su planificación, el “acceso universal” es definido como la ausencia de barreras (geográfica, económica, sociocultural, de organización o de género), de manera que todas las personas utilicen servicios integrales de salud determinados a nivel nacional, de manera equitativa. La cobertura de salud es entendida como la capacidad del sistema para responder a las necesidades de la población; incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) mecanismos de organización y financiamiento suficientes para cubrir a toda la población. Por lo tanto, el acceso universal a la salud y la cobertura universal, como fundamento de un sistema equitativo, requieren de un enfoque inter y multisectorial, habida cuenta que involucra el acceso de todas las personas y las comunidades, sin

²⁵ El FSR se conforma con el 15% de los aportes de todos los beneficiarios del sistema de obras sociales con el objetivo de subsidiar a los aportantes de menores ingresos y financiar el costo de los tratamientos de alta complejidad. Prevé el reparto:

- \$8.000 millones para el financiamiento del proceso de fortalecimiento de los hospitales públicos e implementación de la Cobertura Universal de Salud,
- \$2.704 millones serán para pagar la deuda histórica que tiene la Superintendencia de Servicios de Salud con las obras sociales por tratamientos médicos de alto costo ya brindados.
- \$4.500 millones serán para un Fondo de Emergencia y Asistencia para brindar apoyo económico a obras sociales ante situaciones de epidemias, implementar campañas de prevención de enfermedades y adquirir o reparar centros de salud propios.
- \$14.000 millones serán colocados en bonos del Tesoro Nacional, cuyos intereses serán integrados al FSR para financiar el pago de prestaciones médicas.

discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, así como a medicamentos de calidad, eficaces y asequibles, mancomunando solidariamente los fondos para eliminar pagos directos, asegurando a los usuarios, en particular a los grupos en situación de vulnerabilidad, para no exponerlos a dificultades financieras. La CUS pretende avanzar hacia la universalización del aseguramiento en materia sanitaria partir de la creación de seguros públicos de salud, sumados a los seguros privados y a las obras sociales, destinado a los grupos carenciados, desocupados o trabajadores informales, en el cual el Estado asume, su responsabilidad en materia sanitaria hacia los sectores carenciados, aunque limitándose a garantizar el financiamiento de su cobertura.

El aseguramiento como manera de acceder a los servicios de salud en Argentina es una tendencia arraigada y ocupa un lugar significativo en la cultura sanitaria, tal como las Obras Sociales (seguros) Sindicales se constituyeron en mecanismo de movilidad social ascendente, mediante el cual los trabajadores pudieron acceder a la medicina de los sectores de altos ingresos. Sin embargo, la experiencia internacional muestra que someter a la lógica financiera del aseguramiento la determinación del alcance del derecho a la salud puede ser un obstáculo para su efectiva realización. A través de estos seguros, y previa definición de un nuevo Plan Médico Obligatorio que universalice el acceso a las prestaciones esenciales, prevé que todos los ciudadanos puedan elegir el prestador (público o privado) en el cual atenderse. Esto implicaría consolidar la lógica de los programas de beneficios o universalismo básico o de garantía explícitas. Sin embargo, en tanto no están dadas las condiciones de garantizar de manera plena y universal el derecho a la salud²⁶, surge la disyuntiva de introducir restricciones implícitas (listas de espera, cupos, tecnología no disponible o falta de recursos humanos) o explícitas (canastas básicas de servicios con protección financiera), entendiendo a éstas últimas las que introducen racionalidad a la relación entre Estado y ciudadanos en materia de garantía del derecho a la salud.

Ejes propositivos:

- Permitir a los pacientes del sistema público tener credencial para acceder a los servicios de calidad, incluyendo descuentos en los medicamentos.

²⁶ Ase, I, Burijovich, J. Enero - Abril, 2009 . La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 5(1):27-47

- El Estado nacional financiará la atención de los ciudadanos sin cobertura que acudan a hospitales públicos de cualquier jurisdicción mediante creación de seguro público.
- Conformación de un padrón nacional (con datos públicos y privados) mediante la identificación individual de los beneficiarios y brindarles un documento nacional de salud que identifique el subsector responsable de su Cobertura nominalizada, donde no existan subsidios cruzados, que permita acceder a una “*historia clínica única*”.
- Diseño e implementación de un mecanismo de priorización explícita, integración y coordinación de prestadores, interoperabilidad informática que establece “un registro de un pacientes” y asignación por “georeferenciación” como pilares que garanticen eficiencia y calidad.
- Proyecto de Ley de creación de la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnología (AGNET) para el estudio de los medicamentos, productos, técnicas y procedimientos adecuados para atender cada enfermedad, con el objetivo de bajar costos y evitar sobrepagos. Pretende evitar el “sobrediagnóstico” y “sobreratamiento” a través de la estandarización de los procedimientos en base al análisis costo efectividad de carácter vinculante para disminuir la judicialización.
- Creación de un Sistema De Salud Mixto con competencia regulada, que integren los distintos subsectores para reducir la segmentación y la fragmentación del sistema sanitario.

Subyace en su génesis la concepción que el financiamiento que subsidie la demanda y la creación de un cuasi-mercado de instituciones prestadoras que compiten por los diferentes grupos asegurados, vinculando recursos con resultados, ordenaría lo que dejaron de hacer las regulaciones estatales y el financiamiento de la oferta del clásico modelo hospitalario por presupuesto histórico. La implementación abre al menos dos aristas. Por un lado, la universalización de la lógica del “seguro” como el mejor modelo de financiamiento (comenzó a plasmarse parcialmente con el Plan Nacer/Sumar) y por el otro, se enmarca en un conjunto de políticas de nueva generación denominadas como “universalismo básico”²⁷, como respuesta al fracaso producido por las políticas sociales

²⁷ El “**universalismo básico en salud**” tiene como principios la gestión por objetivos sanitarios, la universalización de la cobertura y el fortalecimiento de los ministerios de salud, entendidos como medios para asegurar la cobertura, promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de salud en grupos vulnerables; acceso a servicios de calidad homogénea garantizado por el Estado a todos los miembros de estos grupos, pudiendo su organización y/o provisión ser pública o privada; produciendo la superación de la segmentación entre la provisión de los servicios para las clases

de “tipo residual” introducidas por el neoliberalismo, equidistante entre los “bienestaristas” y la focalización “neoliberal”, en tanto reconocen las restricciones fiscales pero también la necesidad de recuperar el universalismo y una sociedad de derechos. En este contexto teórico, el Estado asume un papel de garante de la cobertura del conjunto limitado de prestaciones llamadas esenciales, asegurando que éstas lleguen con calidad aceptable a todos los ciudadanos, ejerciendo un rol activo en la dirección, regulación, evaluación y financiación de los servicios, sin que necesariamente le corresponda prestarlos. La creación de agencias estatales especializadas está llamada a lograr los acuerdos necesarios en relación con lo que debe considerarse como contenido esencial del derecho a la salud, a través de procesos de deliberación democrática. Si bien para examinar los alcances de los resultados del proceso de su implementación, atravesado por tensiones y conflictos políticos en un campo de la salud fuertemente corporativizado y conformado por actores diversos cuyos intereses son difícilmente “articulables” en torno a una propuesta unificadora, se advierte que su ejecución está signada dentro de un contexto de ajuste del gasto público, profundización del proceso de descentralización a partir de la transferencia de responsabilidades hacia las jurisdicciones provinciales, y por lo tanto, de achicamiento del Estado nacional, generando interrogantes sobre las fuentes de financiamiento, haciendo nacer justificadas dudas de las capacidades de la CUS para alcanzar los objetivos y evitar convertirse en una versión “minimalista” de la garantía estatal del derecho a la salud. Así, mientras plantea el fortalecimiento del carácter “rector” del Estado nacional, se refuerza la política de descentralización, responsable de la fragmentación y atomización de nuestro sistema sanitario. Las dudas sobre el resultado de su implementación futura surgen de la pretendida universalización del aseguramiento como forma de financiamiento en el sistema sanitario, que sin cortapisas significa depositar la confianza en que el problema se resuelve cambiando la lógica de financiamiento, partiendo de la ficción de suponer que la lógica financiera de los seguros es capaz de disciplinar a los actores y de garantizar el derecho a la salud, cuando la experiencia indica que sólo ha servido para introducir restricciones en el gasto que sirven para mejorar la situación del sector

medias y para los pobres, los que sólo se diferenciarían por sus fuentes de financiamiento, e inclusión de un número de prestaciones que, según las necesidades de cada país, privilegie prioridades sanitarias y soluciones costo-efectivas basadas en evidencias epidemiológicas. Tales prestaciones se ampliarán en la medida que sean sostenibles, socialmente consensuadas y viables institucionalmente.

financiador de la salud, transfiriendo como ya lo expresamos el “riesgo” al sector prestacional y, desde éste, a los propios pacientes. El derecho a la salud queda así subordinado a la lógica del “risk pooling” en lugar de sujetarse a los estándares internacionales que se derivan de Tratados²⁸.

Huelga referir que, como resultado de la fragmentación territorial en el cual bajo el pretexto de un “federalismo”, cada provincia ha constituido un espacio de recepción políticas nacionales de salud²⁹ sujeta a restricciones presupuestarias, perfiles diferenciados de demandas, marcos regulatorios específicos (ejemplo; estatuto del empleado público, etc.) y diferente grado de desarrollo de la oferta privada, reproduciendo desigualdades.

Reflexiones finales

Para la conformación e instrumentación de una política pública en materia de salud en Argentina fue necesario atravesar una serie de desafíos relacionados con diversos condicionantes como la organización federal, sindical, tecnológica, productiva, laboral, entre otros, propuestos por los de diferentes gobiernos de turno a partir de la última década del siglo XX.

El sistema de salud argentino se organizó sin cortapisas, pero esto no fue producto de una política de estado, sino una consecuencia necesaria de los consensos. Desde la propuesta, se observa que el sistema de salud argentino se exhibe sin cortapisas, sin embargo esto no representa una política de Estado, sino más bien una consecuencia necesaria de los consensos políticos del gobierno de turno en un sistema fragmentado, con múltiples actores y de difícil articulación en torno a llevar una propuesta unificadora.

Vale explicitar que en el último periodo observado, se genera un obstáculo a toda implementación de un sistema federal de salud, en el cual solo el Ministerio de Salud de la Nación es el responsable de acciones de planificación y coordinación con las autoridades sanitarias de las jurisdicciones provinciales. Sus lineamientos devienen en valor indicativo, habida cuenta que los gobiernos provinciales se arrojan total

²⁸ Ase, I. Cobertura Universal en Salud: ¿Garantía del derecho a la salud o el nuevo nombre del ajuste?

²⁹ Atención Primaria de Salud en Suramérica- Instituto Suramericano De Gobierno En Salud -UNASUR- Abril de 2015.

autonomía en materia de políticas de salud y de la provisión de servicios. Sin embargo, la experiencia argentina, sumada al “federalismo”, muestra que la ausencia de coordinación desde el nivel central permite y alienta una gran heterogeneidad de conductas en sus modalidades operativas, grados de avances y resultados en términos de equidad y eficiencia, que deriva en la existencia de tantos sistemas diferentes como jurisdicciones. Ergo, solo en la medida en que exista una instancia superior que tienda a compensar estos desequilibrios estructurales, dejarán de reproducirse grados crecientes de inequidad interna, donde la posición de cada individuo se ubica en un lugar diferencial frente al acceso al servicio de salud.

En los últimos años, el abordaje de la salud como un derecho humano desde la perspectiva del derecho internacional y como un componente inalienable de la condición humana, que no requiere otra justificación que su condición de humanidad para tener derecho a la salud, actúa como un programa orientador de las políticas públicas de los Estados. Asimismo se definió a la salud como el derecho a un sistema de salud eficaz e integrado, accesible para todos. La idea que subyace en el enfoque de derechos humanos es que las políticas e instituciones de salud se deben sustentar explícitamente en las normas y principios establecidos en el derecho internacional sobre derechos humanos, haciendo nacer obligaciones y responsabilidades para el Estado, que debe adecuar su marco jurídico y sus prácticas para dar cumplimiento a la obligación de respetar, proteger, promover, facilitar y proveer el acceso universal a la salud, así como garantizar que las personas, sin ningún tipo de discriminación, hagan uso de dicho derecho.

A pesar que los principios de obligatoriedad, de progresividad y prohibición de regresividad que están presentes en los derechos humanos, es dable remarcar que aparecen más como un discurso ético y moral que como una propuesta en la construcción de política pública que operacionalice esos estándares en el campo de la salud. Del sombrío cuadro de situación actual en la implementación de las “Reformas”, y conteste con la finalidad propuesta, desde lo propositivo es dable alentar algunas medidas en tanto herramientas concretas de gestión que permitan verificar el compromiso estatal del derecho a la salud:

Redefinir el papel de los hospitales públicos, estableciendo redes, roles de atención y sus áreas de influencia.

Establecer que la cobertura de los beneficiarios de obras sociales (nacionales, provinciales) esté en función de su riesgo y no de su ingreso, redefinir las cápitas ajustadas por riesgo, fortaleciendo el Fondo de Redistribución.

Consolidar el proceso de regulación de la medicina prepaga y otros prestadores privados. Eventualmente, puede existir competencia por cápitas públicas (mutuales, planes de hospitales de comunidades, etc.), siempre que no exista la posibilidad de copagos ni planes diferenciales.

Regulación del mercado de medicamentos y nuevas tecnologías para alcanzar un equilibrio entre los incentivos a la innovación y la necesidad de brindar una cobertura universal al menor costo posible, mediante la reducción del gasto de bolsillo.

Construcción de un padrón único de beneficiarios, que incluya a toda la población consignando la existencia de algún tipo de seguro (público o privado) o cobertura de algún programa público.

Bibliografía

Álvarez E. (2002). *Colaboración e incidencia de las organizaciones civiles en el gobierno del Distrito Federal en la materia de salud*. México, D.F.: ALAS; 200.

Aportes Para El Desarrollo Humano En Argentina. (2011) *El Sistema De Salud Argentino Y Su Trayectoria De Largo Plazo: Logros Alcanzados y Desafíos Futuros Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo*, 2011 Iniciativa conjunta del PNUD Argentina, OPS y CEPAL.

Ase, I, Buriyovich, J. (2009). *La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?* *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 5(1):27-47.

Atención Primaria de Salud en Suramérica- Instituto Suramericano De Gobierno En Salud -UNASUR- Abril de 2015.

Belmartino, S.; Bloch, C. y Báscolo, E. (2003). *Reforma de la atención médica en escenarios locales*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

Cerdá J, (2006). *El Sector de la Salud en la Argentina de los 90. Controversias acerca de las Obras Sociales Sindicales*. Astrolabio Nueva Época: Revista digital del Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad, N° 2.

Cetrangolo O.; Damil, M.; Katz, J.; Lerner, L. y Ramos, S. (1992) “*Desregulación y salud. Un análisis de la reforma del sistema de obras sociales.*” En Documento de trabajo, N° 2. Instituto para el Desarrollo Industrial. Buenos Aires

Grau, Nuria (1997). *Repensando lo público a través de la sociedad, Nuevas formas de gestión pública y representación social*. Caracas, Nueva Sociedad.

Harvey, David (2007). *Breve historia del neoliberalismo*. Madrid: Akal.

Laval C. y Dardot P. (2013). *La nueva razón del mundo. Ensayo sobre la sociedad neoliberal*. Barcelona: Gedisa.

Mera, J; Bello J. (2003). *Organización y financiamiento de los Servicios de Salud en Argentina*. Buenos Aires, OPS/OMS.

Repetto, F.; Ansolabehere, K.; Dufour, G.; Lupica, C., y Potenza, F. (2001). *Descentralización de la Salud Pública en los noventa: una reforma a mitad de camino*. Buenos Aires: Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional.

Tobar, Federico (2012) ”*Breve historia del sistema argentino de salud*” En: GARAY, O (Coordinador) *Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal*. Buenos Aires. La Editorial La Ley. 2012