

Sistemas de Salud

El modelo argentino
y el caso neuquino



Daniel Esteban Manoukian

Nasim Iusef Venturini



EDICIONES
ciccus



Sistemas
de **Salud**

Sistemas de Salud

El modelo argentino
y el caso neuquino



Daniel Esteban Manoukian
Nasim Iusef Venturini

EDICIONES
ciccus



educos
Editorial Universitaria
Universidad Nacional del Comahue

CIN REUN
Red de Editoriales
de Universidades Nacionales
de la Argentina



Ramón Carrillo

Primer Ministro de Salud Pública
de la Argentina

“Padre del hospital público argentino”



Elsa Moreno
Néstor Perrone

Creadores del
“Plan de Salud”
de Neuquén en 1970

*Dedicado a aquellas personas
que ofrecen sus deseos, sus sueños y sus cuerpos
por la salud del pueblo.*



Manoukian, Daniel Esteban

Sistemas de salud : el modelo argentino y el caso neuquino / Daniel Esteban Manoukian ; Nasim Iusef Venturini. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Fundación CICCUS ; Neuquén : Editorial de la Universidad Nacional del Comahue - EdUCo, 2021.

256 p. ; 23 x 16 cm.

ISBN 978-987-693-838-9

1. Sistemas de Salud. 2. Neuquén . 3. Derecho a la Salud. I. Título.

CDD 362.982

Coordinación, diseño y producción editorial: Andrea Hamid

Corrección: María Walas, Alejandra Tejido

© Ediciones CICCUS - 2021
Medrano 288 - CABA (1179)
(54 11) 4981.6318
ciccus@ciccus.org.ar
www.ciccus.org.ar

EDICIONES
ciccus
CENTRO DE INTEGRACIÓN
COMUNICACIÓN, CULTURA Y SOCIEDAD



© Universidad Nacional del Comahue - 2021
www.uncoma.edu.ar

Hecho el depósito que marca la ley 11.723.

Prohibida la reproducción total o parcial del contenido de este libro en cualquier tipo de soporte o formato sin la autorización previa del editor.

Impreso en Argentina
Printed in Argentina



Ediciones CICCUS recibió el **Diploma de Honor Suramericano** que otorga la Fundación Democracia desde su Programa de “Formación en Valores en el Mercosur y la Unasur”.
Círculo de Legisladores,
Honorable Congreso de la Nación.



Ediciones CICCUS ha sido merecedora del reconocimiento **Embajada de Paz**, en el marco del Proyecto-Campaña “Despertando Conciencia de Paz”, auspiciado por la Organización de las Naciones Unidas para la Ciencia y la Cultura (UNESCO).

ÍNDICE

Palabras preliminares y agradecimientos	15
Prólogo I. Comprender para transformar	21
<i>por Mario Rovere</i>	
Prólogo II. Salud Neuquén, una mirada con el corazón adentro	27
<i>por Adriana Feltri</i>	
Introducción	32
Evocando a Ramón Carrillo	34
La grieta ya existía...	36
¿Por qué es necesario tener una mirada crítica? Un ejemplo.	37
Algunos conceptos importantes	40
Proceso salud-enfermedad-cuidado	41
Derecho a la salud y acceso universal	47
¿Salud como derecho o salud como mercancía?, dos modelos.	52
Dimensiones para analizar el sector salud	52
<i>Estado de salud</i>	52
<i>Políticas de salud</i>	53
<i>Sistema de salud</i>	54
<i>Sistema de atención médica</i>	56
Fragmentación, segmentación y niveles de análisis	58
Rasgos deseables de un sistema de salud	59
<i>Misión</i>	59
<i>Visión</i>	59
<i>Valores que sustentan el sistema de salud</i>	59
Fundamentos de un buen sistema de salud	62
Cuatro paradigmas contractuales y el proceso de contratación	65
<i>El proceso de contratación</i>	68
Sistemas de salud	70
Actores y roles en un sistema de salud	71
Componentes del sistema de salud	72
<i>Componente político</i>	72
<i>Componente económico</i>	73
<i>Componente técnico</i>	75
Tipos ideales de sistemas de salud.	75
<i>Modelo asistencialista</i>	75
<i>Sistema de seguridad social, o bismarckiano</i>	76
<i>Sistema centralizado, o sistema Semashko</i>	78

<i>Sistema universalista, o de los sistemas nacionales, o de Beveridge</i> . . .	78
<i>Sistema de seguros privados</i>	80
Ventajas y limitaciones de los tipos ideales	82
Formas de pago en los tipos ideales.	83
Otra clasificación: el modelo Evans	85
Resultados sanitarios en países emblemáticos de cada tipo ideal de sistema de salud	86
Sistema de salud argentino	88
Seis momentos	89
Modelo pluralista no regulado. El Estado liberal (antes de 1945)	89
<i>Leyes obreras de Yrigoyen, la semana trágica y la Patagonia rebelde</i> . .	90
<i>Los higienistas, las disputas de poder y las mutuales</i>	91
<i>El “bien nacer”</i>	94
Modelo de planificación estatal centralizado.	
El Estado de bienestar (1945-1955)	97
<i>El impulso a la infraestructura sanitaria y la creación de institutos</i> . .	98
<i>Endemias, epidemias y medicina social</i>	99
<i>Planificación, regulación y construcción de soberanía sanitaria</i> . .	102
<i>Crecen la red pública y la seguridad social</i>	103
Modelo pluralista de regulación descentralizado (1955-1990).	104
<i>Segundo intento en favor de avanzar hacia un sistema universal</i> . .	109
<i>Último intento de integrar el sistema de salud argentino</i>	112
Modelo pluralista de competencia regulada.	
El Estado neoliberal (1990 - 2003)	114
Recuperación del rol rector del Estado (2002 - 2015).	119
<i>Ginés González García (2002-2007)</i>	120
<i>Juan Luis Manzur (2009-2015)</i>	124
<i>Daniel Gollán (2015)</i>	128
La CUS y la degradación del Ministerio de Salud (2015 - 2019)	134
<i>Jorge Lemus (2015-2017)</i>	134
<i>Adolfo Rubinstein (2017-2019)</i>	139
Caracterización actual del sistema de salud argentino	144
<i>Nota preliminar</i>	144
<i>Descripción general del sistema de salud argentino</i>	145
<i>Algunos datos ilustrativos</i>	148
<i>Ni cobertura universal en base a seguros, ni sistema único:</i>	
<i>sistema mixto</i>	151
<i>Los trabajadores de salud en Argentina</i>	156
<i>Flujos financieros dentro del sistema argentino de salud</i>	161
<i>La heterogeneidad en números</i>	166
<i>Algo sobre el presupuesto nacional y el destino salud</i>	168
<i>Resultados sanitarios</i>	172

El caso neuquino	178
Situando a Neuquén en la economía argentina	179
Algo de la historia de Neuquén y cómo llegamos hasta aquí	182
Cinco décadas de “Plan de Salud”	192
Evolución de la planificación en salud en la provincia del Neuquén	202
<i>El campo de la salud, la disputa de capitales y la quimera</i>	
<i>planificadora</i>	203
<i>Etapas de la planificación-decisión en Neuquén</i>	212
<i>Planificación normativa o de los modelos homogéneos</i>	
<i>(1970-finales de los 80)</i>	212
<i>Decisiones centralizadas, presión periférica (finales de la</i>	
<i>década de 1980 hasta finales de la década de 1990)</i>	216
<i>Planificación estratégica con opinión local y coordinación</i>	
<i>central (2000-2004)</i>	218
<i>El mercado planificando (decidiendo) (2005 a 2019)</i>	219
<i>Plan provincial de salud. ¿Nuevo intento de planificación</i>	
<i>estratégica o discurso gatopardista? (a partir de 2019)</i>	221
<i>Principales desafíos del sistema de salud neuquino</i>	228
<i>Debilidades del sistema de salud de Neuquén</i>	229
La planificación (decisión) deseable en salud	232
Cerrando para seguir dejando abierta la historia	234
Referencias y fuentes consultadas	238

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Gasto corriente en Salud expresado en porcentaje del PBI	37
Tabla 2. Camas hospitalarias y médicos cada 1.000 habitantes y gasto corriente en salud per cápita en distintos países de América Latina . . . 38	
Figura 1. Relación sistema de salud, sistema de atención médica y sectores del mismo.	57
Figura 2. Fragmentación, segmentación y niveles de análisis e intervención	58
Tabla 3. Atributos del proceso de contratación	69
Figura 3. Componentes del sistema de salud	72
Figura 4. Modelos de financiamiento de sistemas sanitarios	75
Tabla 4. Características de los tres principales tipos ideales de sistemas de salud	82
Tabla 5. Fortalezas y debilidades de los tres principales tipos ideales de sistemas de salud.	83
Tabla 6. Ventajas y desventajas de las distintas formas de pago	84
Tabla 7. Modelo de Evans para el análisis de la organización y el financiamiento de los sistemas de salud	85
Tabla 8. Indicadores económicos y sanitarios de algunos países seleccionados, 2017	87
Figura 5. Evolución del coeficiente de Gini en Argentina, 1990-2011 . . .120	
Figura 6. Gasto público consolidado en atención de la salud por nivel de gobierno en Argentina, 2003-2014 (en millones de \$ a precios de 2014) . 131	
Tabla 9. Gasto público consolidado en atención de la salud por nivel de gobierno en Argentina, 2003-2014 (en porcentaje del total).	131
Tabla 10. Algunas leyes impulsadas y aprobadas en el periodo 2002-2015 . .133	
Figura 7. Tasa de mortalidad infantil, neonatal y posnatal cada 1.000 nacidos vivos. Argentina, 1990-2015	133
Tabla 11. Estimación de la población por tipo de cobertura de salud. Argentina, 2003 y 2014	147
Tabla 12. Estructura demográfica según tipo de cobertura en salud. Argentina, 2010	149
Figura 8. Estructura demográfica según tipo de cobertura en salud. Argentina, 2010	150
Figura 9. Organización del sistema de salud en Argentina.	151
Tabla 13. Población por tipo de cobertura de salud según quintiles de ingreso per cápita familiar. Argentina, 2015 (en %).	153
Figura 10. Cobertura en salud (pública y de seguridad social). Argentina, 2017.	154
Tabla 14. Gasto en salud según fuente de financiamiento, en millones de pesos corrientes. Argentina, 2017	155

Tabla 15. Gasto público, de seguros sociales y privado, per cápita en \$ y en US\$, y porcentaje del gasto en salud respecto del PBI. Argentina, 2017.	156
Tabla 16. Cantidad de enfermeras por médico: algunos resultados preliminares, serie 2001-2016 (en número y en %)	159
Figura 11. Flujos financieros en el sistema de salud argentino, 2010 ...	163
Tabla 17. Gasto público en atención de la salud en las provincias argentinas, 2013.	167
Figura 12. Porcentajes del presupuesto nacional para 2019 por áreas ..	169
Tabla 18. Impacto en la asignación por áreas específicas del ex-Ministerio de Salud de la Nación, según presupuesto aprobado para 2019.	170
Figura 13. Representación porcentual del Presupuesto Nacional correspondiente al área del Ministerio de Salud de la Nación (desde 2018 Secretaria de Gobierno en Salud) con las competencias de 2015. ...	171
Tabla 19. Esperanza de vida al nacer (EVN) en países de la región de Las Américas, 2018	173
Tabla 20. Esperanza de vida al nacer en Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba y Argentina en 1967, 1977, 1987, 1997, 2007 y 2017.	173
Figura 14. Representación gráfica de los datos de la Tabla 20	174
Figura 15. Tasa de mortalidad infantil por provincias argentinas, 2016 ..	175
Tabla 21. Tasa de mortalidad infantil, razón de mortalidad materna y tasa de mortalidad en menores de 5 años en países de la región de Las Américas.	176
Figura 16. Razón de mortalidad materna (por cada 1.000 nacidos vivos), por regiones. Argentina, 2016.	177
Tabla 22. Producto bruto geográfico (PBG) per cápita y % del PBG destinado a salud, por provincias. Argentina, 2004.	181
Figura 17. Hospitales y zonas sanitarias de la provincia de Neuquén, 2019 ..	190
Figura 18. Facsímil del diario <i>Río Negro</i> del 2 de agosto de 2004	195
Tabla 23. Caracterización de los subsectores de salud en Neuquén según perfil en cuanto a aspectos de regulación, prestación de servicios y financiación.	201
Tabla 24. Epistemología de la planificación	209
Figura 19. Tasa de mortalidad infantil en Neuquén (1963, 1970 y 1974), expresada en muertes de menores de 1 año por cada 1.000 nacidos vivos.	216
Figura 20. Plan Provincial de Salud 2019-2023.	223
Figura 21. Etapas evolutivas de la planificación (decisión) en salud en Neuquén desde 1970 hasta la actualidad.	228



Foto: "La fuerza de la tierra del Pehuén". Volcán Copahue, Neuquén. Daniela Tagle



“Este libro fue escrito con la misma pasión que siento por este oficio, que consiste básicamente en conjugar la intención de contribuir a hacer posible el ejercicio del derecho a la salud con el sueño inagotable de colaborar para mejorar nuestro sistema de salud, para hacerlo cada vez de más calidad y equidad”.

Daniel Esteban Manoukian

Palabras preliminares y agradecimientos

Este texto es el resultado de indagar el tema de la salud durante varios años y de compartir inquietudes al respecto con compañeros y compañeras en instancias de trabajo en terreno, en espacios de reflexión y ámbitos de capacitación y formación.

Este libro fue escrito con la misma pasión que siento por este oficio, que consiste básicamente en conjugar la intención de contribuir a hacer posible el ejercicio del derecho a la salud con el sueño inagotable de colaborar para mejorar nuestro sistema de salud, para hacerlo cada vez de más calidad y equidad.

Esta propuesta que, como dice Mario Rovere, “no es neutral”, intenta una exploración referida a los sistemas de salud, sus historias, sus contradicciones, sus tensiones y las disputas de poder detrás del telón. Es una invitación al diálogo, sin pretensión de verdad, pero con el anhelo de promover un debate que nos movilice a ser mejores.

Terminamos de escribir este texto en el fragor de la pandemia, cargando con la incertidumbre de un final abierto, pero propicio para sostener, más convencidos que antes, que debemos seguir congregando iniciativas y esfuerzos en favor de avanzar hacia un sistema de salud integrado, conducido por el Estado.

En cada momento aprendemos y nos enriquecemos con la mirada, la opinión, el conocimiento y la experiencia del otro. Por esa razón en el agradecimiento debieran entrar todas aquellas personas que nos acompañaron, pero quisiera especialmente mencionar a algunas de ellas.

A Mario Rovere, maestro incansable y compañero leal, ejemplo de compromiso con la causa de la salud con enfoque de derecho, y a Adriana Feltri que nos acompañó en la revisión del texto. Ambos nos honran prologando este libro, agregando contenido valioso que agradecemos.

A Federico Tobar, que con generosidad nos ha compartido material para este libro.

A mis compañeras y compañeros del Centro Universitario de Estudios sobre Salud, Economía y Bienestar (CueseB), con quienes compartimos el anhelo de un sistema de salud más justo.

A la Universidad Nacional del Comahue por aceptar coeditar este texto y asumirlo como una producción más de la universidad pública en favor de la salud colectiva.

A Nasim, por aceptar el convite de ser parte de esta aventura y, a su vez, por invitarme a ampliar la mirada para seguir creciendo.

Daniel Esteban Manoukian

“[...] como decía Freire, ‘las cosas no son así, están así’. Allí se abre la puerta a la creatividad, en donde la necesidad de compromiso para con la realidad que habitamos es inminente y requiere que todos, todas y todes podamos construir los derechos que nos merecemos como comunidad, respetándonos y respetando la madre Tierra”.

Nasim Iusef Venturini

Mientras escribo estas líneas, la humanidad atraviesa la crisis socioeconómica y sanitaria más grande de la modernidad.

Ante eso, respecto de lo que hemos podido describir a modo de invitación al diálogo en torno a los sistemas de salud y de qué significa esa palabra en estos momentos, no podemos afirmar que sea algo estático, ni mucho menos que ésta sea la verdad; solamente es un intento de sistematización de algunos saberes y experiencias y, por sobre todas las cosas, de algunas categorías que nos parece necesario poner en tensión para abordar la dimensión del acceso y de la garantía de la salud como un derecho humano.

El hecho de poner énfasis en la importancia de dimensionar las y los actores que intervienen en el campo de la salud es un intento de poner saberes a dialogar y de esa forma aportar a la construcción de sistemas de salud y de políticas públicas que atiendan las necesidades concretas de las poblaciones y que puedan abordarlas con la complejidad que ello amerita. Buscando desterrar las prácticas que reproducen la desigualdad y la violencia que hoy nos habitan en el cotidiano.

Reconocernos, para repensarnos y rehacernos, la oportunidad que se abre a partir de la evidente crisis sistémica, invita a aquellos que nos sentimos convocados por las causas sociales a intentar modificar el rumbo de lo establecido porque, como decía Freire, “las cosas no son así, están así”. Allí se abre la puerta a la creatividad, en donde la necesidad de compromiso para con la realidad que habitamos es inminente y requiere que todos, todas y todes podamos construir los derechos que nos merecemos como comunidad, respetándonos y respetando la madre Tierra.

En primer lugar, le agradezco a Daniel por hacerme parte de esta aventura que fue escribir un libro sobre sistemas de salud, el modelo argentino y el caso neuquino, porque realmente es un aprendizaje constante. Es también el ejercicio de reconocer el recorrido de nuestra historia en torno a cómo se fue gestando nuestro sistema de salud, las tensiones evidentes y las voluntades históricas de todos aquellos y aquellas que hicieron de su trabajo un aporte a la construcción de la salud como un derecho en nuestro país.

Agradezco a todas y todos aquellos que me acompañan en el proceso de formación constante que atraviesa un joven a quien le urge la necesidad de vincularse con otros para aportar a la construcción de un sistema de salud que garantice dignidad, en el que no falte la atención para quien la necesite, aceptando que esa atención va más allá del acceso a los servicios de salud o los medicamentos, específicamente, entendiendo a la salud como proceso colectivo, en el cual todas y todos con-

tribuimos a que el proceso de prevención, atención, cuidado y rehabilitación de la salud responda a nuestras necesidades como sociedad.

Un agradecimiento especial a aquellos y aquellas que comparten conmigo sus formas de pensar y sentir, porque es de ahí desde donde se producen los procesos de aprendizaje. Y son estos los que permiten sumar voluntades para aportar a que este trabajo que realizamos pueda ir más allá e interrelacionar a quienes integran el campo de la salud, y para que sea posible continuar los sueños y anhelos de tantos y tantas que han dejado su huella en los diferentes espacios de la salud pública.



“Todas las posiciones políticas son respetables, excepto cuando se colocan por fuera de la Constitución Nacional, colocan en suspenso el derecho a la salud y ponen en riesgo la vida de los y las ciudadanas”.

Mario Rovere

PRÓLOGO I

Comprender para transformar

Es un gusto y un privilegio prologar el libro de Daniel Esteban Manoukian y Nasim Iusef Venturini *Sistemas de salud. El modelo argentino y el caso neuquino*. Este texto constituye un nuevo y renovado intento por presentar y, al mismo tiempo, convocar a explorar el complejo sistema de salud de la Argentina, en cierto modo mirado desde el interior profundo de nuestro país, desde la periferia hacia el centro, lo que constituye otra forma de analizar.

Contribuye realizar estos recorridos acompañados con la trayectoria de una provincia pionera en la salud pública del país que sin dudas capturó el imaginario sanitario por varias décadas como uno de los modelos integrales orientados a organizar un sistema de salud, si de organizar una provincia se trata.

Conozco a Daniel desde hace muchos años y sé de su perseverante búsqueda de respuestas a los principales interrogantes que abre un sistema de salud que, analizado bajo diferentes perspectivas y desde el nivel local hasta el internacional, ha sido su permanente inquietud.

Este trabajo, posicionado naturalmente desde la perspectiva de los autores, posiblemente no tendrá el agrado de satisfacer a todos los lectores y lectoras, justamente porque el sistema de salud de la Argentina no solo está fragmentado en su base material, en su

propiedad, en su financiamiento, en su modelo prestador, sino también en el caleidoscopio de las miradas que intentan comprenderlo y describirlo para luego sustentar diferentes propuestas de reforma.

Resulta una muestra de coraje hacerlo, además, en el contexto de una pandemia que viene resaltando como nunca antes inadecuaciones, inequidades, injusticias en la accesibilidad y la cobertura para diferentes sectores sociales, para variadas ramas de actividad, para distintos territorios, grupos etarios y planes de salud.

Toda historia se escribe desde un presente y así se percibe desde los primeros rasgos, en el mismo plan de obra, que se introducen algunas categorías que se extienden en el tiempo por fuera de su contexto de producción generando una particular familiaridad con hechos que, sin embargo, hace mucho tiempo han ocurrido.

Sin ser neutral, el trabajo explora y describe diversas gestiones en salud a lo largo del tiempo y en las últimas décadas, lo que suele resultar siempre más riesgoso. Más aún cuando se intenta, en ese esfuerzo, eludir cualquier pretensión enciclopedista de las que esta obra carece.

La referencia al primer y al segundo gobierno peronista es una cita obligada porque nunca antes, ni nunca después se desarrolló una presencia de tal magnitud por parte del gobierno nacional.

Es por eso que en la muy adecuada cita sobre el informe Pedroso de 1956 se puede verificar hasta qué punto y con qué escasas excepciones se impulsó una estrategia de debilitamiento programada por parte de los diferentes gobiernos, claro que con mayor intensidad en los gobiernos más neoliberales que se sucedieron a lo largo de casi 70 años.

La primera “bomba de fragmentación” es colocada por el gobierno de facto de Pedro Aramburu y la segunda, durante el gobierno de Juan C. Onganía, cuando se procuraba poner en escena experiencias provinciales exitosas tal como ya se había intentado en la actual provincia del Chaco con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

El contrapunto con el “caso Neuquén” enriquece en consecuencia el trabajo al mostrar dimensiones políticas que casi asocian el plan de salud con la creación misma de la provincia. Justamente allí se puede ver el “laboratorio” en que devino la provincia, especialmente durante el gobierno de Onganía. El vacío dejado por el peronismo

proscrito y la eterna fantasía de “dar vuelta una página de la historia” movilizaron una vez más a un presidente de facto a imaginar un gobierno tecnocrático, de largo plazo, a imagen y semejanza de la última etapa del dictador Francisco Franco en España.

Las luchas intestinas entre los salubristas de la época, que abrevaban en partidos minoritarios como los del desarrollismo o de la democracia cristiana, pujaban por un modelo que universalizara por la vía de la Seguridad Social —una operación estratégica inspirada en la encíclica *Rerum novarum*, en la que justamente León XIII y el canciller Bismarck convergen en la convicción de que la seguridad social es el mejor antídoto para impedir la radicalización del movimiento obrero—. Era esta, por cierto, una amenaza real cuando a la CGT “dialoguista”, por apelar a un término moderado, conducida por Timoteo Vandor se le contraponía la CGT de los Argentinos conducida en la época por Raimundo Ongaro.

Eso explica que mientras el ala desarrollista del gobierno de facto alentaba el plan de salud fortaleciendo el sector público, la democracia cristiana debilitara la misma política para impulsar el sistema de obras sociales basado en el Decreto Ley N° 18610 en la provincia y en el país.

No fue entonces sino hasta 1970 cuando Onganía (azules) es desplazado por Roberto Levingston y luego por Alejandro Lanusse en una suerte de golpe dentro del golpe. Otro ala del Ejército toma el control (colorados) y la seguridad social se conmueve con el arribo de otra criatura lejana al espíritu de la N° 18.610: el sistema adoptado por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, hoy conocido como PAMI, en sus inicios inspirado en el sistema de salud inglés de *General Practitioners*, traducido en nuestro país como “Médicos de cabecera”.

Si uno piensa que luego de la etapa de Carrillo la gestión nacional ha quedado más marcada por la desresponsabilización, en sus discursos y en sus prácticas, que por los intentos de unidad y percibe que la provincia de Neuquén, mediante una razonable combinación técnico-política, logra estabilizar por algunas décadas su plan, el mismo título del libro podría haber quedado invertido en algo así como *El sistema (fragmentado) de la Argentina y el modelo Neuquén*.

Aunque esa tentación podría ser desechada ponderando las marchas y contramarchas que aun con aparente continuidad política sacudieron a la provincia, lo que conduce a la inquietud sobre los rasgos que persisten, los que fueron debilitados y los que, por innovaciones, fueron mejorados.

El proyecto de Sistema Nacional Integrado de Salud (1973-1976) constituye el último intento de organizar el sistema de salud de la Argentina colocando al subsector público en el centro de la escena, una tentación que regresa en todas y cada una de las crisis sanitarias que se han sucedido desde entonces y que siempre logra ser desbaratada.

El texto va mapeando distintos momentos de nuestra historia sanitaria, muchos de los cuales podrían ser, por sí mismo, objeto de seminarios o mesas redondas por su valor de hitos en este sistema de salud tan tironeado como fragmentado “que supimos conseguir”. Esos debates y discusiones a los que el libro convida tendrían además un potencial transformador ya que la Argentina, a pesar de su alambicado orden constitucional, no ha renunciado a garantizar el derecho a la salud de sus habitantes. Al contrario, una terrible pandemia ha venido a resaltar las fallas para concretar los mandatos de aquellos pactos y convenios internacionales asumidos como parte integrante del orden constitucional, que asumen a la salud como un derecho y al gobierno nacional como el garante último para que eso efectivamente ocurra.

La aplicación de una perspectiva histórica a un periodo tan prolongado, pero acercándose tanto al presente, expone la diferencia que existe entre otorgarle un tratamiento objetivo a hechos remotos que incluso otros autores han explorado hasta estabilizar sus relatos en contraste con hechos de la historia reciente en donde la historia deviene casi crónica periodística y todos los hechos y debates muy frescos admiten diversas interpretaciones muchas veces contrapuestas.

Es seguramente lo que ocurrirá con temas como la controvertida Cobertura Universal de Salud, el obstinado rechazo a abrir hospitales casi concluidos o la degradación del Ministerio de Salud de la Nación que caracterizan el conjunto de medidas del último gobierno. Todas medidas que la esgrima verbal de las diversas posiciones políticas podrán denostar o defender. Salvo que en sus consecuencias directas

dejaron debilitado a un sistema de salud que en menos de tres meses tuvo que reorganizarse para enfrentar la más devastadora pandemia en un siglo. Todas las posiciones políticas son respetables, excepto cuando se colocan por fuera de la Constitución Nacional, colocan en suspenso el derecho a la salud y ponen en riesgo la vida de los y las ciudadanas.

Invitamos con entusiasmo a la lectura de este encomiable esfuerzo por parte de los autores y a estimular el debate permanente sobre el sistema de salud que nos merecemos.

Mario Rovere



“Recuperar la historia de los sistemas de salud nos obliga a problematizar los procesos de construcción de sus instituciones, sus formas organizativas, las que persistieron y las transformaciones que generaron las coyunturas históricas que la atravesaron”.

Adriana Feltri

PRÓLOGO II

Salud Neuquén, una mirada con el corazón adentro

Daniel Esteban Manoukian y Nasim Iusef Venturini me invitaron a escribir un prólogo para su libro *Sistemas de salud. El modelo argentino y el caso neuquino*. Dicha invitación me ha honrado y al mismo tiempo desafiado a una mirada crítica de lo escrito por dos personas que tengo el placer de conocer desde hace años.

Daniel es un médico general, con maestría en Economía y Gestión en Salud por la Universidad Isalud y en Políticas y Gestión en Salud por la Universidad de Bologna, Italia, actualmente avanzando en su doctorado en Ciencias Médicas. Compañero de trabajo en salud en Neuquén, inquieto y proactivo por naturaleza, ha sabido sembrar en sus compañerxs una mirada crítica de la realidad que nos atraviesa y de nuestras prácticas en equipo. Nasim, joven entusiasta que, partiendo de Neuquén, concluyó su camino académico de grado en la facultad de Economía de la Universidad Nacional de La Plata, avanzó inmediatamente con su posgrado en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud de la Universidad Nacional de Lanús. Sumado a lo dicho, no puedo avanzar sin comentar que Nasim es hijo de mi amiga Patricia Venturini y amigo de mis hijas, lo cual representa para mí un orgullo personal, más allá de lo académico. Luego de recorrer lo escrito, lxs lectorxs comprenderán la grande y placentera responsabilidad que asumí.

Recuperar la historia de los sistemas de salud nos obliga a problematizar los procesos de construcción de sus instituciones, sus formas organizativas, las que persistieron y las transformaciones que generaron las coyunturas históricas que la atravesaron. Desafía a comprender las relaciones construidas hacia el interior del sistema de salud y entre sus actores y el Estado, con el afán de analizar o al menos identificar el origen de los hechos que afectaron el cumplimiento de las funciones del sistema.

Durante la segunda mitad del siglo xx han ocurrido vertiginosas transformaciones en la organización social y política del mundo. Al mismo tiempo que se desmantelaba el sistema colonial surgían instituciones internacionales y se gestaban las grandes empresas transnacionales que asumían la función de acumulación de capital para la nueva burguesía transnacional. En ese escenario, la salud pública como campo de conocimiento y de práctica social debió enfrentar enormes retos, dado que el inicio de este milenio nos vuelve a colocar ante procesos desafiantes: la globalización y la pobreza.

Los problemas de salud ganan y pierden continuamente lugar en la agenda de los gobiernos. A su vez, los servicios sanitarios se ven necesitados de cambios orientados tanto por factores externos como internos al propio sistema sanitario. Si bien el texto aborda gran parte de la complejidad del tema, es posible, a modo de introducción al mismo, destacar los ejes más importantes, a saber:

a) Los cambios en los patrones demográficos y de morbilidad prevalentes, con énfasis en el envejecimiento de la población, el estancamiento de la natalidad, el aumento de la esperanza de vida y el descenso de mortalidad por las enfermedades infecciosas. Esto se ha dado en llamar “la transición demográfica y epidemiológica” de los años 70, que en la mayoría de los países de Latinoamérica ha sido tardía e incompleta y ha generado simultáneamente un aumento progresivo y prevalente de las enfermedades llamadas crónicas, un parcial control de las enfermedades infectocontagiosas, sumado al resurgir de ciertos procesos de naturaleza trasmisible y la aparición de nuevos procesos como el sida o el hantavirus, lo cual obliga a un necesario replanteo en los sistemas de atención de salud frente a los nuevos perfiles.

- b) Los cambios mencionados en la situación sociopolítica a escala mundial**, sumado a nuevos criterios de optimización en el funcionamiento de las organizaciones tales como: descentralización, retribución diferenciada mediante incentivos, nuevas modalidades de gestión; a los que se agregan la variación o especialización según niveles de complejidad, nuevos requisitos de calificación de especialidades médicas y de otras profesiones actuantes en salud, así como el replanteo de la distribución de camas, profesionales y técnicos de acuerdo con la necesidad de concentración de tecnología.
- c) Los cambios en las expectativas sociales:** los ciudadanos poseen hoy un nivel de formación e información sin precedentes, dado por la disminución del analfabetismo y el paulatino aumento del número de titulados universitarios; sumado al creciente acceso a variada información de prensa, radio, tv, web, entre otros medios que dieron origen a un cambio de actitud social que repercute directa o indirectamente en la satisfacción de los usuarios. Ello da origen a un aumento en la exigencia de accesibilidad, cualificación del personal profesional, desarrollo clínico de punta, demanda de innovación tecnológica, entre otras.
- d) Los avances tecnológicos** han impactado tanto en los procesos como en los volúmenes de servicios, las mejores tecnologías de tipo diagnóstico y/o terapéuticas no invasivas generaron nuevas áreas y equipos de trabajo, tales como: cirugías cortas de limitada estadía, o ambulatorias, hospital de día, nuevas instalaciones de asistencia ambulatoria, todo lo cual modifica los requerimientos de uso de cama, insumos y equipos de trabajo.
- e) El desarrollo informático**, ligado tanto a información clínica como de gestión, ha dado origen a la conformación y a una capacidad de almacenamiento y análisis de inmensas bases de datos dispuestas y accesibles para consulta, docencia, gestión, que generan también modificaciones en los servicios y, simultáneamente, cambios en las reglas de juego en la relación con los usuarios –accesibilidad, obtención de turnos, disminución del tiempo de espera, entre otros aspectos–.
- f) La necesidad de controlar los costos** de los sistemas sanitarios. En líneas generales se observa un aumento del gasto sani-

tario total en términos absolutos, medido tanto como fracción de Producto Bruto Interno (PBI) como en valores per cápita. Si bien esto exige un análisis pormenorizado, se puede asegurar que no siempre este aumento fue acompañado de mejor rendimiento en salud y/o una mayor satisfacción de los usuarios.

Se han escrito numerosos libros sobre la historia del Neuquén, nos acercamos a través de ellos al periodo 1884 a 1955, etapa en que fuera aún Territorio Nacional, cuando se realizan las primeras obras de regadío, momento en el que se instalan las primeras colonias agrícolas, con un incipiente desarrollo de la minería del oro y la actividad forestal. En 1918 se descubre el petróleo, lo que abre dos nuevos asentamientos: Cutral C6 y Plaza Huincul. Se empiezan a perfilar como actividades productivas la agricultura de bajo riego, la explotación petrolera en el departamento Confluencia y la ganadería.

Si relacionamos la historia del Neuquén con los periodos históricos argentinos, recién con la llegada del peronismo (1945) se implementaron políticas de bienestar en salud, educación y obras públicas. En pleno auge del desarrollismo, la provincia compartía la concepción del desarrollo, y creaba en 1964 el Consejo de Planificación para el Desarrollo (Copade). Asociado a este nuevo modelo, a partir de los 60 se producirían dos fenómenos importantes para el desarrollo provincial: un crecimiento de la población producto de las migraciones extra provinciales y, por otro lado, el despoblamiento de las áreas rurales y la concentración en núcleos urbanos, todos cambios demográficos que, por ese entonces, generaron transformaciones en los perfiles de salud-enfermedad de la población.

Después de su provincialización en 1957 y tras el primer gobierno en manos de la Unión Cívica Radical, desde 1963 forma parte del lote de provincias en las cuales, hasta la actualidad, no se logró, en sus distintos momentos electorales, una alternancia efectiva en el poder. El Movimiento Popular Neuquino (MPN) es el último de los partidos nacidos de las entrañas del peronismo que ha ganado todas las elecciones que se sucedieron en la provincia desde aquella fecha. En la ininterrumpida continuidad del MPN al frente del ejecutivo provincial, es posible identificar avances y retrocesos a través de los años. En sus orígenes de principios de los 60 se lo puede caracterizar como

un partido de políticas de bienestar. Sus políticas “universalistas” acuñaron el Plan de salud y de vivienda por ese entonces. Este primer tiempo se fue agotando. Como consecuencia de las transformaciones profundas de la economía mundial, a partir de los 90 creció la desocupación en las economías regionales argentinas, Neuquén no ha sido la excepción. Un aporte de jerarquía de este libro es el de caracterizar los vaivenes que han modificado el curso del plan de salud original hasta la actualidad.

Tal cual expresan los autores, este libro fue concebido con un destino especial, en sus propias palabras, “hacia estudiantes de ciencias de la salud, egresados recientes, residentes y en fin, actores vinculados con el campo de la salud”, que inician su camino en el terreno. No hay nada más difícil, a mi modo de ver, que escribir la historia de hechos contemporáneos al escritor/actor, o no tan lejanos a quienes lo relatan, pues en las palabras escritas, como en el acto de acompañar al proceso salud-enfermedad-atención y cuidado, uno pone algo de sí, la valiosa subjetividad.

Como todo relato que involucre tiempo, lugares y personas, habrá otras voces, opiniones, miradas, vivencias, no abordadas por los autores. Con seguridad habrá otros puntos de vista frente al mismo hecho. De eso se trata este libro, mostrar esta mirada compartida por los autores, dejando abierta la puerta para ampliar, profundizar y debatir. Esa es la grandeza de la lectura y escritura, se aprende en el proceso, se mejora con la práctica y el intercambio con lxs otrxs.

Gracias por la invitación.

Adriana Feltri

INTRODUCCIÓN

Este texto plantea una mirada crítica respecto del sistema de salud argentino, y del neuquino en particular, a partir de revisar conceptos teóricos vinculados con los sistemas de salud.

Sin hacer un análisis exhaustivo de cada modelo, se repasan los arquetipos de las formas en que las sociedades organizan la manera de proveerse de servicios sanitarios. Luego se revisa la evolución del sistema de salud argentino y se aporta una descripción de su estado actual.

Respecto de Neuquén, se expone la evolución del sistema de salud provincial, su perfil actual y los modelos de planificación (decisión) sanitaria implementados desde la década de 1970 hasta la actualidad.

Intentamos aproximarnos a un campo en franca revisión —especialmente desde finales del siglo xx, cuando se empezó a hablar de procesos de reforma— a través de mencionar algunos conceptos que deben ser tenidos en cuenta a la hora de analizar ventajas y limitaciones de cada uno de ellos.

Se trata de un texto destinado a estudiantes de ciencias de la salud, egresados recientes, residentes y, en fin, actores vinculados con el campo de la salud, interesados en empezar a escudriñar las diferentes alternativas que las sociedades vertebran para responder a sus necesidades de salud. Es un libro para trabajadores que a diario lidian con los sistemas de salud, con sus formas contradictorias y conflictivas, y asumen el desafío de buscar cómo cuidar la salud de las comunidades ante muchas adversidades.

En un contexto social en el que la transformación de las formas de hacer política pública está siendo atravesada por el respeto hacia las otredades y la erradicación de las violencias en los ámbitos públicos y privados, bajo la influencia de diversos actores que empiezan a empoderarse, seguimos luchando por la construcción de políticas públicas para todas y todos.

Escribimos este texto conjugando la experiencia de alguien que no deja de soñar con la potencia y la creatividad de alguien dispuesto a asumir desafíos vinculados con la salud colectiva. Por esa razón, este libro fue pensado para compartir conceptos e información, pero también para contagiar la pasión por la construcción colectiva de la salud.

Evocando a Ramón Carrillo

La referencia al Dr. Ramón Carrillo no es casual tratándose de este tema, diríamos que es una cita obligada al hablar de planificación de sistemas de salud en Argentina. Carrillo es considerado por muchos como el “fundador del sanitarismo nacional” y el padre del hospital público argentino. Con gran sentido de lo nacional y conciencia de la situación sanitaria de todo el país, encaró un proceso revolucionario a mediados del siglo XX (Alzugaray, 1988).

En las 4.000 páginas del *Plan Analítico de Salud Pública* estaban previstas todas las acciones a llevar adelante desde la cartera a su cargo, hasta en sus mínimos detalles. Ramón Carrillo creó y desarrolló la administración sanitaria científica, diseñó hospitales y sus sistemas de administración, encaró el problema de las grandes endemias, incorporó la epidemiología como herramienta en la lucha contra las enfermedades, impulsó la formación de trabajadores de salud y fomentó la investigación.

Amplió la red de hospitales distribuidos en el territorio argentino, aun en pequeños poblados. Un ejemplo de ello es Chos Malal. En efecto, este texto fue escrito en el norte neuquino, desde la histórica capital del entonces Territorio Nacional del Neuquén, que también fue testigo de la gesta del Dr. Ramón Carrillo, ya que por su iniciativa se creó el Hospital Chos Malal en 1947 (Lator *et al.*, 2006).

Carrillo fue más allá y planteó conceptos modernos para la época, que vincularon la acción sanitaria con la política de la seguridad social, el salario y la vivienda, constituyendo la avanzada de la medicina social.

Es evidente que actualmente no puede haber medicina sin medicina social, y no puede haber medicina social sin una política social del Estado. ¿De qué le sirve a la medicina resolver científicamente los problemas de un individuo enfermo, si simultáneamente se producen centenares de casos similares de enfermos por falta de alimentos, por viviendas anti-higiénicas –que a veces son cuevas– o porque ganan salarios insuficientes que no les permiten subvenir debidamente sus necesidades? ¿De qué nos sirve que se acumulen riquezas en los bancos, en pocas manos, si los niños de los pueblos del interior del país andan desnudos por insuficiencia adquisitiva de los padres y tienen así que soportar índices enormes de mortalidad infantil del 300 por mil, como ocurre en algunas mal llamadas provincias pobres, que yo llamaría más bien, provincias olvidadas? (R. Alzugaray, 1988: 76).

Con esta concepción integral, y siguiendo la doctrina de la medicina social, la expectativa era remodelar el sistema alrededor de los centros de salud y dispensarios con inserción comunitaria, con médicos “funcionarios” del denominado “ejército de salud”, en contraposición con el hasta entonces modelo del “médico francotirador”, recluido en un consultorio, ejerciendo la profesión en forma individual.

El 20 de diciembre de 1956, a los 50 años de edad, se produjo la desaparición física del Dr. Ramón Carrillo en el exilio, en Belem do Pará, Brasil. ¿Estamos mejor o peor que cuando Carrillo revolucionó la salud pública argentina en la década de 1940?

Hacia finales del siglo xx, el Dr. Ginés González García destacaba que los avances en la salud mundial permitían vivir más años y con mejor calidad, pero connotando la insatisfacción de los usuarios respecto de los sistemas de salud (González García, 1995). Actualmente, una de las demandas hacia los sistemas de salud sigue estando centrada en el nivel de insatisfacción de los usuarios, pero lo más grave es el alto grado de inequidad que muestran las sociedades.

En efecto, al llegar a 2020 los indicadores de salud mundial muestran una mejora significativa en las condiciones de salud de las personas, especialmente en los países desarrollados, pero exhiben grandes desigualdades entre los territorios, con importantes déficits en la atención y el cuidado de la salud de las personas. ¿A qué se debe?, ¿por qué los resultados no son los esperados?, ¿cuáles son los secre-

tos para desarrollar un sistema de salud que responda a las expectativas de la comunidad y mejore la salud de todos?

Para contestar estas y otras preguntas nos parece pertinente abordar conceptos teóricos para luego considerar, sin desprendernos de nuestras ideologías, la realidad y las perspectivas de futuro; en fin, analizar el tema con una mirada crítica y, seguramente, formularnos otras preguntas que nos marquen la senda de la investigación-acción.

La grieta ya existía...

En la mitología griega, Higía (*Hygeia* en latín, *Salus publica populi romani*, diosa del bienestar público de los romanos) fue la diosa de la salud, limpieza e higiene. Se la asoció a la prevención de la enfermedad y la continuación de la buena salud. Su nombre dio origen a la palabra “higiene”.

Panacea (que todo lo cura), también procedente de la mitología griega, fue la personificación de la curación. Más tarde, este sentido se transformó para representar el medicamento capaz de curar todas las enfermedades y la solución de todos los problemas.

Es decir que desde hace mucho tiempo, cuando se intenta abordar la problemática de la salud, las discusiones y las decisiones discurren entre dos opuestos que no siempre logran una postura intermedia. Así, veremos cómo, aun sin explicitarse, el diseño y la ejecución de políticas de salud tienden a propiciar una y/u otra mirada.

Pero esa no es la única grieta, o dicho de otra manera, surgen otras dicotomías cuando se aborda la cuestión sanitaria. Quizás la más relevante sea la que plantea como pares opuestos a la salud como derecho y la que se asume como un bien de mercado. Como en economía, donde no siempre es posible dilucidar en los discursos cuándo se trata de una postura positiva (descriptiva de la realidad) y cuándo de una mirada normativa (lo que el autor considera como el “deber ser”), también en salud es frecuente que los distintos enfoques no estén tan claramente expuestos. Por esta razón, una actitud siempre recomendable es la de animarnos a mirar un poco más allá de lo evidente o declarado.

¿Por qué es necesario tener una mirada crítica? Un ejemplo

Hace unos años, en las postrimerías del auge del neoliberalismo, el *Informe sobre la salud en el mundo 2000* de la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó por primera vez un índice de desempeño de los sistemas nacionales de salud referido al logro de tres metas generales: mejora de la salud, dar respuestas a las legítimas expectativas de la población y demostrar equidad en las contribuciones financieras. En la evaluación practicada por la OMS, el sistema de salud de Argentina obtuvo 81,6 puntos, ocupando la posición número 49 (OMS, 2000).

El sistema de salud argentino tuvo virtudes y ventajas respecto de otros sistemas de salud, con una tradición de acceso a la salud que los años de política neoliberal, desde la última dictadura hasta los 2000, recortaron buscando imponer la lógica de la salud como mercancía. Ese avance fue resistido por el esfuerzo cotidiano de muchos trabajadores de la salud empeñados en garantizar el acceso a la salud desde los espacios de la salud pública en distintos puntos de nuestra patria.

Nuestro país destina una gran cantidad de recursos económicos y humanos a la atención de la salud de la población, sin embargo, hay mucha desigualdad territorial en los niveles de los resultados sanitarios y el acceso a los servicios de salud.

TABLA 1. GASTO CORRIENTE EN SALUD EXPRESADO EN PORCENTAJE DEL PBI

País	2000	2004	2008	2012	2016
Cuba	6,58	6,83	11,31	9,30	12,19
Brasil	6,56	8,06	8,12	10,04	11,77
Uruguay	10,01	9,02	8,18	8,76	9,06
Ecuador	3,32	5,55	5,82	8,48	8,39
Argentina	8,47	6,99	7,66	8,41	7,55
Bolivia	4,34	4,80	4,53	5,13	6,86
México	4,45	5,95	5,41	5,66	5,47
Venezuela	5,00	4,93	5,73	5,44	3,22

Fuente: Elaboración propia basada en datos de los Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial. <https://databank.bancomundial.org/source/world-development-indicators>

Observando datos de países de América Latina, vemos que en los últimos años el gasto corriente en salud como porcentaje del Producto Bruto Interno (PBI) aumentó en muchos países, lo cual generó distintos resultados en cada uno de ellos (Tabla 1).

Las cantidades de camas hospitalarias y de médicos cada 1.000 habitantes muestran niveles muy dispares entre países si se comparan con el gasto en salud per cápita (Tabla 2). Eso evidencia que los sistemas de salud son complejos y que cada uno tiene particularidades que no se resuelven mediante recetas uniformes, sino trabajando en políticas sanitarias integrales que respeten el derecho a la salud en cada contexto específico.

TABLA 2. CAMAS HOSPITALARIAS Y MÉDICOS CADA 1.000 HABITANTES Y GASTO CORRIENTE EN SALUD PER CÁPITA EN DISTINTOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA

Camas hospitalarias (cada 1.000 personas)		Médicos (cada 1.000 personas)		Gasto corriente en salud per cápita (U\$S corrientes)	
Cuba (2014)	5,20	Cuba (2017)	8,19	Venezuela (2015)	1.578,44
Argentina (2014)	5,00	Uruguay (2017)	5,00	Uruguay (2016)	1.379,10
Uruguay (2014)	2,80	Argentina (2017)	3,96	Chile (2016)	1.190,55
Brasil (2014)	2,20	México (2017)	2,23	Brasil (2016)	1.015,93
Chile (2013)	2,20	Brasil (2018)	2,15	Cuba (2013)	970,65
México (2015)	1,50	Ecuador (2016)	2,05	Argentina (2016)	955,20
Ecuador (2013)	1,50	Venezuela (2002)	1,93	Costa Rica (2016)	888,9
Costa Rica (2013)	1,50	Bolivia (2017)	1,16	Ecuador (2016)	504,78
Bolivia (2013)	1,10	Costa Rica (2013)	1,15	México (2016)	461,79
Venezuela (2011)	0,90	Chile (2016)	1,10	Bolivia (2013)	213,02

Fuente: *Elaboración propia basada en datos de los Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial.* <https://databank.bancomundial.org/source/world-development-indicators>

Resulta conveniente examinar el *Informe sobre la salud en el mundo 2000* (OMS, 2000) considerando aspectos ideológicos y metodológicos. En términos de ideología sanitaria, la contracara de ese informe es el desplazamiento del discurso que desde finales de 1970

fue hegemónico, el cual, surgido del informe dirigido por Lalonde y entronizado en Alma-Ata, ubicaba a la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS) como eje fundacional de los sistemas de salud.

En efecto, el Banco Mundial (BM), cuando presentó en 1993 la propuesta de reformas en su informe mundial titulado *Invertir en salud*, impulsaba un modelo de seguros basados en paquetes costo-efectivos o canastas básicas, de manera de atraer la inversión privada transnacional, al tiempo que se concentraban los recursos públicos en los pobres que no podían pagar esos seguros.

El *Informe sobre la salud en el mundo 2000* de la OMS privilegiaba ese modelo que auspiciaba el subsidio a la demanda, lo cual resultaba diametralmente opuesto a las concepciones como las sustentadas por la APS, que se fundaban en una sólida oferta pública de servicios (Banco internacional de reconstrucción y fomento –Banco Mundial–, 1993).

La OMS se alineó con la perspectiva neoclásica individualista y mercantilista de la salud cuando incorporó a los economistas del BM en la evaluación del desempeño de los sistemas de salud en su informe de 2000. En esta evaluación, Colombia –primer país de América Latina en adoptar medidas enmarcadas en ese conjunto de recomendaciones– ocupó el mejor puesto entre los países latinoamericanos, el puesto 21 en el mundo y el primero en “equidad financiera” (Hernández-Álvarez, 2017).

Desde el punto de vista metodológico, ese informe también merece observaciones para justipreciar sus conclusiones. Debido a que no es el objeto de este documento, no se abordará ese análisis aquí, pero se sugiere la lectura del escueto y revelador artículo que Federico Tobar publicó en 2001, “¿Por qué Argentina salió tan mal en el Informe 2000 de la OMS?” (Tobar, 2001).

Ese informe, que generó muchos comentarios, resulta no obstante una referencia casi obligada al comparar sistemas de salud, lo cual realza el concepto inicial: es necesario sostener una mirada crítica con sentido amplio y sin prejuicios para arribar a diagnósticos correctos y buscar alternativas efectivas de mejora.

ALGUNOS CONCEPTOS IMPORTANTES

Proceso salud-enfermedad-cuidado

Rudolf Virchow fue elegido por el gobierno de Prusia para estudiar la terrible epidemia de tifus que azotaba la provincia de Silesia, Polonia, en el invierno de 1847-1848. Sus resultados son clásicos en la historia de la salud pública (Virchow, 2008).

Las recomendaciones de su informe se dirigieron a proponer que medio millón de paupérrimos de la Silesia Alta tuvieran “completa e ilimitada democracia, educación, libertad y prosperidad”. En términos prácticos, lo que Virchow recomendaba era lo que la promoción de la salud (PS) reconoce hoy como prerequisites para ser saludables, esto es: que la gente oprimida de Silesia tuviera derecho a comunicarse en su propia lengua polaca y a tener un gobierno autónomo elegido por ella; además, la separación de la Iglesia y el Estado, que los impuestos se trasladaran de los pobres a los ricos, que se mejorara la agricultura y las vías de acceso, y que se crearan asociaciones (cooperativas). En suma, a mediados del siglo XIX Virchow sugería que se “empoderaran” esos grupos de excluidos, para usar los términos actuales.

La importancia de ese trabajo radicó en que Virchow se atrevió a declarar abiertamente que las causas o los determinantes de las enfermedades y epidemias se encontraban en las condiciones de vida inadecuadas de la gente pobre.

Con posterioridad, este prestigioso médico, político, antropólogo y sanitarista participó de un movimiento de reforma de la medicina y criticó duramente la práctica médica inhumana basada en el “amor por el dinero”. Fundó un periódico llamado Reforma Médica en el que se debatían los temas vinculados con esa reforma de la medicina y la necesidad de una verdadera salud pública ejercida por el Estado para garantizar la corrección de las condiciones que afectaban la salud de los más desfavorecidos. Su

movimiento fracasó: tuvo que retirarse de la política y volver amargado a la vida académica. Henry Sigerist, quizás uno de los principales exponentes de la medicina social de la primera mitad del siglo xx, hace una anotación muy interesante sobre las razones del fracaso del movimiento de Virchow y de otros de sus seguidores en Alemania: afirma que se debió al hecho de ser un movimiento proyectado por los médicos para la gente, pero sin incluir a la gente como su protagonista más importante (Restrepo y Málaga, 2001). Retomaremos esta idea más adelante.

Para Henry Sigerist, la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física, así como modalidades de esparcimiento y descanso. La salud de un pueblo, decía Sigerist, no depende de la asistencia médica sino de las condiciones de vida; y el instrumento para lograr el acceso de la población a estas es la promoción de la salud: “La salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino que es algo positivo, una actitud gozosa ante la vida y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida hace recaer sobre el individuo” (Sigerist, 1941).

Si bien Henry Sigerist como médico social fue quizás poco escuchado en su época, sus ideas fueron rescatadas para acuñar la definición ya clásica de salud de la OMS. Pareciera que esta es tan abarcadora que poco podría agregarse:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1948).

Efectivamente, hacia mediados del siglo xx incorporar las dimensiones de lo mental y lo social al concepto de salud era claramente un avance, también lo era referir que salud no era solo ausencia de enfermedad. Sin embargo, la definición impresiona como un punto de llegada, de alguna manera, como un objetivo de máxima y final, e incluso, desde cierto punto de vista, como algo esquemático y rígido.

En la Argentina de mediados del siglo xx, Ramón Carrillo afirmaba:

Es evidente que actualmente no puede haber medicina social sin una política social del Estado. ¿De qué sirve a la medicina resolver científicamente los problemas de un individuo enfermo si simultáneamente se producen centenares de casos similares de enfermos por falta de alimentos, por viviendas antihigiénicas –que a veces son cuevas– o porque ganan salarios insuficientes que no les permiten subvenir debidamente a sus necesidades? (Alzugaray, 2009: 65).

Como ya se comentó, planteaba un enfoque social de la medicina que no existía hasta ese momento en estas latitudes pero estaba en sintonía con el ideario que daría lugar a la medicina social latinoamericana.

La salud, tanto individual como colectiva, es el resultado de complejas interacciones entre procesos biológicos, emocionales, ecológicos, culturales y económico-sociales que se presentan en la sociedad en un lugar y momento histórico determinado, o sea, es el resultado de las interrelaciones que establecen las personas con el ambiente social y natural en el que viven, y con ellas mismas.

La salud no es únicamente producto de condiciones genéticas-biológicas-emocionales sino también el resultado de las relaciones sociales predominantes, motivo por el cual está directamente determinada por el proceso histórico en el cual se enmarca y del que solo es una de sus manifestaciones (Dever, 1991).

La situación de salud del pueblo no es más que una de las maneras a través de las cuales se expresan procesos más generales que lo caracterizan. Por lo tanto, la salud está determinada por la estructura y la dinámica de la sociedad; por el grado de desarrollo de sus fuerzas productivas y de trabajo, y de sus relaciones sociales; por el modelo económico y la forma en que este se inserta y se articula con el sistema económico nacional e internacional; por la particular organización del Estado y de sus relaciones políticas en un momento singular de su historia (OPS, 1995).

En Santafé de Bogotá, Colombia, 21 países (Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Sal-

vador, España, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela) se reunieron para definir el significado de la promoción de la salud en América Latina y debatir principios, estrategias y compromisos relacionados con el logro de la salud de la población de la región. La Declaración de Santafé de Bogotá, de 1992, expresa esta concepción que contextualiza la salud en un espacio más amplio. Entre las estrategias destaca:

Transformar el sector salud poniendo de relieve la estrategia de promoción de la salud, lo cual significa garantizar el acceso universal a los servicios de atención, modificar los factores condicionantes que producen morbimortalidad e impulsar procesos que conduzcan a nuestros pueblos a forjar ideales de salud mediante la plena toma de conciencia de la importancia de la salud y la determinación de realizar acciones trascendentales de impacto en este campo (OPS, 1992).

Y entre los compromisos que asumían los 21 países firmantes de la declaración:

Impulsar el concepto de la salud condicionada por factores políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, conductuales y biológicos, y la promoción de la salud como estrategia para modificar estos factores condicionantes (OPS, 1992).

También los conceptos sanitarios deben ser revisados a la luz de esa evolución para dar lugar a las actualizaciones necesarias. La década de 1990, por ejemplo, fue escenario de los estragos que se producían sobre la salud de amplios sectores poblacionales, con especial impacto negativo en los pueblos originarios, los migrantes y, en fin, los excluidos por un modelo pensado para pocos (clase-etnia-género). Se intensificaron las denuncias respecto de los problemas derivados de desigualdades sociales y en salud. Estos se expresaban en brechas que se ampliaban entre distintas zonas de un mismo país y también entre las naciones de la región, pero fue recién entrado el presente

siglo cuando las voces de denuncia empezaron a ser escuchadas en organismos internacionales.

Eso dio lugar a la conformación de una iniciativa de la OMS, que creó la Comisión de Determinantes Sociales de Salud (CDSS). El modelo que asume la OMS desde 2005 contribuyó a abrir el horizonte del pensamiento oficial en salud y el espectro de análisis. Sin embargo, fue una mirada que siguió atada a lo que Jaime Breilh llama “neocausalismo”, donde los determinantes sociales son asumidos como factores externamente conectados, con lo cual las intervenciones resultan dirigidas a actuar solo sobre factores y no sobre el cambio de procesos estructurales que provocan la desigualdad (Breilh, 2011).

El pensamiento que inspira a la medicina social latinoamericana ha expresado con contundencia que **la determinación social de la salud es mucho más que una suma de determinantes sociales de la salud**. Esa determinación social se gesta en particulares trayectos históricos que vertebran lógicas de acumulación y propiedad responsables de generar desigualdad, tejiendo el telón de fondo desde donde emergen determinantes sociales, pero cuyo abordaje en forma aislada no es esperable que produzca los necesarios cambios del sistema mismo.

- **Salud como “buen vivir” o “vivir bien”.** Una mirada que intenta abrir el enfoque respecto de la clásica definición de la OMS nos lleva a proponer el concepto de salud como “buen vivir” o “vivir bien”. Esta idea, que encuentra sus raíces en la cultura de los pueblos andinos originarios, sostiene que la salud no es un estado de bienestar porque este no es estático sino dinámico; y no es un punto de llegada, sino una construcción persistente en pos del equilibrio. Si estar sano es, como se le atribuye a Sigmund Freud, “*lieben und arbeiten*” (*amar y trabajar*) (Pallarés-Mollins, 2012), *justamente* el “buen vivir” apunta a asociar la salud a la búsqueda activa para mantenerse sano, libre, responsable y feliz, antes que a la recuperación del bien perdido.

Esta idea, en consecuencia, tiene implicancias directas en la planificación de acciones sanitarias, especialmente en la priorización de cada una de las líneas de trabajo propuestas para ser desarrolladas

en el ámbito de la salud. Pero también, siguiendo los preceptos inspirados en la cosmovisión de salud de los pueblos andinos, el “buen vivir” se expresa en desplegar posibilidades de desarrollo con inclusión; en el acceso al trabajo, a la tierra, a la vivienda digna; y en el cuidado y la relación armónica con los otros y con el ambiente, entre otros aspectos, con lo cual deviene en un objetivo que largamente excede el ámbito sanitario.

Obviamente, también repercute en la asunción de responsabilidades indelegables de los trabajadores de salud, en cuanto a ser pertinentes al lugar que ocupamos, esto es, sencillamente, hacer bien lo que nos corresponde hacer. Entre estas funciones, las acciones de promoción y prevención de la salud son de una importancia capital. Pero, tal como advertía Sigerist al analizar el devenir de Virchow, esas acciones y esa mirada resultarán seguramente más efectivas cuando se abran espacios para construir miradas compartidas. Es decir, la efectividad de la promoción de la salud está condicionada a la puesta en marcha de mecanismos de participación comunitaria genuina, no solamente para opinar sobre las propuestas que surgen del sistema de salud formal, sino además para ser protagonistas de su diseño.

- **Salud como política social.** Asumir a la salud como componente de las políticas sociales implica necesariamente tener claro el sustento ideológico que resulta imprescindible sostén de toda política social. La defensa de ese ideario requiere compromiso militante, por lo que cada trabajador de salud debe ser, además de un recurso técnico calificado, un actor político que expresa el compromiso social y que se actúa en forma cotidiana en cada puesto, mediante el ejercicio de la empatía y la solidaridad.

Adicionalmente, el concepto encierra el compromiso de trabajo intersectorial, esto es, sencillamente, trabajar con otros, sean parte de organismos públicos (escuela, municipio, etc.), de grupos o espacios comunitarios (grupos de familiares de pacientes, vecinos auto-convocados por distintos temas, cooperadoras, etc.), e incluso de instituciones del ámbito privado, y, desde esa mirada, abrir canales efectivos para la real participación popular en salud. Esa

apertura necesariamente debe atender la cuestión intercultural que se abordará luego.

- **Salud como política de Estado.** Como tal, se pretenden definiciones perdurables más allá de los cambios de gobierno. No es posible pensar en un sistema sanitario sin pensar en un modelo de país que lo determina. Por lo tanto, el diseño y la implementación del plan local de salud deben acompañar los cambios políticos de transformación más generales y evitar tanto estar detrás, resultando un obstáculo, como adelante, deviniendo en propuestas inviables y frustrantes.

Salud-enfermedad-cuidado es un concepto construido colectiva y socialmente, porque salud no es equilibrio ni estabilidad, debe necesariamente ser conflicto y tensión, búsqueda y lucha de un pueblo por alcanzar niveles superiores de bienestar integral (Manoukian, 2003).

La anterior es una definición muy amplia, que plantea otros alcances para el concepto salud. Mientras, entendemos salud como fenómeno social (Laurell, 1982), producto de un esfuerzo colectivo; sostenemos también que una parte de ese esfuerzo está dada por aquellos aspectos encargados por la sociedad para proveerse de servicios sanitarios, los que deben resultar alineados con el objetivo comunitario de mejora continua de su calidad de vida.

Se abre aquí un capítulo que corresponde a la salud como actividad o sector, es decir como aquella parte del aparato productivo y de servicios que la sociedad destina a la recuperación y rehabilitación de la salud, y también para actuar en promoción y prevención sanitaria.

Derecho a la salud y acceso universal

La salud se ha consagrado durante el siglo xx como un derecho humano y social esencial en la mayoría de los países del mundo, es-

pecialmente después de la Segunda Guerra Mundial. Es parte del conjunto de **derechos de segunda generación** que no derivan de la condición de individuo, sino de la situación de las personas en la escala social. Son ejemplos de este tipo de derechos el derecho de huelga, de libre agremiación, de acceso a la vivienda digna, a la salud, a un salario mínimo, entre otros.

La salud forma parte de los derechos humanos universales con un carácter positivo (libertades positivas) por cuanto se entiende que la sociedad debe preocuparse y ocuparse en promoverla y proveerla para asegurar un nivel mínimo en las condiciones de vida. Por otra parte, es un derecho que se inscribe dentro de los llamados **derechos sociales**, lo cual tiene otras implicancias, entre ellas el hecho de la **integralidad**, comprendiendo a la salud como resultante del accionar del medio social y familiar sobre el individuo, y la **equidad**, esto es, atender a necesidades diferentes, para hacer efectiva la equidad (Yelicic, 1999).

La equidad en consecuencia es un factor fundamental para universalizar el derecho a la salud y solo es posible cuando el Estado cuenta con facultades o mecanismos para orientar las actividades del sistema de salud, utilizándolos para compensar desigualdades regionales y sociales.

La salud como derecho solo es posible en sociedades que jerarquizan la **inclusión social**, la participación, la solidaridad y el desarrollo integral de todos sus integrantes sin distingos. Pero lo es, además, cuando se cuenta con potentes instrumentos legales que sustentan una política sanitaria que se concentre en la promoción de la salud, en la prevención y en el mejoramiento continuo de la calidad de vida.

La salud debe ser un tema del Estado y de la sociedad. Por lo tanto, al definir políticas de salud estas deben trascender las gestiones de eventuales gobiernos. El diseño de una política de Estado en salud es una construcción permanente y, por ende, una tarea siempre inconclusa. Debe asumirse como un modelo para armar y desarrollar entre todos y para todos, por cuanto al definir salud como derecho, este debe ser universalmente accesible. Instrumentos de política y gestión modernos que no contemplen la participación y que no generen consenso pueden ser técnicamente factibles, pero terminan siendo

políticamente inviables. En consecuencia, siendo la salud un tema demasiado importante para los intereses de una comunidad, no puede dejarse en manos de un sector o grupo particular.

La Constitución Nacional sancionada en 1994, en su artículo 75, inciso 22, aprueba la inclusión con rango constitucional de tratados internacionales, entre ellos la Declaración Universal de Derechos Humanos que en su artículo 25 expresamente indica: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad” (Organización de Naciones Unidas [ONU], 1948). Es decir, en la Argentina el acceso a la salud es universal y gratuito.

En la Constitución Nacional, el art. 75, inc. 22 sobre el reconocimiento de rango constitucional a determinados tratados internacionales de derechos humanos expresa:

[...] La Declaración Americana de los Derechos del Hombre; la Declaración Universal de Derechos Humanos; la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo; la Convención sobre la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio; la Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación Racial; la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer; la Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; la Convención sobre los derechos del Niño; en las condiciones de su vigencia, tienen jerarquía constitucional, no derogan artículo alguno de la primera parte de esta Constitución y deben entenderse complementarios de los derechos y garantías por ella reconocidos [...] (párrafo 2º) (Poder Legislativo Nacional, 1994).¹

1 Los destacados son nuestros.

Esta última es quizás una de las aristas destacables de la reforma constitucional de 1994, ya que nos introduce en la faz más avanzada del derecho constitucional, que es la de la internacionalización de los derechos humanos. Entre ellos, el **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** es el que desarrolla de la manera más completa la materia que examinamos.

El artículo 12 del Pacto dice: “Los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas [ONU], 1966).

Entre las medidas que deberán adoptar los Estados partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho figuran las necesarias para: “a) la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas efectuó la interpretación del Pacto acerca del derecho a la salud y de la responsabilidad del Estado en su Observación General 14, aprobada el 11 de mayo de 2000, concluyendo entre otros puntos:

1. Que **la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos.**
2. Que **todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud** que le permita vivir dignamente.
3. Que **el derecho a la salud está estrechamente vinculado al ejercicio de otros derechos humanos y depende de estos derechos**, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación,

reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud.

4. **El derecho a la salud no solo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud**, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, nutrición y vivienda adecuadas, condiciones saludables de trabajo y medio ambiente y acceso a la información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluidas la salud sexual y reproductiva.
5. **Las condiciones que deberán asegurar los Estados** son las siguientes:
 - a) **Disponibilidad**: cada Estado deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y programas.
 - b) **Accesibilidad**: dichos establecimientos deben ser accesibles para todos, sin discriminación alguna. Esta condición requiere los 4 aspectos siguientes:
 1. **No discriminación**, en especial para los sectores más vulnerables y desprotegidos de la población;
 2. **Accesibilidad física**, que significa que los establecimientos deben estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población;
 3. **Accesibilidad económica**, que importa que los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos de los servicios deberán ser equitativos, especialmente para los sectores de menores recursos; y
 4. **Acceso a la información**, que comprende el derecho a solicitar, recibir y difundir información acerca de la salud.
 - c) **Aceptabilidad**: todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y de la cultura de las personas, minorías, pueblos y comunidades.
 - d) **Calidad**: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico.

¿Salud como derecho o salud como mercancía?, dos modelos

La aplicación cabal del concepto de salud como derecho es posible en sociedades que propician un Estado social y que pugnan por generar una distribución equitativa de la riqueza para construir justicia social. Son comunidades que asumen la salud con una mirada colectiva, que se preocupan por garantizar el acceso universal, es decir que todos, de acuerdo con sus necesidades, pueden acceder al sistema de salud, el que por otra parte centra su atención en la salud antes que en la enfermedad.

Por el contrario, aquellas sociedades que asumen la salud como un bien de mercado, esperan que este ordene el sistema sanitario siguiendo las reglas de la oferta y la demanda. La salud es un atributo personal o familiar pero no colectivo, por el que cada quien debe procurarse. Son comunidades cuyos sistemas solo esperan garantizar un mínimo sanitario a todos y que el resto sea resultado de los méritos propios de cada individuo. Sus sistemas de salud hacen eje en la enfermedad y no en la salud.

Dimensiones para analizar el sector salud

Una forma de abordar esta cuestión es al tiempo de intentar una definición conceptual, cuestionarse qué pregunta se pretende responder al analizar la cuestión y qué herramientas son funcionales a esa búsqueda. Consideraremos cuatro dimensiones esenciales de la salud como sector: el estado de salud, las políticas de salud, los sistemas de salud y los sistemas de atención médica.

Estado de salud

El estado de salud de una población constituye una dimensión de la calidad de vida de los pueblos y, tal como se desprende de lo antes referido, depende de la interacción de múltiples factores. No obstante, es el insumo esencial para formular políticas de salud y organizar sistemas.

Las preguntas que pretendemos responder son: ¿de qué se enferma y muere la población?, o ¿cuáles son los problemas de salud prioritarios? Si bien este podría ser un enfoque tradicional, no deja de ser una mirada centrada en la enfermedad y la muerte. Por esa razón es dable interrogarse en forma complementaria respecto de cómo vive y transcurre la vida de un pueblo y qué recursos este pone en juego para mejorar su calidad de vida. Esta última mirada amplía el ángulo de visión ya que incorpora cuestiones sociales y relacionales que pueden aportar a la construcción de salud colectiva.

La **epidemiología** se constituye en la herramienta esencial para este abordaje. En el caso de las primeras preguntas, el arsenal de la epidemiología clásica se impone. Para las otras quizás amerite animarse a un análisis más profundo y la epidemiología crítica pueda aportar dispositivos de utilidad.

Políticas de salud

EDICIONES
ciccus
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y
COMUNICACIONES EN SALUD PÚBLICA

Contar con una política de salud implica que la comunidad haya definido la salud como un problema público en el cual el Estado debe asumir un rol activo. “Formular políticas de salud involucra identificar alternativas para las líneas de acción, establecer prioridades, dividir tareas y articular recursos [...] exige mucho más que el saber de los médicos” (González García y Tobar, 2004: 39).

Una política de salud implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito. Definir políticas de salud es decidir qué rol desempeña el Estado en salud (Tobar, 2012).

Considerando lo dicho, al analizar esta cuestión nos preguntamos cuáles deben ser las intervenciones, cómo y en qué momentos. Dicho de otra manera, ¿qué funciones no puede dejar de asumir el Estado respecto de la salud de la población?

La respuesta a esos interrogantes los da la **política**, entendida esta como el uso del poder público en función de dirimir conflictos de intereses, en pos del logro de objetivos colectivos. Por lo tanto, toda **política de salud** tendría que enmarcarse en el conjunto de las **políticas sociales** que se lleven a cabo desde el Estado.

Sistema de salud

Luego de estas dos definiciones iniciales parece oportuno delimitar el alcance del término “sistema de salud” (SdS), para distinguir el concepto respecto de los anteriores. Esta distinción es importante hacerla, ya que a menudo se confunde SdS con la función prestadora de un subsector. En Neuquén especialmente, se identifica el término con la red pública de prestadores de asistencia sanitaria y sus órganos de coordinación y mando. Empero el concepto es más abarcador.

La OMS define los sistemas de salud como “la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero” (OMS, 2005).

Se asume el concepto **sistema de salud** como **la respuesta social organizada para los problemas de salud**.

De esa definición, que se vincula con los dos conceptos anteriores, se desprenden dos situaciones relevantes. Hablar de respuesta social organizada implica que pueden existir **recursos que la sociedad pone en juego** para resolver sus problemas de salud, que no involucran directamente al Estado, es decir que el SdS no es solo la red perteneciente al subsector público. Por otro lado, el término hace alusión a un conjunto de actores y acciones que exceden en mucho al sistema de atención médica. De hecho, el concepto de salud antes mencionado da cuenta de ello y, por lo mismo, los recursos que la sociedad pone en juego para procurar su mejora continua se extienden más allá de las fronteras de su propio SdS.

La segunda situación a destacar es que, tal como se entiende tradicionalmente, el concepto de sistema aparece vinculado a un efecto homogeneizador. Como tal, se asocia a un efecto de compactación autoritaria de diversidades, que se opone a otro polo dado por la fragmentación y la sensación de anarquía y desorden improductivo. En este documento se intenta resignificar el concepto de sistema de salud dotándolo de mayor carga democrática en la medida en que

emerge el concepto de **redes como una tercera alternativa** a las dos mencionadas. Así, el concepto de redes parte de otra lógica, la de asumir la heterogeneidad articulando diversidades. Ni la estructura piramidal jerárquica tradicional, ni la dispersión de fragmentos aislados (Georgopoulos y Mann, 1989), el concepto de redes propone dotar al SdS de un entramado con muchas conexiones (Rovere, 2000).

Siguiendo esa idea es que aparecen estos interrogantes: ¿qué organización se da la sociedad para resolver sus problemas de salud?, ¿cómo se articulan los recursos disponibles para responder a las demandas de la sociedad?, ¿cuáles son los modelos de organización más efectivos?, ¿qué actores intervienen en este escenario?

Respecto de esta última pregunta, obsérvese que las “respuestas sociales organizadas” no se limitan al espacio del sistema de salud formal.

Históricamente se buscaron respuestas sociales a los problemas de salud, ya que hacer llegar agua potable a una comunidad implica una estrategia de salud colectiva.

La potencia transformadora de los colectivos por el acceso a derechos en términos de salud y de cuidado está poniendo sobre la mesa las discusiones en torno a las prácticas de salud hegemónicas. Hoy, por ejemplo, las colectivas que luchan por el derecho al acceso a la interrupción voluntaria del embarazo están poniendo en tensión muchos aspectos de la sociedad hegemónica y occidental que se reproducen como violencias dentro del campo de la salud. Las interrelaciones culturales también empiezan a descolonizar los saberes tradicionales y hegemónicos, dando lugar a un aprendizaje de otras formas de atención de la salud.

Crecientemente van tomando protagonismo corrientes de ideas y conceptualizaciones de la salud que operan de distintas maneras para contribuir a la búsqueda del “buen vivir”. Las diferentes formas de medicina alternativa, los colectivos sociales que luchan por el acceso a variados derechos, la recuperación de otras cosmovisiones sobre la salud también juegan en este campo complejo. Este texto no pretende establecer un juicio de valor respecto de cada uno, pero sí advertir que si el análisis de este tema se limitara al sistema formal resultaría incompleto.

Los instrumentos idóneos para responder a esas preguntas son la **planificación**, la **gestión** y la **regulación**.

Los sistemas de salud son las distintas formas que adoptan la protección de los riesgos para la salud y la atención de los daños a la salud, en cada sociedad.

Finalmente, una aclaración sobre el alcance de los términos **modelo** y **sistema**. El *modelo* se refiere al ámbito de la política y se lo puede definir como el conjunto de criterios o fundamentos doctrinales e ideológicos en los que están cimentados los sistemas sanitarios. En él se determinan aspectos como: población receptora, financiadores del sistema, relación financiador-prestador, prestaciones que se van a ofrecer y priorizar, actuaciones y competencias de la autoridad sanitaria.

El *sistema* contribuye a la operatividad y ejecución del *modelo*, pero en el momento de definirlo aparecen distintas maneras de conceptualizar lo propio de las características y complejidades que guarda.

A los efectos de este texto, se asume el término **sistema** como expresión que sintetiza ambos contenidos. Como se verá cuando planteemos los tipos ideales, cada uno de ellos encierra una mirada ideológico-conceptual respecto de la salud, que se traduce en formas de organización y ejecución de acciones.

Sistema de atención médica

Se menciona al sistema de salud como la “**respuesta social organizada a los problemas de salud**”. Definido de este modo, este sistema abarca a sectores habitualmente considerados fuera del ámbito sanitario, tanto dentro de la esfera estatal como de la privada, y de la seguridad social (trabajo, vivienda, comunicaciones, transporte, etc.).

Sobre la base de este criterio amplio, el **sistema de atención médica** es aquella porción del sistema de salud que desarrolla acciones, actividades,² tareas y mecanismos puestos a disposición de la atención

² Actividad: acción o conjunto de acciones que se realizan para lograr un objetivo de salud definible y mensurable (por ej., consultas, vacunación, entrevista). Cuando para este concepto se requiere la idea de conjunto o subconjuntos de un universo de de-

sanitaria de la población, excluyendo otras acciones de salud. Ese conjunto de acciones encuentra legitimación por parte del Estado, que habilita a sus responsables en el marco de sus funciones de regulación.

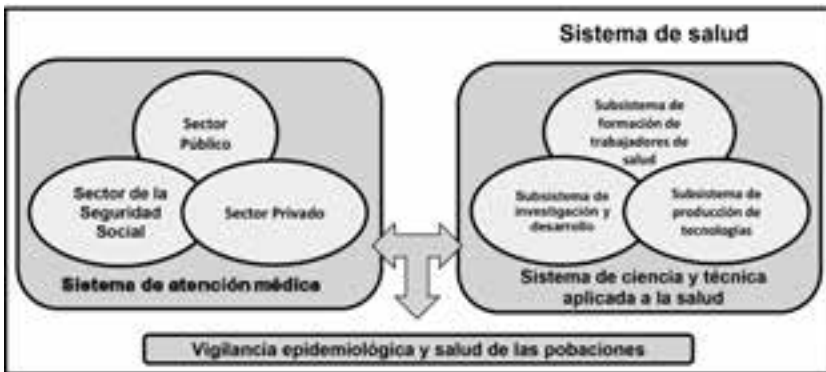
En este punto se indaga respecto de qué recursos sanitarios son necesarios para dar respuesta a los problemas que hayan sido priorizados. Y, ¿cómo se organizan?, ¿cómo se propone que desarrollen las tareas propuestas?

Para responder a esos interrogantes en el campo práctico se requiere desplegar **estrategias, tácticas, normas** y también arte.

En la Figura 1 se esquematizan algunas de las relaciones entre los distintos actores e instituciones que integran el campo de la salud. Diversos subsistemas lo constituyen, aportando formación profesional, desarrollo científico y tecnológico, producción, distribución de las tecnologías de salud (medicamentos, por ejemplo) y vigilancia epidemiológica en el marco de la salud de las poblaciones.

En este campo, la **atención médica** es solo una parte del sistema de salud y se integra al mismo en interrelación con los demás actores. También son parte del campo de la salud actores comunitarios sin representación formal.

FIGURA 1. RELACIÓN SISTEMA DE SALUD, SISTEMA DE ATENCIÓN MÉDICA Y SECTORES DEL MISMO



Fuente: Elaboración propia. Los campos esquematizados no responden a una proporción real de cada componente.

terminado, se utilizan los términos *Acción-Actividad-Tarea*, en ese orden, donde los términos son sucesivamente abarcadores respecto del siguiente.

Fragmentación, segmentación y niveles de análisis

Aunque detallaremos más adelante el alcance de algunos de estos conceptos, vale anticipar que cuando se habla de **fragmentación** se alude a que el sistema de atención médica no es único. Adopta diferentes formatos que conviven en un mismo territorio y abastecen a distintos grupos poblacionales de la misma localidad o región. En forma esquemática, esa fragmentación se expone como: subsistema público (redes de hospitales), subsistema de obras sociales y subsistema de seguros privados (conocidos como prepagas en Argentina). Estos subsistemas, a su vez, responden a conducciones diferentes y, a menudo, a objetivos operativos que en algunos casos pueden diferir.

FIGURA 2. FRAGMENTACIÓN, SEGMENTACIÓN Y NIVELES DE ANÁLISIS E INTERVENCIÓN



Fuente: Elaboración propia.

Se apunta que la fragmentación debilita al sistema como un todo al no concentrar el esfuerzo, multiplicar de modo innecesario dispositivos administrativos, de diagnóstico y de tratamiento, y en definitiva al no propiciar un uso racional de los recursos disponibles para el conjunto.

El término **segmentación** se refiere esencialmente a las fuentes de financiamiento. En un esfuerzo de simplificación podría decirse que responde a cada uno de los fragmentos ya comentados. Así, las rentas generales (impuestos) son los recursos empleados para financiar el subsistema público, los aportes de trabajadores y contribu-

ciones patronales y los de la seguridad social (obras sociales); y las cuotas que pagan los ciudadanos en forma voluntaria conforman el sustento económico de los seguros privados o prepagas.

En todos los casos, cuando analizamos un sistema o subsistema de salud abordamos el **nivel micro** como aquel que se recrea en la interfase trabajador de salud-paciente; el **nivel meso** como el propio de las conducciones de servicios, hospitales y zonas sanitarias; y el **nivel macro** como el atinente a la conducción del sistema (nivel ministerial) donde se definen los trazos gruesos de la política sanitaria.

Rasgos deseables de un sistema de salud

Misión

La misión es de alguna forma una declaración del espíritu institucional. Es definida también como el propósito de la organización y debe resumirse en pocas palabras. Expresa la razón de ser, por lo que, siendo central esta cuestión, todo sistema de salud debe tener definida su misión: esa definición se constituye en el primer paso para alinear los intereses y las acciones de los diferentes integrantes de la organización.

Visión

La visión alude a cómo queremos ser como organización: es, de alguna manera, imponerse un horizonte desafiante basado en los *valores* y *principios* rectores de la institución. La visión actúa como acicate para todos los integrantes del sistema en tanto se constituye en el principal motivador, sobre todo si los diferentes actores participaron en su definición.

Valores que sustentan el sistema de salud

Todo sistema de salud se sustenta en un cuerpo de valores. Esos valores son expresión de la ideología que inspira el proceso de cons-

trucción del sistema. En forma sintética se menciona ese conjunto en función de la secuencia propuesta por González García y Tobar (1997), respondiendo a las siguientes preguntas:

1. ¿Qué se pretende de un sistema de salud?

- Que se preocupe por garantizar el **acceso universal** para promover la inclusión.
- Que ponga énfasis en el aumento de la vida saludable, concentrándose en **la salud y la vida** antes que en la enfermedad y la muerte.
- Que diseñe sus dispositivos con **enfoque de género y de interculturalidad**, para aportar distintas percepciones y prácticas del proceso salud-enfermedad-cuidado. “El sustento de la interculturalidad en salud es asumir y reconocer distintas percepciones y prácticas del proceso salud-enfermedad-atención, que operan, se ponen en juego, se articulan y sintetizan, no sin contradicciones, en las estrategias de cuidado, las acciones de prevención y curación en contextos pluriculturales” (Piñón, 2014: 118). Con Adriana Marcus, sostenemos que en la práctica se trata de la relación –en igualdad, en simetría, en mutuo reconocimiento– con el otro/la otra culturalmente diferente a mí. Se da por sentado necesariamente que ambas partes representamos culturas en cuya relación no hay hegemonía, sometimiento o asimetría de una respecto de la otra (Marcus, 2016).
- Que despliegue sus tareas aprovechando la capacidad de la **interdisciplina**. La incapacidad de manejar la complejidad del campo sanitario nos obliga a la interdisciplina, pero siguiendo a Alicia Stolkiner (1987) afirmamos que equivocáramos el camino si pretendiéramos usar esta forma de articular saberes, experiencias y miradas, con el único sentido de construir un nuevo objeto fijo, cuando de lo que se trata es de acompañar un proceso de transformaciones.

La interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales invadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos (Stolkiner, 1987).

- Que se integre con otros sectores ocupados en políticas sociales, apostando a la **intersectorialidad** como intervención coordinada de los actores ocupados en acciones destinadas a resolver problemas vinculados a la salud, el bienestar y la calidad de vida.
- Que desarrolle un enfoque de **trabajo en red**, lo cual implica asumir la heterogeneidad, articulando diversidades al servicio de un objetivo claro que marca el horizonte.
- Que resulte **equitativo**. Equidad en la asignación de recursos financieros, en el acceso a los servicios y en los resultados. La forma más profunda de equidad supone que todos los sectores de la población alcancen equivalentes resultados en salud, independientemente de sus condiciones sociales y económicas.
- Que se preocupe por verificar el nivel de **satisfacción del usuario**.

2. ¿Para qué se quiere un sistema de salud?

- Para favorecer la construcción de la **justicia social**, esto es fomentar la inclusión social, favorecer la solidaridad y resultar un instrumento más en favor de la movilidad social ascendente.

3. ¿Cómo se espera que sea el sistema de salud?

- Que recree los siguientes principios rectores: **solidaridad**, **eficacia social**, **pluralidad** (ejercicio de libertad de elección), **eficiencia** (técnica: hacerlo a menor costo; y asignativa: hacer lo más útil), **calidad** (máximo mejoramiento de los niveles de salud para satisfacer las expectativas de sus usuarios con una atención oportuna, continua, cortés y respetuosa) (Passos-Nogueira, 1997).

Respecto del ejercicio de libertad de elección, debe atenderse el hecho de que la existencia en esta actividad de una importante asimetría de información atenta contra ese principio ético; por lo tanto, podría ser preferible subordinar este principio a uno superior cual es el de la equidad, de tal manera de priorizar la garantía del acceso equitativo y luego, de ser posible, brindar la posibilidad de elegir entre diversas opciones (concepción ética de tipo *teleológico* antes que *deontológico*) (Mainetti, 1991).

En síntesis, entendemos que un sistema de salud de bases sólidas debe sustentarse en valores compartidos que resumimos a continuación.

- **Empatía, solidaridad y autonomía.** Consiste en ponerse en el lugar del otro, como forma efectiva de comprometerse con todos y cada uno de los usuarios, especialmente con los que integran sectores socialmente más vulnerables. Rescatar la importancia del respeto a la autonomía de las personas es considerar al otro con capacidad para decidir sobre su propia vida. Con el ejercicio de estos valores se intenta reducir las asimetrías sociales, culturales y económicas para promover justicia social.
- **Compromiso y pertenencia.** De los trabajadores y del conjunto de la organización respecto de los usuarios y otros recursos comunitarios, partiendo de estimular un sentido de pertenencia por el cual cada trabajador se sienta parte del hospital y que la comunidad perciba con orgullo como propio.
- **Excelencia y mejora continua.** Implica sostener una imagen horizonte desafiante, buscando siempre el mejor resultado posible a través de desplegar acciones del conjunto y de cada sector en pos de mejorar la calidad institucional.
- **Cooperación y asociación para el trabajo en red.** Los dos niveles superiores del trabajo en red –cooperar para compartir actividades y recursos y asociarse en torno de objetivos y proyectos– se fundan en valores de solidaridad y confianza, imprescindibles para el buen funcionamiento de una organización pública (Rovere, 2000).

Fundamentos de un buen sistema de salud

Un sistema de salud que intente resolver el dilema de resultar socialmente eficaz y económicamente eficiente, conjugando criterios de equidad en todos los niveles de atención, debe estar fundado en el principio ético de igualdad de oportunidades.

La salud como derecho antes que como bien de mercado hunde sus raíces en el principio de igualdad de oportunidades. Proveer atención sanitaria a quien la necesita para resguardar el Principio rector

de la solidaridad que para Louis Blanc³ protege la igualdad de oportunidades para el desarrollo integral de los sujetos y su grupo de pertenencia, lo que deja fuera otros obstáculos o incluso los amortigua. Asumir este principio no solo garantiza el ejercicio pleno del derecho a la salud, sino que además sostiene una de las pocas actividades que, en una sociedad globalizada con una fuerte tendencia a la concentración económica y la consecuente exclusión social, resulta todavía un buen reasignador de recursos.

1. **Cobertura y participación.** Un sistema justo debe resultar accesible para todos los ciudadanos con independencia de su capacidad de pago o de su situación laboral o social. Debe garantizar su continuidad asistencial, sin tener en cuenta el nivel de riesgo de cada uno.
2. **Acceso universal.** Significa proveer recursos apropiados donde estos se requieren y fomentar la formación de recursos humanos adaptados a las necesidades epidemiológicas y culturales de cada región. Esto implica reducir la selección de riesgos base de las actividades propias de las entidades aseguradoras.
3. **Prestaciones comprensivas y uniformes.** El acceso universal no significa prestaciones ilimitadas que podrían estimular comportamientos de azar moral. Sin embargo, actualmente se limitan con distintas formas las prestaciones,⁴ tanto en el ámbito privado como en el público. Por lo tanto, es necesario poner en juego mecanismos participativos de decisión colectiva respecto de los alcances posibles y viables del SdS.

Esto conlleva la difícil tarea de determinar prioridades y verificar medidas de costo-efectividad de las acciones en un marco explícito. Esta labor es importante, además, por cuanto significa un costo de oportunidad respecto de otros bienes y servicios sociales también orientados a mejorar la calidad de vida y que compiten por las mismas fuentes de financiación. El economista británico Alan Williams, para graficar lo que en economía se denomina

3 Principio rector de la solidaridad: según Louis Blanc, significa “a cada cual exigirle según su posibilidad, a cada cual darle según su necesidad”.

4 Ejemplos de limitación en las prestaciones: listas de espera o restricción de cantidades ofertadas en el ámbito público o bien, precios o co-pagos en el sector privado.

costo de oportunidad planteaba: “[...] estamos en una situación afortunada, aunque dolorosa de tener a nuestra disposición más actividades beneficiosas de las que podemos financiar [...] la decisión explícita de asignar recursos a un paciente es inevitablemente una decisión implícita de negárselos a otro paciente” (Williams, 1988: 176).

Esta cuestión es de difícil comprensión por parte de los profesionales de salud que priorizan el principio de beneficencia de fuerte impacto individual antes que colectivo. Quede claro que lo que se postula se relaciona con decisiones de alcance universal, siguiendo el precepto: “si hay, que haya para todo el que lo necesite”.

4. **Financiación equitativa. Contribuciones generales separadas de riesgos.** El riesgo individual no puede ser la base de la financiación. Se elimina así la selección de riesgos para evitar que la carga recaiga sobre los más enfermos. En un sistema de salud de financiación básicamente pública, deben ser los sanos quienes financian a los enfermos.
5. **Financiación según capacidad de pago.** Este aspecto está directamente ligado al sistema tributario. En sistemas con financiación predominantemente pública, por rentas generales, esta resultará equitativa en la medida en que la base imponible resulte progresiva. En sistemas mixtos donde las personas pueden consultar con distintos prestadores, públicos y de la seguridad social, adquieren importancia los dispositivos de recupero financiero. Esto es así porque si los prestadores públicos no recuperan lo invertido en personas con cobertura por parte de obras sociales o seguros privados, entonces se está operando en la práctica un subsidio cruzado. Es decir, si el hospital público no les cobra a las obras sociales y a las prepagas por las prestaciones que brindan a sus afiliados, el Estado está financiando a esas entidades por esa vía.
6. **Efectividad clínica.** Un sistema será más justo si tiende a reducir riesgos para minimizar la incidencia de la enfermedad y los accidentes y en caso de ocurrencia emplear los tratamientos más costo-efectivos. Aquí entra en escena la medicina basada en la evidencia (MBE). Una serie de métodos para estimar cuán efectiva es una tecnología sanitaria se ha desarrollado con intensidad en los últimos años, aunque debe consignarse que no siempre resulta

elocuente al servicio de qué intereses se hacen esas evaluaciones y se requiere de entrenamiento para leer críticamente esos informes (Conde Olasagasti, 1999).

7. **Eficiencia financiera.** Este criterio propone minimizar los costos de transacción y hace referencia a establecer mecanismos contractuales más eficientes entre compradores y proveedores sanitarios, los cuales en una lógica de redes pasan a ser parte del sistema en un grado de asociación.

Ejercer la eficiencia financiera en términos de salud pública implica un juicio crítico respecto de los usos de los dineros públicos; las interrelaciones financieras dentro del sistema de salud; y de cuáles son los principales receptores de dichos fondos.⁵ Las tensiones entre los diversos actores del sistema de salud son, en gran parte, la causa de las mayores desigualdades.

8. **Determinación de prioridades mediante procedimientos correctos.** Supone la evaluación de servicios con informes públicos en el marco de procesos democráticos abiertos, un verdadero desafío para el ejercicio de la ciudadanía.

9. **Comparabilidad.** La atención sanitaria debería poder compararse con otros servicios sociales como la educación, por ejemplo, que también apuntan a reducir los riesgos de vulnerar el principio de igualdad de oportunidades. A su vez, la comparabilidad es consigo mismo, con lo cual la rigurosidad en el manejo de la información sanitaria es vital para los procesos de evaluación y monitoreo del propio sistema de salud.

Cuatro paradigmas contractuales y el proceso de contratación

En todo sistema de salud hay actores que asumen roles diversos y que tienen intereses particulares o afines al sector de pertenencia, motivo

⁵ Fondos públicos: nos referimos en este caso a los fondos invertidos por el Estado en sus tres niveles y a los aportes de la seguridad social, que también son fondos públicos destinados a salud.

por el cual se dan entre ellos relaciones contractuales con peculiaridades propias del sector, que conviene tener en cuenta al analizar bondades y limitaciones de las distintas alternativas de organización. Se comentan brevemente a continuación cuatro paradigmas contractuales que ofrecen interesantes aproximaciones para el desarrollo teórico mencionado.

Las teorías económicas contractuales se focalizan en los acuerdos, reglas y normas; en definitiva, en los contratos que establecen los individuos y las organizaciones para regular sus transacciones. Las fallas del mercado hacen que siempre los contratos resulten incompletos, motivo por el cual los incentivos,⁶ pensados en términos de alinear objetivos individuales, grupales y organizacionales, resultan relevantes.

1. **Teoría de la agencia.** Existe relación de agencia (RdA) cuando una persona o un grupo denominada/o “principal” delega en otra/o denominada/o *agente* un determinado poder de decisión. La relación paciente-médico y algo más amplio como la relación comunidad-organizaciones de salud son ejemplos de relación de agencia.

Esta delegación de poder que caracteriza toda RdA plantea problemas significativos:

- Los objetivos y, por tanto, las funciones de utilidad del principal y del agente son casi inexorablemente diferentes y muchas veces conflictivos.
- Existen asimetrías en la distribución de la información favorable al agente, especialmente en el ámbito sanitario.
- El grado de aversión al riesgo juega un papel relevante en la relación contractual.

Estas situaciones pueden dar lugar a **comportamientos oportunistas** por parte del agente, lo que genera una pérdida de poder para el principal (pérdida residual). Esto implica diseñar contratos e

6 Incentivos. Considérese el término tal como se lo define en el *Diccionario de la Real Academia Española*, esto es, “que mueve o excita a hacer una cosa” (www.rae.es), con lo cual el concepto no necesariamente se restringe a recompensas monetarias asociadas a resultados.

incentivos que minimicen esa pérdida, lo que a su vez origina costos (de supervisión, de fianza, etc.), que son los **costos de agencia**. Se trata de introducir en el agente el comportamiento deseado por el principal –como se mencionará más adelante, en el marco un diseño estratégico de planificación participativa–.

La teoría de la agencia considera los siguientes tipos de información asimétrica:

- **Características no observables** de los bienes o servicios ofrecidos por el agente.
- **Acción e información no observable**, donde el principal no puede valorar los esfuerzos del agente una vez establecido el contrato.
- **Intenciones ocultas** que generan dependencia del principal con relación al agente producto de las inversiones específicas efectuadas y la ausencia de alternativas para el principal en el vínculo contractual.

Aunque se han diseñado mecanismos para limitar los efectos indeseables de la RdA –sanciones, órdenes jerárquicas, sistemas de incentivos, carrera profesional, sistemas de información y control, mecanismos culturales y sociales de reconocimiento, entre ellos–, existen dificultades para implementarlas en el actual marco institucional y jurídico, en especial de las organizaciones sanitarias públicas.

2. **Economía de los derechos de propiedad.** Por derecho de propiedad (DdP) se entiende, en términos económicos, los derechos de los individuos al uso de los recursos. Esa definición condiciona el comportamiento humano y de las organizaciones, ya que proporciona poderosos incentivos con relación a la asignación y al uso de recursos en la actividad económica de una sociedad o una organización. Los DdP dan lugar a derechos residuales de decisión y control, los cuales abren la posibilidad de que se incurra en **costos de interferencia** debido a un uso abusivo de estos (por ejemplo, actividades de influencia).
3. **Economía de los costos de transacción.** Se mencionó en el apartado anterior, solo vale aquí una aclaración adicional. Siguiendo a Milgrom y Roberts, pueden definirse como los costos de hacer funcionar el sistema. Considerando que el problema de

las organizaciones es el de coordinar decisiones y motivar el proceso de toma de decisiones en un sentido eficiente, dada una dotación limitada de recursos, estos costos se dividen en **costos de coordinación** –transmitir información dispersa para elaborar un plan eficiente y comunicarlo a los demás– y **costos de motivación** –asociados a la existencia de asimetrías informativas y tendientes a armonizar los intereses divergentes de los distintos agentes– (Milgrom y Roberts, 1990).

4. **Teoría de la elección pública (*public choice*)**. Esta teoría incorpora la siguiente idea: no sólo es necesario minimizar los costos de producción y transacción en forma conjunta para obtener mayores niveles de eficiencia y para ello diseñar sistemas de incentivos adecuados, sino que además hay que considerar el ámbito de lo político y particularmente el diseño y cambio institucional. Ese ámbito genera, en especial en nuestro medio, inestabilidades que condicionan el proceso de toma de decisiones e impiden establecer una política de Estado. Sin embargo, de nada serviría plantearse reformas que no consideren este potente elemento del contexto, aunque también sea cierto que justamente las instituciones posibilitan equilibrios inducidos en forma estructural.

El proceso de contratación

Oliver Williamson describe el mundo del contrato como aquel de **planeación, promesa, competencia y gobernación**. Según este autor, en un intercambio dado predomina uno de esos procesos, dependiendo de los supuestos conductistas presentes y de los atributos económicos del bien o servicio en cuestión (Williamson, 1993).

La economía de costos de transacción supone que los agentes humanos están sujetos a una racionalidad limitada –las capacidades cognitivas de los individuos son limitadas– y que tienden al oportunismo en cuanto búsqueda del interés propio, incluso con dolo, y que en la descripción de las transacciones adquiere una dimensión decisiva la especificidad de los activos (Martín Martín, 1994).

La Tabla 3 muestra que en cada caso la ausencia de algunos de los atributos mencionados determina el proceso de contratación im-

plicado. Sin embargo, cuando se dan las tres condiciones al mismo tiempo, la planeación es necesariamente incompleta (a causa de la racionalidad limitada), falla la previsibilidad de la promesa (a causa del oportunismo) y se convierte en importante la identidad de cada una de las partes (a causa de la especificidad de los activos), dando lugar al mundo de la gobernación.

TABLA 3. ATRIBUTOS DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN

Supuesto conductista		Especificidad de los activos	Proceso de contratación implicado
Rac. limitada	Oportunismo		
0	+	+	Planeación
+	0	+	Promesa
+	+	0	Competencia
+	+	+	Gobernación

Fuente: Williamson, O., *Las instituciones económicas del capitalismo*, "Economía del costo de transacción", p. 41.

Pareciera que el sector salud es típicamente un ámbito que reúne estas condiciones en las que el imperativo del sistema consiste en organizar las transacciones para economizar la racionalidad limitada al mismo tiempo que se las protege del comportamiento oportunista.

SISTEMAS DE SALUD

Actores y roles en un sistema de salud

En función del esquema propuesto por Federico Tobar se reitera que todo sistema involucra un conjunto de actores que desempeñan diferentes roles y persiguen objetivos no siempre alineados con la meta central. Un sistema de salud debe proponerse comprender, analizar y accionar sobre los problemas de salud para mejorar la situación general, lo cual se complejiza cuando se verifican conflictos de intereses (Tobar, 2012). Esto se debe a que esos actores no actúan en forma solitaria. Por el contrario, además de constituir categorías heterogéneas, muchas veces las relaciones se encuentran mediadas por actores colectivos (cámaras empresariales, sindicatos, etc.).

Pueden identificarse como actores involucrados los siguientes, con sus respectivos roles.

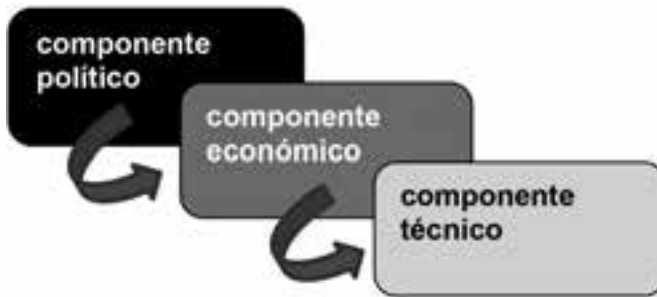
- **Población**, que asume el doble rol de usuarios o beneficiarios del sistema y de contribuyentes o aportantes, ya sea en forma directa o indirecta a través de un tercer pagador.
- **Proveedores** de servicios o prestadores. Se trata de personas físicas (profesionales independientes) o jurídicas (instituciones), que pueden asumir responsabilidades diferenciadas.
- **Intermediarios**. Son personas físicas o jurídicas que intervienen en la financiación y/o la prestación de los servicios en procesos en los que claramente aparecen cuestiones vinculadas con la teoría de agencia ya comentada. Otro rol de los intermediarios, que aunque en general le toque al sector público puede también recaer en otros actores (agencias de certificación de calidad, de evaluación de tecnología o simplemente mecanismos de autorregulación por parte de cámaras empresariales),

es el de regulación, es decir, de establecer límites o pautas para el funcionamiento del sector.

Componentes del sistema de salud

La identificación de los distintos componentes de un sistema depende de la óptica de análisis del mismo. Para este documento se propone considerar la articulación de los componentes político, económico y técnico (Figura 3).

FIGURA 3. COMPONENTES DEL SISTEMA DE SALUD



Fuente: *Elaboración propia.*

Componente político

Respecto del componente político, al que Tobar asume como el *modelo de gestión*, debe destacarse que es el espacio donde radican las decisiones centrales atinentes no solo a la orientación del sistema, sino primariamente al concepto de salud que inspira el modelo (principios y valores). Por esa razón, en la esfera de lo político el análisis pasa por identificar cuál es el rol del Estado.

Por lo tanto, debe quedar en claro que, independientemente del tipo de sistema del que se trate, o de la combinación de ellos, existen funciones indelegables del Estado.

Entre ellas la **información veraz**, tanto para promover cambios de estilos de vida hacia conductas más saludables como también para

dotar al ciudadano de instrumentos que lo ayuden en sus decisiones. De este modo, ese rol contribuye a atenuar la asimetría de información propia del sector y ayuda incluso al usuario en la elección de ofertas sanitarias en entornos de seguros privados para identificar ventajas y limitaciones.

Otra de las funciones esenciales es la de **regulación**, que debe ser ejercida en distintos planos, entre ellos la planificación de formación de recursos humanos, la oferta de servicios, la incorporación de tecnología y la normatización de sistemas de atención médica. Esta función es la que responde a la necesidad de establecer las reglas de juego con que los actores públicos y privados deben moverse.

Sin agotar el tema, es dable mencionar además que otra función indelegable es la de **monitorizar el perfil epidemiológico**, es decir, de qué enferma y muere la población, y de qué recursos se dispone para mejorar la calidad de vida, ya que este es el insumo básico, como ya se mencionó, para definir el estado de salud y a partir de ello diseñar políticas.

Componente económico

Sobre el particular esbozaremos más adelante una clasificación que considera especialmente este componente, respecto del cual adelantamos aquí algunos conceptos. El componente económico da respuesta a cuánto debe invertirse en salud, de dónde provienen los fondos para sostener el modelo y cuáles son los mecanismos de asignación de los mismos.

Con relación a esta última cuestión de asignación de recursos, la problemática adquiere diferentes ribetes en cada modelo y es uno de los temas centrales en los procesos de reforma. Lo es en parte porque se identifica a este componente como uno de los más potentes para direccionar las acciones del sistema, a través de incentivar determinadas líneas que apunten, siguiendo los principios inspiradores de cada modelo, a alinear los intereses de los actores con los objetivos estratégicos. Por esa razón, los modelos de financiamiento y las modalidades de transferencia de los fondos hacia los efectores son capítulos sustantivos en el momento de analizar los tipos ideales de sistemas de salud.

La forma más tradicional de financiación en salud la constituye el **subsidio a la oferta** que en Argentina se ha denominado de presupuesto global. Tiene la ventaja de facilitar la planificación vertical y otorga a las autoridades sanitarias centrales un fuerte poder de control sobre la oferta de recursos para disponerlos de acuerdo con la priorización que se establezca, pero encuentra limitaciones en el hecho de recurrir a la centralización administrativa (exceso de burocracia, pérdida de agilidad).

Sin reformar el financiamiento se ha avanzado, en algunos casos, en desconcentrar fondos para agilizar el manejo local de recursos y, en otros pocos, en la idea de superar el modelo tradicional de presupuestos históricos incrementalistas, incorporando mecanismos de distribución vinculados con la producción, aunque sería de esperar que la relación se establezca con los resultados esperados. El modelo de integración vertical muestra su punto débil en la baja eficiencia.

El otro extremo lo constituye el **subsidio a la demanda**, en el cual se paga por lo que se produce. Es el modelo de “el dinero sigue al paciente”, en un claro intento de introducir mecanismos típicos del mercado en el sector salud. No se paga por “estar” sino por “hacer” y el hacer depende en alto grado de que estos mecanismos sean elegidos por los usuarios, que resulten atractivos.

Por esa razón, el riesgo estriba en habilitar dispositivos que, para captar preferencias, desprecien acciones necesarias pero poco rentables (promoción y prevención) y que se invierta en amenidades de escaso o nulo impacto sanitario (por ejemplo, hotelería). Ergo, la debilidad del modelo de reintegros es la baja eficacia sanitaria.

El **modelo de contratos de gestión** (Figura 4) aparece como una opción intermedia, que busca reducir la polarización entre eficacia y eficiencia. Consiste en que la esfera central que financia asegura un presupuesto global y la contraparte se compromete a cumplir un conjunto de metas. Otorga autonomía a la institución local pero conserva para el poder central la capacidad de control sobre las prioridades hacia las cuales considera que debe orientarse el sistema.

FIGURA 4. MODELOS DE FINANCIAMIENTO DE SISTEMAS SANITARIOS



Fuente: Elaboración propia.

Componente técnico

Este componente es el que representa al **modelo de atención**, donde se plantean los temas vinculados con lo estrictamente médico-sanitario. Los interrogantes a contestar son, entre otros: qué acciones o prestaciones deben ofrecerse; quiénes son los destinatarios, es decir, qué sectores poblacionales son el blanco de cada línea de acción; cómo y dónde desarrollar esas acciones.

Tipos ideales de sistemas de salud

Cuando se mencionan estos tipos ideales, se lo hace para tener un parámetro de referencia, sabiendo que no existen en estado absolutamente puro en ningún país del mundo actual. Sin embargo, su análisis contribuye a entender el tema, asumiendo el riesgo de simplificar la cuestión.

Con relación al modelo de gestión ya mencionado, pueden mencionarse los que siguen, ordenándolos de acuerdo con la cronología de aparición.

Modelo asistencialista

La concepción liberal clásica considera la salud como una cuestión individual. Lejos de la idea de salud como derecho, para este modelo la salud es una obligación del ciudadano, con poco cuidado respecto de aspectos colectivos que evidentemente hacen a la mejora de los niveles sanitarios de las personas.

El Estado no asume funciones, ni desde el punto de vista de financiador, ni como prestador, y en lo relativo a la regulación sectorial su participación es casi nula o limitada a lo que le correspondería frente a cualquier otra operación transaccional entre partes.

En este modelo aparece el llamado “Estado mínimo”, para ocuparse exclusivamente de acotados sectores de la sociedad compuestos por personas incapaces de asumir la responsabilidad del cuidado de su salud. En este caso se programan acciones focalizadas dirigidas a estos grupos especialmente vulnerables, pero en forma claramente restringida, de manera de constituir un incentivo contra la falta de responsabilidad respecto del propio estado de salud.

Una segunda función del Estado en este tipo de modelos es la participación en acciones sobre el medio destinadas a evitar la propagación de epidemias. Es decir, medidas tendientes a proteger cuestiones básicas de salubridad.

Sistema de seguridad social, o bismarckiano

Este modelo se conoce también como bismarckiano ya que Otto von Bismarck (1815-1898), el canciller prusiano llamado “de hierro” y artífice de la unidad de Alemania sobre fines del siglo XIX, fue el creador de ese tipo de sistema, aunque Johan Peter Frank haya postulado principios similares con anterioridad.

El modelo debe su creación al impacto de la Revolución Industrial en Alemania. Este país contaba con 23 millones de habitantes hacia 1840, de los cuales unos 85.000 eran obreros. Cuarenta años más tarde, la población total era de 33 millones de habitantes y los obreros alcanzaban a ser casi un millón. Las condiciones de vida, marcadas por la explosión demográfica, el hacinamiento, la explotación laboral y el alcoholismo, entre otros factores, generaron condiciones favorables para que se diera algún tipo de estallido social.

Un sector de la dirigencia política avizoró lo que consideraba era un riesgo adicional: que las masas proletarias se orientaran al socialismo. Bismarck, para aventar ese “peligro”, logró la aprobación del primer seguro de enfermedad para trabajadores de baja remuneración, con cobertura del 50% en caso de enfermedad (Agüero, 1993).

Luego, en 1884, la cobertura se extendió a accidentes de trabajo, a jubilaciones en 1889, y más adelante a las pensiones por viudez.

El modelo rápidamente se fue expandiendo hacia Austria (1887), Noruega (1894), Dinamarca (1892) y Bélgica (1894), entre otros países. Demostró su efectividad, especialmente luego de terminada la Primera Guerra Mundial, momento en el cual se evidenció que Alemania, pese a haber perdido la contienda, quedaba en mejores condiciones de salud que sus adversarios (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2009). En la actualidad, este es el modelo que impera básicamente en Alemania, Francia, Bélgica y Japón.

Se caracteriza por un protagonismo no estatal, con una gestión más descentralizada y una organización basada en la regulación del accionar de los actores más que en la planificación de las acciones.

La financiación surge de aportes y contribuciones de trabajadores y empleadores, respectivamente, obligatorios y administrados por los propios interesados a través de las asociaciones que los agrupan. El hecho de que esos aportes y contribuciones sean proporcionales a los salarios garantiza el principio de solidaridad.

La administración de los recursos y la organización de los servicios son efectuadas por organizaciones intermedias no gubernamentales que, a su vez, contratan servicios a proveedores privados y en algunos casos públicos, especialmente en lugares sin oferta privada.

En este sistema, la cobertura está focalizada en los aportantes y sus respectivos grupos familiares con límite de edad, existiendo impedimentos para usufructo de beneficios como las pre-existencias y el periodo de carencia –tiempo durante el cual no se reconoce cobertura de determinadas enfermedades o necesidades–, como así también barreras de acceso a los servicios, entre ellas los co-pagos. Las obras sociales argentinas son exponentes de este modelo.

Los prestadores, en su mayoría privados, cobran a través de un tercer pagador, siendo las remuneraciones por acto, aunque existen formas de pago globales o por capitación. El rol del Estado en este modelo se relaciona en parte con la financiación –especialmente respecto de los trabajadores públicos–, pero sobre todo con la regulación.

Sistema centralizado, o sistema Semashko

En 1918, el primer gobierno comunista en Rusia, presidido por Vladímir Ilich Uliánov –conocido como Lenin–, creó el Comisariado del pueblo de Salud Pública. Nikolai Aleksandrovich Semashko (1874-1949) fue el primer comisario designado, con la función de coordinar el cuidado de la salud que debía ser controlado por el Estado y que se proporcionaría gratuitamente a sus ciudadanos, lo que en ese momento era un concepto revolucionario.

El sistema Semashko está orientado a la oferta y su financiamiento proviene de fondos colectados de una economía centralmente planificada y conducida por el Estado.

Es un sistema único e integrado verticalmente. Los servicios son prestados por organismos estatales, son de libre acceso, con cobertura universal y gratuita. No existe sector privado. Es un sistema que, comparativamente con los demás, resulta de menor costo y, en teoría al menos, de mejor asignación de recursos en términos de costo-efectividad. La forma de pago a los prestadores es por salario, existiendo incentivos por lo general vinculados con premios no financieros (becas de estudio, días de descanso, etc.).

En este tipo de sistema de salud se prioriza la promoción y prevención en salud, sin desmedro de disponer de oferta para todas las necesidades del espectro de atención. Las decisiones fuertemente centralizadas aportan a la eficiencia del sistema evitando gastos superfluos y facilitando la implantación de dispositivos efectivos de incorporación racional de tecnologías sanitarias.

La limitada participación de los usuarios, especialmente en lo referido a la libre elección de prestadores, es objeto de críticas, en especial por parte de autores influidos por la lógica capitalista.

Después de la caída del Muro de Berlín, en noviembre de 1989, quedaron pocos países con este sistema: China, Cuba, Vietnam y Corea del Norte (Durán, 2004; Chávez, 1996).

Sistema universalista, o de los sistemas nacionales, o de Beveridge

El primer esbozo de este sistema se ubica en Suecia, hacia la década de 1930, pero se consolida en el Reino Unido luego de que el político

inglés William Henry Beveridge (1879-1963) publicara en 1942 *Social Insurance and allied Services*.

Ese informe advertía del eventual estallido social que podía surgir con la reinserción de los combatientes una vez finalizada la guerra. Influido por ideas socialistas, Beveridge sostenía que el Estado debía generar las condiciones para destruir los cinco gigantes causantes de males sociales: la miseria física, la enfermedad –a menudo consecuencia de la miseria–, la ignorancia –de fatales consecuencia en democracia–, la pobreza –fruto de la mala planificación de la industria– y la desocupación que corrompe los hombres (Rosen, 1985).

Los efectos deletéreos de la Segunda Guerra Mundial facilitaron de alguna manera que a partir de los postulados de Beveridge se introdujeran modificaciones fundamentales en el sistema sanitario del Reino Unido, dando lugar al Sistema Nacional de Salud en 1945. Se basó en unificar los seguros sociales con respaldo en los presupuestos generales y con manejo centralizado en un ministerio creado al efecto, para asegurar protección universal e igualitaria. Es decir que se basó en principios de solidaridad, integralidad, unidad de gestión e inmediatez.

Es el modelo de base de los servicios nacionales de salud, adoptado con distintos matices en países europeos tales como: Inglaterra, Suecia (como fue mencionado, primer país en aplicar este modelo), Noruega, Dinamarca, España, Italia y Portugal.

Se caracteriza por contar con financiación pública proveniente de recursos impositivos y por garantizar el acceso universal a servicios de salud provistos por proveedores públicos, aunque en algunos casos también incorpora prestadores privados. Funda su funcionamiento en un sistema centralizado en cuanto a su planificación y normatización, y descentralizado respecto de su ejecutividad.

Actualmente, muchos de estos sistemas han sufrido reformas que en general apuntan a introducir otras fuentes de financiamiento, incluidos el pago directo de los usuarios y la contratación de proveedores privados o comunitarios. Uno de estos ejemplos es el del sistema de salud de Cataluña, España, en el cual aparece la figura de la agencia de compra, una función separada de la del financiador, que cumple el rol de comprar servicios ya sea a organismos públicos o privados, de acuerdo con pautas preestablecidas y controladas mediante contratos de gestión.

Es el modelo de mayor protagonismo estatal (financiador, regulador, prestador). Las formas de pago con proveedores mayoritariamente públicos son de tres tipos: por salarios, por cápitas y por presupuestos globales.

Sistema de seguros privados

Este sistema asume la salud como una cuestión privada y un bien de mercado. Brinda una cobertura limitada al que paga por el servicio, y en las condiciones y los alcances pautados. Tiene una organización fragmentada, descentralizada. Se funda en el principio de que la competencia mejora la calidad, baja los costos, y en la convicción del rol del mercado como distribuidor.

Por su concepción, los seguros privados de salud sostienen un enfoque individual antes que colectivo, por lo que otras políticas públicas que podrían impactar en la determinación social de la salud quedan excluidas de este sistema.

El financiamiento, aunque *a priori* pareciera solo privado, en la práctica es tripartito, ya que en los países donde se aplica hay otros aportantes. En este caso, concurren para su sostén los aportes y contribuciones —provenientes de contratos de trabajo en relación de dependencia—, y el gasto directo de las personas por el pago de la prima de “seguro” que se suma al aporte directo de bolsillo de las prestaciones no cubiertas. Incluso, en ocasiones el propio Estado, sea vía subsidios cruzados o directamente por el financiamiento de la cobertura de algunos agentes de la administración pública, también es una de las fuentes de financiación de este sistema.

Como en los demás sistemas, el gasto es creciente, por lo que en estos casos el mecanismo de contención se ajusta por limitación de prestaciones, siendo escaso el interés por la justicia y equidad en tanto el foco está puesto en el lucro y la rentabilidad. Esa misma razón explica la radicación preferente de prestadores en áreas de alta demanda y rentabilidad (Laurell, 2011).

Hacia 1970, entre las transnacionales más prósperas estaban las del complejo médico industrial (CMI), constituido por las grandes productoras de medicamentos, las productoras de equipos de diag-

nóstico y tratamiento, las empresas hospitalarias, las escuelas formadoras de trabajadores y profesionales de la salud y las cada vez más influyentes compañías de seguros privados de salud.

El CMI creció especialmente en Estados Unidos, país que nunca aceptó que la atención en salud fuera un derecho y que siempre le apostó al mercado libre de seguros de salud. La excepción a la regla solo la constituyen subsidios estatales focalizados como el *Medicare* –atención médica para personas mayores de 65 años y otras más jóvenes consideradas discapacitadas por estar afectadas por algunas patologías puntuales como insuficiencia renal crónica– y el *Medicaid* –programa federal con distintos alcances en cada Estado, que ayuda con los costos médicos a algunas personas de ingresos y recursos limitados– (Díaz Muñoz *et al.*, 1994).

Aun con esos dos programas y después de las reformas impulsadas por Obama en 2010, quedan en el país referente mundial del capitalismo aproximadamente 30% de personas bajo la línea de la pobreza sin ninguna cobertura sanitaria –cerca de 28 millones de personas de todas las edades–.

En efecto, **en 2010, antes del llamado *Obamacare*, había en el país 48,6 millones de personas sin seguro médico, un 16% de la población. En 2016, la proporción de ciudadanos sin protección cayó a 27,3 millones, que hoy representan un 8,6%.** Este dato resulta inexplicable en un país que destina el 17,4% de su PIB a la salud, mucho más que quienes lo siguen, Suecia, Suiza y Francia, que no llegan al 12%. Estados Unidos ostenta el tercer mayor gasto sanitario per cápita, US\$ 9.403 al año, apenas por debajo de Suiza (9.674) y Noruega (9.522), que tienen menos de 10 millones de habitantes, pero el Estado solo aporta el 48%, ocupando el lugar 117 del mundo en este aspecto. **La consecuencia de estas políticas es que la salud resulta muy cara para la población y bastante inaccesible para todos. En una sociedad que tiene un problema creciente de desigualdad de ingresos, esto deja a una parte importante de la población en una situación precaria y vulnerable** (Manoukian, 2018).

Este sistema es de escasa regulación pública, aunque esta tendencia se esté revirtiendo. De hecho, en Argentina la función de la super-

intendencia de seguros de salud y el Programa Médico Obligatorio (PMO) como instrumento de regulación que impone exigencias mínimas, hablan en este sentido.

La Tabla 4 resume las características de los principales tipos ideales de sistemas de salud.

TABLA 4. CARACTERÍSTICAS DE LOS TRES PRINCIPALES TIPOS IDEALES DE SISTEMAS DE SALUD

Tipo ideal	Cobertura	Rol del Estado	Financiamiento	Formas de pago	Países
Universalista	Universal	Financiador	Impuestos	Salarios	Reino Unido
		Prestador		Cápitras	España, Suecia, Cuba, Arg. (púb.)
		Regulador		Presup. globales	En Argentina el sector público
Seguridad social	Asegurados	Financiador Regulador	Aportes y contribuciones sobre salario	Por acto	Alemania, Bélgica, Francia, Japón
				Por Cápitras	
				(3° pagador)	En Argentina, las obras sociales
Seguros privados	Aportantes	Regulador	Pago privado en base a riesgo	Por acto (directo)	EE. UU.
				Por reembolso	En Argentina, las prepagas

Fuente: *Elaboración propia.*

Ventajas y limitaciones de los tipos ideales

Surgen de la descripción de cada tipo ideal las bondades y limitaciones de cada uno. La Tabla 5 resume los tres más difundidos actualmente, siguiendo el análisis de Ginés González García (1995).

TABLA 5. FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LOS TRES PRINCIPALES TIPOS IDEALES DE SISTEMAS DE SALUD

Cualidades	Universalista	Seguridad social	Seguros privados
Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> * Cobertura universal * Estimula promoción-prevenición * Costo bajo y controlado * Evita prácticas innecesarias * Equidad en la atención 	<ul style="list-style-type: none"> * Cobertura amplia * Costo medio * Satisfacción media del usuario * Relativa libre elección del prestador * Igualdad de base, luego at. diferenciada 	<ul style="list-style-type: none"> * Cobertura restringida * Satisfacción individual * Rápida actualización tecnológica * Libre elección del prestador * Eficiencia económica
Debilidades	<ul style="list-style-type: none"> * Rigidez de gestión * Colas de espera * Baja productividad * Lenta actualización tecnológica 	<ul style="list-style-type: none"> * Presión hacia la expansión del gasto * Gastos de administración * Tendencia a sobreutilización * Tendencia a la inequidad 	<ul style="list-style-type: none"> * Alto costo y presión expansión el gasto * Desprotección de grupos vulnerables * Tendencia a sobreutilización * Gasto en marketing y amenidades

Fuente: Adaptación propia basada en González García (1995).

Formas de pago en los tipos ideales

Cada modelo ideal de sistema de salud muestra modalidades de pago que le son propias y que como tales generan algunas de las ventajas y desventajas mencionadas. No hay una forma de pago a los prestadores que por sí misma resulte óptima. Se analizan las tres modalidades más frecuentes en la Tabla 6: pago por prestación o pago por acto, pago por salario y pago por cápitas.

Para cada una de ellas se plantean las ventajas y desventajas, como así también algunas alternativas instrumentadas para superar las debilidades.

TABLA 6. VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LAS DISTINTAS FORMAS DE PAGO

Modalidad de pago	Ventajas	Desventajas	Variantes
Prestación	Libertad profesional Facilidad de acceso al médico Mejor relación médico/paciente Libre elección del médico Libertad de cambio Buenos registros Estimula competencia Compensación según esfuerzo	Tendencia a trabajo individual aislado Énfasis en la enfermedad Tendencia a sobreprestar Tendencia a atención ineficiente Gasto imprevisible La frecuencia compensa el valor de la práctica (valor bajo = más consultas) Estimula el consumo	Reintegro total o parcial Co-pago o co-seguros Límites al uso de prácticas Deducibles Franquicias Periodos de carencia
Capitación	Favorece programas de promoción-prevención Permite organización por niveles Posible competencia si permite libre elección y cambio de prestador Regula oferta Gasto predecible	Favorece indiferencia Dificil cálculo por especialidad El más responsable trabaja más Tendencia a la subutilización Insatisfacción de usuarios	Práctica por grupo
Salario	Dedicación profesional (posible régimen de dedicación exclusiva) Estimula la colaboración y trabajo en equipo Reduce malas prácticas Evita sobreprestación Gasto previsible Favorece desarrollo de moldeos capitados	Resta iniciativa y libertad profesional Desalienta competencia No relaciona remuneración con calidad y producción Débil estímulo de la relación médico-paciente Poca flexibilidad	Premios por eficiencia, producción y resultados Contratos de gestión con objetivos acordados entre el financiador y el prestador

Fuente: *Elaboración propia.*

Obsérvese que las consideradas ventajas, si bien responden a un análisis que pretende ser objetivo, no es menos cierto que se corresponden con el perfil ideológico de quien escribe y, por lo tanto, son pasibles de ser discutidas.

Otra clasificación: el modelo Evans

Robert Evans formuló un modelo empírico para clasificar los sistemas de salud, definiéndolos a partir de analizar los subsistemas de financiación, por un lado, y de pago y regulación, por otro (OECD, 1992).

La combinación de los dos primeros subsistemas le permite plantear siete modelos, partiendo a su vez de clasificar las **fuentes de financiación** como privada o voluntaria y pública u obligatoria.

Por otra parte, divide los **pagos a proveedores** en aquellos con desembolso directo de los consumidores sin seguro, con desembolso directo de los consumidores con reintegro del seguro, indirecto por terceras partes a través de contratos entre las partes y, finalmente, indirectos por terceros a través de presupuestos y salarios dentro de una organización integrada (integración vertical).

TABLA 7. MODELO DE EVANS PARA EL ANÁLISIS DE LA ORGANIZACIÓN Y EL FINANCIAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Modelos de pago	Financiación	
	Pública (obligatoria)	Privada (voluntaria)
Desembolso directo del usuario	No existe (al menos en forma explícita, aunque en ocasiones funcionan figuras tipo Cooperadoras que presionan como forma recaudatoria)	Modelo voluntario de desembolso directo (mercado privado de salud)
Desembolso directo con reintegro	Seguro obligatorio con reintegro (basado en ingresos utiliza los llamados fondos de enfermedad, por ej., Bélgica)	Seguro voluntario con reintegro (Holanda)
Indirecto por contratos	Contrato público (financiamiento por impuestos, agencia compradora pública y contratos con prestadores, por ej., médicos de primer nivel de atención en el Reino Unido)	Seguro voluntario con proveedores contratados (Sector privado español o prepagas en Argentina)
Indirecto con integración vertical	Modelo público integrado (por ej., hospitales públicos de España, sector público en Argentina)	Seguro voluntario con integración de proveedores y aseguradores (por ej., HMOs USA)

Fuente: *Síntesis propia.*

Por no ser el objeto de este trabajo, no se analizará en profundidad esta clasificación, pero resulta pertinente dejarla planteada en la Tabla 7.

Resultados sanitarios en países emblemáticos de cada tipo ideal de sistema de salud

A modo de síntesis se muestra en la Tabla 8 una serie de indicadores sanitarios de algunos países. Fueron seleccionados por ser países en los cuales predomina alguno de los tipos ideales de sistemas de salud, aunque reiteramos que en la actualidad ninguno de ellos los despliega en estado puro. Esto quiere decir que todos presentan alguna variante del modelo o bien aplican otro, aunque sea en un grado reducido de expresión.



TABLA 8. INDICADORES ECONÓMICOS Y SANITARIOS DE ALGUNOS PAÍSES SELECCIONADOS, 2017

País	Tipo ideal de sistemas de salud predominante	Gasto en salud como % del PIB (2016)	Gasto en salud per cápita (2016) en u\$s	Médicos cada 1.000 habitantes (2016)	Esperanza de vida al nacer, años (2017)	Mortalidad infantil (2018)	Razón de mortalidad materna (2015)	% Causas de muerte por ENT (% del total) (2016)	% Causas de muerte por mat./inf. (% del total) (2016)	% Causas de muerte por lesiones (% del total) (2016)	Índice de Capital Humano (escala de 0 a 1) (2017)	Desempleo total* (% de la población activa total) (2019)
Gran Bretaña		9,76	4.178	2,79	81,1	4,3	9	88,8	7,7	3,5	0,78	3,81
Suecia	Universalista (Beveridge)	10,9	5.387	5,39	82,3	2,7	4	89,9	5,2	4,9	0,8	6,83
España		8,9	325,8	4,06	83,3	3	5	91,4	5,1	3,5	0,74	14,7
Alemania		11,13	5.463	4,20	80,9	3,7	6	91,2	4,8	4	0,79	3,19
Francia	Seguridad social (Bismarkiano)	11,5	4.782	3,23	82,5	4	8	87,6	6	6,4	0,76	9,1
Bélgica		10,03	4.668	3,01	81,4	3,7	7	85,7	7,9	6,3	0,76	6,44
Cuba		12,2	2.458	8,19	78,6	5	39	83,7	8,4	7,9	n/d	2,25
Vietnam	Sistema centralizado (Semashko)	5,66	356	0,82	75,2	20,7	54	77,2	11,5	11,3	0,66	1,89
Corea del Norte		n/d	n/d	3,67	71,9	18,2	82	83,6	9,5	7	n/d	3,3
Estados Unidos	Seguros privados	17,1	9.870	2,59	78,5	6,5	14	88,3	5,2	6,6	0,76	3,86
Argentina		7,54	1.531	3,96	76,3	9,9	52	77,6	15,9	6,5	0,61	9,98

* Estimación modelado OIT.

Fuente: Elaboración propia basada en los datos de los Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial. <https://databank.bancomundial.org/source/world-development-indicators> y OMS para tasa de mortalidad infantil y razón de mortalidad materna.

SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

Entender la situación actual del sistema de salud argentino obliga a repasar, al menos a grandes rasgos, las distintas etapas históricas de su evolución.

Seis momentos

Entre las muchas metodologías analíticas que sobre este tema se encuentran en la bibliografía del sanitarismo argentino, hemos escogido la que propone Hugo Arce (2010), y le agregamos dos momentos que, por la fecha de publicación de su trabajo, Arce no llegó a desarrollar.

Como toda clasificación esquemática de procesos evolutivos que se solapan mutuamente, esta es hasta cierto punto arbitraria, pero entendemos que resulta útil a efectos de identificar los aspectos principales de cada etapa.

Esta taxonomía parte de considerar el rol del Estado nacional desde la planificación y la existencia de uno o más centros de regulación y/o toma de decisiones en salud.

Modelo pluralista no regulado. El Estado liberal (antes de 1945)

Con una “fiesta para pocos y pagada por todos”, Argentina celebró los 100 años del grito de libertad en un contexto en el que convivían huelgas y actos de sabotaje llevados adelante por los anarquistas y una oligarquía vernácula que pretendía demostrar al mundo el progreso de la París del Plata (Pigna, 2004). Era un país cuya dirigencia tenía la mirada puesta en Europa, ignoraba la Argentina profunda, y se mostraba conservadora y preocupada por las “ideas disolventes” que traían algunos grupos de inmigrantes.

Pero durante los primeros años del siglo xx, se produjo la transición de un modelo exclusivamente agroexportador hacia una economía mixta con creciente influencia del desarrollo industrial. Fue creciendo, de a poco, el protagonismo de algunos sectores sociales. En 1916, Hipólito Yrigoyen ganó las primeras elecciones en la que se aplicó la Ley Sáenz Peña, de sufragio obligatorio y secreto para todos los ciudadanos varones mayores de 18 años. El radicalismo llegó al gobierno por primera vez después de tres revoluciones, y con él, nuevos actores sociales, las clases medias y los hijos de inmigrantes. Sin embargo, asumían sin poder real, con minoría en el Congreso y con la limitada pretensión de “reparar” sin cambiar el orden de las cosas (Pigna, 2006).

Leyes obreras de Yrigoyen, la semana trágica y la Patagonia rebelde

Yrigoyen impulsó leyes laborales de avanzada para la época tales como el reglamento del trabajador ferroviario y sus jubilaciones, la ley del salario mínimo y de contratos colectivos de trabajo, o el código de trabajo de 1921 que legalizaba el derecho a huelga. Sin embargo estas iniciativas fueron bloqueadas por los conservadores en el parlamento.

Pese a ello, propios y extraños, entre ellos su principal adversario político, Lisandro de la Torre, le reconocieron a Yrigoyen su sensibilidad por las causas de los trabajadores. Pero en la práctica Yrigoyen mostró una actitud pendular: mediación favorable a los trabajadores en la huelga ferroviaria de 1917 y represión contra los obreros de la carne. Quizás la llamada “semana trágica”, que comenzó durante el verano de 1919 con un reclamo por condiciones de salubridad laboral, jornada de ocho horas y salario justo en los talleres metalúrgicos Vasena, fue la más emblemática, pero no la única, mancha negra de esa gestión. Dos años después, también la Patagonia asumía la rebeldía ante la explotación de los trabajadores rurales por parte de los estancieros del sur.

En 1922 concluyó el primer gobierno radical. Yrigoyen dejaba algunos logros, como la reforma universitaria de 1918 y la extensión de la educación, pero sin superar los vicios conservadores del pasado le

traspasó el mando a Marcelo Torcuato de Alvear, un radical fundacional de cuna en la oligarquía ganadera. Las realizaciones en favor de las clases obreras, que lentamente habían emergido en el periodo anterior, se fueron frenando o perdieron ritmo. Cuando Yrigoyen retorna a sus 76 años a la Casa Rosada, en 1928, admite el retroceso operado por Alvear en su discurso inaugural del Parlamento en 1929: “la legislación social es inferior a las exigencias de la sociedad [...] nuestra estructura económica no está suficientemente tutelada [...] las realizaciones en el derecho positivo, en la legislación obrera se han detenido inopinadamente [...] es necesario mejorar la legislación protectora de los que trabajan” (Etchepareborda, 1983: 230).

En septiembre de 1930 Yrigoyen es derrocado por un golpe militar. El general José Félix Uriburu asume la presidencia e inaugura la “década infame”, caracterizada por el “fraude patriótico” y el asesinato de Enzo Bordabehere en el Senado. Son tiempos de medidas económicas dictadas por la oligarquía ganadera, en los que la desocupación, el hambre y la exclusión son fuente de inspiración para que Enrique Santos Discépolo escriba el tango “Cambalache”, que destaca los importantes contrastes sociales y la pérdida de valores humanísticos.

En ese contexto, con una marcada diversidad ideológica producto de las influencias inmigratorias, se gesta una fuerte sindicalización de los trabajadores, especialmente en las zonas urbanas. Ellos son los actores sociales que ingresan en el escenario político durante la siguiente etapa histórica.

Los higienistas, las disputas de poder y las mutuales

Con respecto a la salud, en estos tiempos, el hospital era el lugar para ir a esperar la muerte. La salud, lejos de ser considerada un derecho esencial, se abordaba como una cuestión individual librada a la capacidad económica de cada quien, con un Estado que apenas atinaba a asumir acciones sobre el medio para evitar la propagación de epidemias con elementales medidas de salubridad.

La posibilidad del contagio de enfermedades infecciosas impulsó la expansión del brazo del Estado a través de campañas como la vacu-

nación contra la viruela y del intento para controlar otras epidemias y endemias como la peste bubónica, la malaria y el tifus. Alguna lección habían dejado los brotes de fiebre amarilla, especialmente en Buenos Aires. Campeaban la tuberculosis, el paludismo, el mal de Chagas y altas tasas de mortalidad infantil. El cuidado de ancianos y niños sin familias, en el mejor de los casos, estaba a cargo de instituciones de caridad.

En el campo sanitario, sin embargo, no prevalecía ni el concepto de salud como derecho, ni mucho menos el de Estado como garante y, por tanto, planificador y regulador de los servicios de salud. Aun rescatando ejemplos importantes de funcionarios nacionales preocupados por abordar problemáticas vinculadas con las epidemias y la higiene pública como **Domingo Cabred** y **Pedro Coni**, su capacidad de administración era limitada dado que la mayor parte de los establecimientos públicos estaba en manos de las sociedades de beneficencia.

Solo algunos problemas de salud concitaban la atención de los responsables sanitarios. Uno de estos era, sin dudas, la tuberculosis (TBC). Hacia 1911, la tasa de mortalidad por TBC era de 134 fallecidos cada 100.000 habitantes. María Belén Herrero y Adrián Carbonetti (2013) rescatan un informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de 1936 que da cuenta de los esfuerzos realizados en este sentido y que se iniciaron con la fundación en 1901 de la Liga Argentina contra la Tuberculosis, a instancias del Dr. Pedro Coni. En 1902 se dictaron en la Ciudad de Buenos Aires las primeras ordenanzas relativas a la declaración obligatoria de los casos, la desinfección de habitaciones ocupadas por estos pacientes, la prohibición de ciertos oficios a los enfermos, la de escupir en el suelo, los análisis gratuitos del esputo, etc. En 1904 se construyó el primer establecimiento destinado a tuberculosos en términos clínicos, el Hospital Tornú, con capacidad para 96 enfermos, que llegó a tener 700 camas para ambos sexos en 1936. En 1920 se crearon 5 dispensarios especializados y dos más en 1925. En 1924 se aprobó la construcción de la maternidad para tuberculosas en el Hospital Tornú y después se fundó el Preventorio Roca, para niños de hasta 8 años. La Colonia Marítima de Necochea, más tarde, permitió recibir a 500 niños más. En la lucha contra

la TBC también participaron el Departamento Nacional de Higiene, los dispensarios nacionales, la liga argentina israelita contra el mal, diversas mutualidades y la Sociedad de Beneficencia.

La mortalidad por TBC fue disminuyendo. Los mencionados autores lo adjudican en primer lugar a un aumento de dispositivos de atención médica, especialmente a partir de 1918, cuando, epidemia de “gripe española” mediante, se alcanzó un pico de 175 muertos cada 100.000 habitantes. En segundo lugar, el impacto de la crisis en Argentina fue menor que en los países centrales y las condiciones económicas que desarrolló el país hicieron posible una dieta rica en proteínas, basada en la carne, que podría haber tenido algún tipo de influencia en la disminución del desarrollo de la enfermedad. En tercer lugar, el proceso de “tuberculinización”, por el cual, una vez ingresada la enfermedad en segunda y tercera generación, los sujetos de una población adquieren anticuerpos que actúan contra la enfermedad y evitan su desarrollo (Herrero y Carbonetti, 2013).

En cuanto a la organización del sistema de salud, como lo sugiere Arce (2010), el limitado alcance de los comunistas respecto de la mayor influencia de socialistas y anarquistas en el Río de la Plata –a diferencia de lo que ocurría en Chile– frenó probablemente el desarrollo de la red pública en esta etapa, dejando mayor auge al despliegue de entidades mutuales y de comunidades por fuera de la órbita del Estado.

La primera asociación mutual de nuestro país fue la Sociedad Tipográfica Bonaerense, en 1857, pero fue recién a comienzos del siglo xx cuando empezaron a surgir sociedades de socorros mutuos y se crearon los **hospitales de comunidad** como el Hospital Español, el Británico, el Francés, el Italiano, el Israelita, el Sirio-libanés, entre otros. Hacia 1915 existían en Argentina aproximadamente 1.200 sociedades de socorro, la mayor parte de ellas conducidas por socialistas, pero también otras creadas por la Iglesia católica como intento de neutralizar el avance del socialismo en esta materia. Ya entrada la década de 1940, y principalmente a partir de las iniciativas de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, que estimulaba la creación de sindicatos y el fortalecimiento de los ya existentes, los más fuertes crean sus propias instituciones, como el **Policlínico Ferroviario Central**.

La realidad de este periodo, en consecuencia, es la existencia de una **pluralidad de iniciativas y formas jurídicas**, con presencia de organismos estatales activos, pero en disputa, tales como el Departamento Nacional de Higiene, encargado de la salud pública, y la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, perteneciente al Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, responsable de crear instituciones de salud, tanto en Buenos Aires como en el interior del país, con un plan propio vinculado a internación y atención médica (Di Liscia, 2017).

Ninguna de las dos estructuras lograba influir en la definición de políticas globales y ejercían escasa o nula función regulatoria. La tarea de asistencia, en una sociedad que entendía a la salud como una preocupación que debía ser resuelta por la sociedad civil, quedaba entonces en manos de las mutuales, los propios trabajadores organizados o las organizaciones filantrópicas.

El “bien nacer”

La descripción precedente no obsta de rescatar algunos rasgos que también conformaron en parte el perfil de las políticas sanitarias de este periodo, con algunos claros dignos de mencionar, aunque la historiografía haya intentado ocultarlos.

Uno de estos es el referido a los intentos de instalar acciones tendientes a mejorar la “raza humana” en estas latitudes, acompañando las propuestas del naturalista británico Francis Galton, quien acuñó el término **eugenesia**, o “bien nacer”.

Esta delicada cuestión es digna de ser revisada ya que los intentos de darle entidad como ciencia en Argentina coinciden temporalmente con los gérmenes de experiencias como las que en Alemania desembocaron, durante la Segunda Guerra Mundial, en el Holocausto perpetrado por los nazis. Pero valga esta referencia, además, para advertir que la idea de que es posible perfeccionar biológica y psicológicamente el ser humano vuelve a emerger en forma cíclica (Villela Cortés y Linares Salgado, 2011).

La eugenesia fue inicialmente planteada por Francis Galton en la década de 1860, pero el movimiento eugenésico tuvo alcance casi uni-

versal entre 1910 y 1940 cuando se convirtió en un extendido y complejo programa interdisciplinario en el cual estaban comprometidos importantes sectores de la comunidad científica internacional, tales como la biología, la sociología, la medicina y las tecnologías educativas. También la demografía, las ciencias jurídicas y la criminología se unieron al objetivo de mejorar la especie, apoyándose en mecanismos de selección artificial que ayudaran a la selección natural. Para ello, proponían políticas públicas destinadas a promover la reproducción de determinados individuos o grupos humanos considerados mejores y la inhibición de la reproducción de los considerados inferiores (Palma, 2016).

Las referencias a las medidas eugenésicas suelen distinguir las positivas de las negativas. Las primeras buscaban conservar las características de los mejores exponentes de la especie humana y perseguían el objetivo de contribuir de esa forma a la salud genética de las generaciones futuras, prohibiendo el mestizaje, por ejemplo. La eugenesia negativa propiciaba limitar los derechos reproductivos y en función de ello promovía la eliminación de caracteres indeseables mediante la segregación sexual y racial, restringiendo movimientos migratorios e, incluso, llegando a la esterilización involuntaria.

Héctor Palma sostiene que la eugenesia, en su implementación práctica, “es un caso paradigmático de la biopolítica en sus dos sentidos principales: como una concepción del Estado, la sociedad y la política en términos, conceptos y teorías biológicas, y también como el modo en que el Estado organiza y administra la vida social de los individuos mediante la organización y administración de la vida biológica” (Palma, 2016: 160).

En Argentina hubo iniciativas en favor de la eugenesia entre los años 1916 y 1932. En 1916, el médico Antonio Vidal describió detalladamente el programa de conformación de una sociedad eugénica en Argentina, en el marco del Primer Congreso Nacional de Medicina celebrado en Buenos Aires y presidido por el Dr. Gregorio Aráoz Alfaro.

Aráoz Alfaro, quien ocupó en más de una oportunidad la presidencia del Departamento Nacional de Higiene (1918, 1923-28, 1930-31) y se ocupó de temas como la asistencia a la infancia y la mortalidad infantil, la tuberculosis y el tracoma, fue el primer presidente de la

Sociedad Eugénica Argentina. Años más tarde, en 1930, y luego del derrocamiento de Irigoyen, se constituyó la Sociedad Argentina de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social.

El término “eugenesia” en Argentina, al decir de Vallejo, “quedaba inmerso en una ‘viscosidad’ capaz de integrar profundas diferencias [...] según se pusiera el foco en el control de la moral, la selección del inmigrante, el combate contra ‘los venenos de la raza’, o la apelación a medidas más drásticas de orientación biologicista, hereditarista y mendeliana” (Vallejo, 2018: 22).

Lo cierto es que en torno al concepto de eugenesia, en las primeras tres décadas del siglo xx, se congregaban, no sin ciertas disputas de poder, científicos y educadores que coincidían en ver a la eugenesia como dispositivo ordenador de la sociedad. En función de ese concepto, proponían acciones que incluían medidas de profilaxis, educación sexual, combate al alcoholismo y a las enfermedades venéreas, selección de inmigrantes impedire incluso de impedimento a “la procreación de seres cuyos productos tengan grandes probabilidades de nacer desgraciados o incapaces”, como llegó a sugerir Aráoz Alfaro en una conferencia radial en 1932 (Vallejo, 2018: 25).

Diego Armus sostiene que “la eugenesia se situó en la intersección de la biología y la política y fue, sin duda, una idea de época” (Armus, 2016: 151). No fue una pseudociencia como la frenología,⁷ otra idea de principios del siglo xx que rápidamente se reveló como insostenible, sino el intento de racionalizar el deseo de control y dominio de la población que muchos integrantes de las elites gobernantes entre finales del siglo xix y la primera mitad del siglo xx, entendían como prioritario.

⁷ Frenología: pseudociencia desarrollada por el anatomista vienés Franz Joseph Gall, que pretendía explicar por medio de la inspección minuciosa del cráneo del individuo características tales como su capacidad mental, su carácter y su personalidad.

Para el Estado liberal, la preocupación por la salud no se centraba en curar a la población enferma, salvo algunas excepciones como la mencionada tuberculosis, sino en evitar la propagación de las consecuencias negativas (externalidades negativas) de la enfermedad y en especial de las epidemias. Se trata de un modelo higienista de intervención del Estado más preocupado por "aislar a los enfermos" que por prevenir las enfermedades, o dicho de otra manera, más relacionado con las prácticas autoritarias que con los derechos y la democracia.

Modelo de planificación estatal centralizado. El Estado de bienestar (1945-1955)

En esta etapa, que se inicia a partir de la Revolución de 1943 y se consolida con el periodo democrático que inaugura Juan Domingo Perón en junio de 1946, se produce un cambio fundamental. El excluido pasa de ser un objeto de la caridad, para transformarse en sujeto de derecho. En el mundo, la salud como parte de las políticas sociales empieza a ocupar un espacio de relevancia en las áreas de interés público y en la Argentina, la aparición en escena del Dr. Ramón Carrillo modifica el perfil del sistema de salud.

En 1946 residían en el país poco menos de 16 millones de habitantes, la tasa bruta de mortalidad en el quinquenio 1940-1945 era de 11,3 por 1.000 habitantes y la tasa de mortalidad infantil era de 80 por 1.000 nacidos vivos (Carrillo, 1975). La esperanza de vida era de 61 años (Somoza, 1967), poco menos del doble de la que imperaba hacia 1883. Pese a las acciones emprendidas durante el periodo anterior para abordar el problema de la tuberculosis, hacia 1946 la tasa de mortalidad por esta enfermedad era del 72,6 por cada 100.000 habitantes.

Con la creación de la Secretaría de Salud Pública y del Código Sanitario Nacional, en 1947, la política de salud experimenta una gran transformación, consolidándose las bases del sistema público de prestaciones de salud.

Como recuerda Rodolfo Alzugaray, la política de salud que despliega Carrillo se funda en tres principios enunciados por Perón:

1. Todos los hombres tienen igual derecho a la vida y la sanidad;
2. No puede haber política sanitaria sin política social;
3. De nada sirven las conquistas de la técnica médica, si esta no puede llegar al pueblo por medio de dispositivos adecuados (Alzugaray, 2009).

A partir de esas premisas, Carrillo vuelca en un verdadero cuerpo doctrinario las grandes líneas del pensamiento político sanitario del justicialismo. Es por eso que no puede entenderse a Carrillo sino enmarcado en la gesta social, política y económica que se desencadena a partir del 17 de octubre de 1945. Tampoco puede obviarse en lo referido específicamente al campo de las políticas de salud, la influencia del modelo iniciado por el Sistema Nacional de Salud en el Reino Unido (NHS, por sus siglas en inglés).

El impulso a la infraestructura sanitaria y la creación de institutos

En 1946, el país tenía aproximadamente 66.300 camas hospitalarias, de las cuales 15.425 pertenecían a establecimientos nacionales, es decir solamente 23% (Veronelli y Veronelli Correch, 2004a). Después de la gestión de Carrillo, las camas en mutuales y otras entidades privadas habían reducido su participación proporcional al 13% (Tobar, 2012).

La capacidad inversora del Estado nacional se reflejó con fuerza en el campo sanitario mediante la construcción y el equipamiento de un muy importante número de establecimientos sanitarios. Se construyeron 4.229 establecimientos de salud, entre ellos 35 grandes policlínicos en todo el país y el número de camas creció desde 66.300 en 1946 a 134.218 en 1954. Por primera vez se jerarquizó el sector público y el avance fue de tal despliegue territorial que la autoridad sanitaria nacional, que se transformó en Ministerio de Salud, asumió la hegemonía del sector y prevaleció por sobre las autoridades jurisdiccionales.

Entre 1946 y 1954 se construyeron 234 hospitales, 60 institutos de especialización, 50 centros materno-infantiles, 16 escuelas técnicas,

23 laboratorios y centros de diagnóstico, 9 hogares-escuela y unidades sanitarias en todas las provincias.

El ministerio creó gran cantidad de organismos e institutos para operativizar los planes gestados en el nivel nacional para todo el país sobre la base del principio defendido por Carrillo de **centralización normativa y descentralización administrativa**.

Entre los institutos especializados destacan los de oncología, en varias provincias, lo mismo que los dedicados a la hemoterapia, la nutrición y la medicina preventiva. Varios se localizan en la capital para ser referentes nacionales, como los del Quemado, de Gastroenterología, Medicina Tecnológica, el Bacteriológico, de Rehabilitación del Lisiado, Enfermedades Tropicales y Paludismo, de Óptica y Luminotecnia, entre otros.

La formación de los trabajadores de salud fue priorizada durante la gestión de Ramón Carrillo, para lo cual se creó una dirección de enseñanza técnica e investigación científica.

En una organización cualquiera, su rendimiento depende de la calidad del personal (la organización, el cuerpo social está constituido de hombres). En Salud Pública este problema ocupa un primer plano por la extraordinaria diversidad de profesionales y oficios existentes y necesarios para el correcto funcionamiento de los servicios (Carrillo, 1975).

Carrillo le dedicó mucha energía a la formación de trabajadores de salud, tanto en el aspecto asistencial como para la administración del sistema de salud, y categorizó al personal sanitario de manera de mejorar sus sueldos y diseñar una carrera.

Endemias, epidemias y medicina social

Carrillo pensaba que los planes debían organizarse en torno de tres ámbitos concéntricos pivotando alrededor del hombre, en los cuales se generaban al mismo tiempo la salud y el riesgo de enfermar: el medio psicofísico individual, o microcosmos; el medioambiente físico

y biológico, o mesocosmos; y el medio familiar y social, o macrocosmos, es decir, el ser humano, la naturaleza y la sociedad.

Con esta concepción integral, y siguiendo la doctrina de la medicina social, la expectativa era remodelar el sistema para que pivotara en torno de los centros de salud y dispensarios, con inserción comunitaria y con médicos funcionarios del denominado “ejército de salud”, en contraposición con el anterior modelo del médico francotirador, recluido en un consultorio para ejercer la profesión en forma individual (Arce, 2010).

En esta etapa, como quizás pocas veces antes, hay una fuerte sinergia entre las políticas públicas, ya que estas integran un proyecto de gobierno al servicio de la construcción de un modelo de país.

Los problemas de la medicina, como rama del Estado, no podrán ser resueltos si la política sanitaria no está respaldada por una política social. Del mismo modo que no puede existir una política social sin una economía organizada en beneficio de la mayoría, tampoco puede existir medicina destinada a la protección de la colectividad sin una política social bien sistematizada para evitar el hambre, el pauperismo y la desocupación (Carrillo, 1974: 31).

Carrillo entendió como pocos de su época que la salud estaba condicionada por el lugar que cada uno ocupa en la cadena productiva y que la determinación social era más potente, desde el punto de vista de la salud, que las nuevas técnicas quirúrgicas y los modernos medicamentos que empezaban a descubrirse en la segunda posguerra. Fue el Dr. Ramón Carrillo quien nos enseñó que:

Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causas de enfermedad, son unas pobres causas... por ello, en los futuros libros de patología, tendremos que agregar como causales de enfermedad, además de los agentes biológicos, físicos y químicos que conocemos los médicos, los agentes psicológicos, los agentes sociales, los agentes económicos y los agentes étnicos (Carrillo, 1973: 426).

El padre del sanitarismo nacional estaba convencido de que no se construiría salud para los argentinos solo edificando hospitales fastuosos. Se necesitaban hospitales y dispensarios de salud en todos los rincones del territorio argentino, pero aun así, con eso no alcanzaba. Carrillo sostenía que “el Estado no puede quedar indiferente ante el proceso económico, porque entonces no habrá posibilidad de justicia social, y tampoco puede quedar indiferente ante los problemas de la salud de un pueblo, porque un pueblo de enfermos no es, ni puede ser un pueblo digno” (Carrillo, 1974: 19). Por esa razón también Carrillo dedicó esfuerzos a combatir endemias y epidemias.

El Dr. Carlos Alberto Alvarado, hacia finales de la década de 1960 y después de un recorrido profesional notable, fue pionero con su “plan de salud rural” en Jujuy de lo que años más tarde se terminó consensuando en Alma Ata como la estrategia de la atención primaria de salud.

Alvarado, egresado con diploma de honor de la Universidad de Buenos Aires en 1928, fue becado para estudiar la malaria en Italia, país que era referencia mundial al respecto por haber reducido notablemente la endemia, y porque había desarrollado y monopolizado la producción de quinina, en aquellos años el único medicamento eficaz contra el paludismo. A su regreso, Alvarado fue designado director regional de paludismo, pero también se dedicó a otras enfermedades y a temas sanitarios regionales tales como la profilaxis del bocio endémico, el tracoma, la anquilostomiasis, la tuberculosis y la fiebre amarilla selvática, así como la vigilancia epidemiológica de la peste, el tifus exantemático y la viruela (Pérgola, 2012).

Alvarado sostenía que no alcanzaba con el uso de la quinina para combatir el paludismo, había que eliminar al vector de la enfermedad.

En nuestro caso toda la campaña sigue las estrategias que para cada problema ha delineado el Dr. Alvarado, quien nos dice cosas como la que sigue: “Es costumbre objetivar la epidemiología por una cadena de tres anillos: hombre enfermo-mosquito-hombre sano. Esta cadena puede romperse teóricamente en cualquiera de los tres anillos, pero en la práctica solo es posible abordar con éxito el del medio, el mosquito. De los tres anillos hay dos que ‘son agredidos’ (hombre) y uno que es ‘el agresor’ (mosquito) [...] la acción contra el agresor es más decisiva [...] tienen fundamental importan-

cia el conocimiento del teatro de operaciones y la conducta del agresor, vale decir, la zona de endemia en sus aspectos físicos y demográficos, y los hábitos y costumbres del mosquito transmisor” (Alzugaray, 2009: 100-101).

Alvarado sostenía que el tratamiento de un enfermo de paludismo era un problema clínico, y el de una comunidad palúdica, en cambio, era un problema social. Para combatir el paludismo, Carrillo y Alvarado coincidieron en impulsar una estrategia heterodoxa que contradecía la escuela italiana, que fundaba sus intervenciones en el uso de la quinina y la eliminación de los pantanos, pero que solo consiguió apoyo institucional efectivo cuando el Dr. Ramón Carrillo fue designado como secretario de Salud. Alvarado, acompañado por Carrillo, le presentó la propuesta a Perón y fue tan elocuente que inmediatamente consiguió el aval para lo que llamaba “saneamiento específico” (combatir específicamente al mosquito *anopheles seudo punctipenne* y no al resto).

El uso masivo del dicloro defenil tricloretano (DDT) para el rociado de viviendas se inició en setiembre de 1947 y se prolongó hasta 1949, año en que terminó la campaña. El DDT interrumpe el ciclo del parásito (*plasmodium*) en el mosquito, siendo este efecto más productivo que la muerte misma del mosquito. Cuando se empezó a detectar resistencia al DDT, se lo reemplazó por el hexa cloro ciclohexano (Gamexane®). Los resultados fueron contundentes: en 1941 se habían registrado aproximadamente 122.000 casos de paludismo, y en el mismo mes del año 1955 solo había 240. Nuestro país era el primero en erradicar el paludismo en su territorio.

Planificación, regulación y construcción de soberanía sanitaria

Carrillo, en línea con el pensamiento de Perón, revolucionó el campo de la salud en Argentina, marcó un nuevo rumbo jerarquizando al hospital público como instrumento, e inauguró una etapa con protagonismo estatal en la planificación y la regulación del sistema de salud.

Un ejemplo de esto último es el **Programa Emesta** (Especialidades Medicinales del Estado). Al inicio del gobierno, en 1946, uno

de los conflictos más acuciantes era el encarecimiento brusco de los medicamentos, que los hacía prohibitivos para los sectores más humildes.

Por iniciativa de la entonces Secretaría de Salud Pública conducida por Carrillo, Perón firmó el Decreto 25394/46 que crea Emesta. Dos años después, Carrillo pudo anunciar el lanzamiento al mercado de las especialidades medicinales del Estado. Los productos eran entre 50 y 75% más baratos, y en calidad, iguales o mejores que los importados. Aunque la producción de Emesta no alcanzara para cubrir la demanda, sirvió para superar la crisis y establecer una pauta que devino en regulatoria de ese mercado (Carrillo y Carrillo, 2004).

Crecen la red pública y la seguridad social

Como en casi todos los aspectos de nuestra historia, también en el sanitario, el primer y el segundo gobierno de Perón configuraron un punto de inflexión rotundo en el curso de las políticas públicas. Pero, asimismo, es entonces cuando esta matriz de respuestas fragmentadas se consolida.

Por un lado, se inicia una contundente inclusión social junto con la expansión de los derechos sociales en general y una multiplicación de la oferta pública universal y gratuita de servicios de salud, lo cual aproxima notablemente el sistema al modelo del Estado de bienestar. Por otro lado, se expande la lógica del seguro social enfocado en un grupo de trabajadores formales asalariados que daría lugar más adelante a lo que hoy se conoce como obras sociales.

En esta etapa, si bien persiste la diversificación del sistema y no se coarta la libertad de iniciativas, la tendencia a hegemonizar el sistema mediante el fenomenal incremento de la capacidad instalada pública conducido por Ramón Carrillo y consustanciado con un ideario humanístico, que promovía el acceso equitativo a la salud como derecho, va modelando una organización predominantemente estatal de gran expansión territorial.

Modelo pluralista de regulación descentralizado (1955-1990)

Carrillo dejó el Ministerio de Salud en 1954 y el periodo inaugurado por Perón en 1946 culminó brutalmente con la autodenominada “Revolución Libertadora”, en septiembre de 1955. Con ello se interrumpía más que un proceso democrático, se discontinuaba un proyecto político de corte nacional y popular transformador.

El general Eduardo Lonardi se proclamó presidente el 21 de septiembre, en Córdoba, y recibió los atributos del mando el 23, en Buenos Aires. Pretendió concretar su consigna “ni vencedores ni vencidos”, pero fracasó en el intento. Fue desplazado en noviembre y reemplazado por el general Pedro Eugenio Aramburu.

La CGT realizó una huelga general en apoyo de Lonardi y fue disuelta después del reemplazo del presidente; el Partido Peronista fue proscripto. Se formó una Junta Consultiva en la cual participaron los partidos políticos. El 13 de noviembre se inició un gobierno explícitamente anti-peronista con un objetivo central: ‘Suprimir todos los vestigios de totalitarismo para restablecer el imperio de la moral, de la justicia, del derecho, de la libertad y de la democracia’ (Veronelli y Veronelli Correch, 2004a: 539).

Esa dictadura se encontró con un Ministerio de Salud muy distinto al de una década antes. Habían crecido los números de establecimientos, de camas, de reparticiones y de empleados. El panorama era complejo y se tomaron dos decisiones: descentralizar y pedir ayuda internacional.

Se definió iniciar un proceso de **descentralización**, para “afianzar el federalismo”. Desde ese momento hasta 1983, cada gobierno militar que asumía pasaba hospitales de la órbita nacional a la provincial y cada gobierno civil hizo lo contrario, hasta que Aldo Neri quebró esa tradición, completándose la transferencia a las provincias durante la gestión de Carlos Menem, como mencionaremos más adelante.

Al mismo tiempo, el ministro de Salud, el Dr. Francisco Martínez, y el subsecretario de Asistencia Social y Salud Pública, el Dr. Fran-

cisco Elizalde, activaron el pedido de colaboración internacional, que Carrillo había iniciado dos años antes, expresando el propósito de “perfeccionar la organización de los servicios de Salud Pública y Bienestar Social del país [...]” para lo cual manifestaban su interés “en llevar a efecto un estudio total del problema que abarque las situaciones en el orden nacional, provincial y municipal” (Veronelli y Testa, 2002).

El primero de los informes presentados por la comisión de expertos fue el de Odair Pedroso (profesor de Administración Hospitalaria de la Escuela de San Pablo), fechado en 1956. Refleja con exactitud el eje conceptual de la propuesta sugerida para Argentina:

La Comisión está de acuerdo con el deseo expresado por el Gobierno de la Nación de transferir a las provincias y municipios las actividades de salud pública que son de carácter exclusivamente federal y de estimular la iniciativa privada de asumir cada vez más un papel importante en estos problemas (Veronelli y Testa, 2002: 83).⁸

CENTRO DE INTEGRACIÓN
COMUNICACIÓN, CULTURA Y SOCIEDAD

Como se mencionó, uno de los cambios que se concretaron es esta etapa fue la delegación progresiva de competencias desde el Estado nacional a las provincias. Mario Rovere destaca:

El furor por desmontar la estructura nacional no se detuvo ni siquiera por la grave epidemia de poliomielitis que como toda crisis podría haber creado condiciones para el fortalecimiento del “sistema” y que probablemente retrasó el desmontaje programado (Rovere, 2004: 3).

En efecto, en 1956 la poliomielitis, enfermedad cuyo carácter endémico venía cambiando a epidémico desde hacía varias décadas, produjo su mayor brote en la historia del país. Se registraron casi

⁸ Los resaltados son nuestros.

6.500 casos y su impacto llegó a reflejarse en las tasas de mortalidad general y de mortalidad infantil de 1957.

En forma concomitante, se verificó durante este periodo el crecimiento de entidades no estatales (sindicales, mutuales, prepagas) que pasaron a controlar distintos segmentos de las relaciones contractuales entre usuarios, prestadores y financiadores. Esa combinación generó un modelo que retomaba el **perfil plural**, por un lado, pero que caracterizaba esta etapa por **descentralizar la función regulatoria**, perdiendo el Estado esa capacidad de modulador del sistema.

Durante la primera fase de este periodo, en consonancia con las tendencias sugeridas para América latina, el desarrollismo entró en escena y, tal como refiere Tobar (2012), el rol distribucionista del Estado fue reemplazado por el de garante de la acumulación de capital.

El sector salud sufrió el impacto de las políticas de austeridad fiscal. Los intentos por disminuir el gasto del Estado nacional condujeron a propuestas de racionalización del sector público, que en la práctica se tradujeron en la paralización del crecimiento de su capacidad instalada e incluso en el deterioro de la existente. Las propuestas de descentralización y desburocratización concluyeron con el traslado de la administración de la red hospitalaria nacional bajo la responsabilidad de los estados provinciales. Esa “política de transferencia” que impactó de manera diferenciada en los servicios, según capacidad de gasto y de gestión de los respectivos gobiernos provinciales, profundizó las carencias de una red de servicios que aún no terminaba de consolidarse en el momento del golpe de Estado de 1955.

No obstante, la contracción de la actividad social del Estado no involucró un “achicamiento”, ni una privatización. Por el contrario, los organismos estatales se expandieron, cubriendo nuevos ámbitos de intervención. Comenzó a desarrollarse en su interior una capa tecno-burocrática vinculada con el sector empresario nacional e internacional, y directamente comprometida en tareas de planificación del desarrollo a partir del estímulo a la iniciativa privada. El discurso modernizante y eficientista ponía el acento en la distribución racional de recursos por definición insuficientes (Belmartino y Bloch, 1994).

Desde el punto de vista de las políticas de salud, el paradigma que preconizaba la transición desde el modelo clínico individual a uno

de base epidemiológica, y por ello colectiva, estaba directamente relacionado con un sistema de atención basado en servicios públicos planificados desde el Estado.

Ese es el modelo que quedó trunco en 1955, asumiéndose otro, basado en el objetivo de proveer a toda la población atención médica accesible, integral, integrada y oportuna. El paradigma propuesto en esta etapa se fundaba en la idea de que se podía acceder a todos los servicios de salud y niveles de complejidad entrando por distintas puertas. Esta es la base conceptual de un sistema plural, opuesta a la de un sistema único estatal.

Sin embargo, durante esta etapa signada por la fragmentación y la regulación descentralizada no se logró garantizar los principios de Alma Ata. Se mostró incapacidad para integrar los recursos disponibles en forma efectiva y el sistema entró en crisis de la mano de la hiperinflación de 1989.

Sin dudas, las obras sociales se constituyeron en actores centrales de esta fase, ya que determinaron en gran medida el accionar de otros actores del sector. En efecto, se trata de un proceso que se inició en el periodo anterior, durante el cual los trabajadores, a través de sus organizaciones sindicales, decidieron asumir el desarrollo de estructuras sociales que dieran respuestas a la problemática de la salud y sus determinantes. Eso en el contexto de un país que se industrializaba de la mano de un movimiento político no clasista que contaba con el movimiento obrero como su columna fundamental. Los trabajadores entendían que, en cuanto clase social, habían acumulado el suficiente poder para constituirse en artífices de la resolución de sus problemas de salud y participar activamente en satisfacer sus necesidades –actores sociales para algunos autores, sujetos sociales para otros–, en concordancia con el desarrollo de una concepción de Estado que comenzaba a bregar por el bienestar de sus ciudadanos y, si se quiere, desde una mirada de la economía de la época, en la preservación de la fuerza del trabajo y de su familia.

En ese marco de desarrollo del Estado como responsable de la satisfacción de los derechos esenciales de sus ciudadanos, y con el crecimiento de las estructuras del Estado para satisfacer esas demandas, los trabajadores decidieron –como colectivo de clase– crear y

conducir sus propias organizaciones sociales en forma voluntaria y de acuerdo con su agrupación por rama de actividad o lugar de trabajo.

Así nació el seguro de salud en la Argentina, por decisión de los trabajadores, por fuera de las estructuras del Estado, con aportes desde el salario, en forma voluntaria, por rama de actividad y con criterios de equidad y solidaridad. De esta forma, los mejores salarios colaboraban con los “compañeros” de menores ingresos aportando para un fondo solidario administrado por los trabajadores a través de sus propias organizaciones.

Por lo tanto, trabajadores y sindicatos aparecían amalgamados en una unidad conceptual, operativa, organizacional, con el consecuente desarrollo de instituciones que se consolidaban en el objetivo del bien de clase, las obras sociales (OS) (Leone, 2011).

Estas organizaciones crecieron en capacidad financiera y operativa, incrementaron el número de afiliados y comenzaron a orientar sus inversiones en la generación de servicios de salud propios, turismo social, hotelería, proveeduría. Pero el gran impacto financiero se concentró en la contratación de prestaciones médicas asistenciales a terceros proveedores.

La evolución del modelo prestador de servicios médicos en la Argentina muestra que a través del financiamiento de la seguridad social médica se produce el gran desarrollo del sector privado en salud. La demanda concentrada en los beneficiarios de las obras sociales orienta la oferta de servicios de atención médica, que se organiza a través de corporaciones de profesionales de la salud, sanatoriales, farmacéuticas y de producción de insumos médicos y medicamentos, todo lo cual conforma el mercado de la medicina de lucro o comercial.

A fines de la década de 1960 y principios de la de 1970, los binomios militar-corporaciones y corporaciones-gerenciadores comenzaron a tener fuerte injerencia en el desarrollo del modelo. En el marco del Estado autoritario, durante la dictadura militar del periodo 1966-1973 (Onganía), se estableció la necesidad de regular las obras sociales a partir de la promulgación de la Ley N° 18610, que definía la obligatoriedad del aporte de los trabajadores y de las contribuciones de los empleadores, lo que inició la etapa impositiva y regulatoria de la seguridad social. Esa fue una norma legal promulgada por decisión exclusiva de los militares apropiadores de la conducción del Estado,

con el apoyo (la complicidad) de corporaciones-gerenciadores que se aseguraban el financiamiento y la cautividad de la demanda.

Corresponde mencionar que no se llegó con una postura unificada del movimiento obrero a ese acuerdo entre militares y sindicalistas. En efecto, después de la caída de Perón se sucedieron los gobiernos de facto y democráticos y hacia mediados de la década de 1960, bajo el gobierno de Juan Carlos Onganía, el movimiento obrero se debatía entre dos posturas bien distintas. Un sector decidió resistir la dictadura y, con el liderazgo del gráfico Raimundo Ongaro, formó la CGT de los Argentinos. Otro grupo de sindicatos, bajo la conducción de Augusto Timoteo Vandor, dirigente de Unión Obrera Metalúrgica (UOM), intentó su propio juego. En ese contexto se promulgó la Ley de Obras Sociales que devolvía a los sindicatos una parte importante del manejo del sistema de salud. La resistencia sindical se expresó con levantamientos populares, entre ellos “el Cordobazo”. Finalmente, el poder militar habilitó una nueva apertura democrática y el peronismo volvió al poder, en 1973 (Medina y Narodowski, 2015). Sin embargo, poco se modificó en lo referido al manejo de las obras sociales.

Durante este periodo, los sistemas de salud y su consolidación estuvieron atravesados por las discusiones políticas que se vivían en nuestro país, dando lugar a diferentes momentos del modelo pluralista de planificación descentralizada.

Con la aprobación en 1970 de la Ley N° 18610 de Obras Sociales, se institucionalizó un modelo en el que el sector de las obras sociales gestionaba sus propios espacios y estrategias de atención de la salud de sus afiliados, lo cual favoreció la contratación de servicios de salud en el sector privado de la medicina, dejando los destinos de la salud pública librados a los mandatos de austeridad fiscal que se pregonaron durante la época.

Segundo intento en favor de avanzar hacia un sistema universal

Recuerda Francisco Leone en el artículo ya referenciado que “durante el corto período del gobierno democrático del 1973 a 1976 merece destacarse que se aprobó por parte del Congreso de la Nación, la ley del **Sistema Nacional Integrado de Salud** (SNIS), que instaló el

debate sobre la organización integrada de los subsectores con la conducción del Estado con fuerte orientación hacia el subsector público” (Leone, 2011).

El SNIS, como iniciativa en favor de integrar el sistema el sistema de salud, fue especialmente resistido por las corporaciones médicas y de prestadores privados. También hubo oposición de las organizaciones de trabajadores. Logró implantarse por poco tiempo en algunas provincias como Chaco, Formosa, La Rioja, San Luis. Río Negro y La Pampa fueron dos provincias que acompañaron el proyecto, desplegando su propio plan de salud con una orientación similar.

En 1973, el Dr. Alberto Dal Bó fue designado interventor del Consejo Provincial de Salud y acompañó la gestión del ministro de Asuntos Sociales, Alberto Pawly.

Dal Bó y Julio Genoud, como director general de Salud Pública, lograron que en 1973 se aprobara la Ley N° 898 de Salud de Río Negro, el régimen de dedicación exclusiva para profesionales y el presupuesto adecuado para desplegar el Plan de Salud en esa provincia. Hacia abril de 1974, el Consejo Provincial de Salud Pública recordaba que “un objetivo fundamental del ‘Plan Trienal de Salud’ era asegurar la accesibilidad de la población a una medicina moderna, humanizada y gratuita” (Dal Bó, 2008: 117).

La incorporación de 100 médicos de dedicación exclusiva, en una provincia que entonces contaba con 400 en total, permitió cambiar bruscamente la oferta sanitaria a través de ampliar horarios y mejorar el acceso. Lo que se percibió como una mejora fue interpretado como una catástrofe por parte de la corporación médica que en la dedicación exclusiva advertía una seria amenaza, como también lo sostiene Rovere: “La resistencia de las corporaciones profesionales concentra reclamos a nivel nacional en una cuota de participación en el sistema. Sin embargo, a nivel provincial muchas animadversiones se concentran en el régimen de dedicación exclusiva de los profesionales del sistema presionando a través del control y en la obligatoriedad de su colegiación” (Rovere, 2015: 6).

Durante todo el año 1974 en Río Negro, mientras el plan de salud se consolidaba, mejorando el acceso al derecho a la salud, creció una campaña de desprestigio propiciada por la Federación Médica.

La campaña de hostigamiento contra el plan de salud se dirigía directamente a los médicos de dedicación exclusiva, efectores imprescindibles a través de quienes se materializaban los servicios finales que llegaban a la población [...] llegaron las amenazas de muerte [...] allanaron viviendas de varios profesionales en Bariloche, y por último colocaron bombas a médicos del plan (Dal Bó, 2008: 122).

La renuncia masiva de los médicos de dedicación exclusiva obligó a la renuncia de Dal Bó y Genoud, que fue aceptada por el gobernador, cerrando una valiosa página y con ella clausurando el plan de salud de Río Negro y la expresión local del SNIS.

El SNIS también fue resistido por sectores sindicales que, a diferencia de lo que quizás suponía el ideólogo del proyecto, el Dr. Domingo Liotta, no aceptaron pasivamente esta idea de que la Ley N° 20748 mediante la cual se aprobó el SNIS exceptuaba a las obras sociales sindicales de integrar el sistema, al igual que las de fuerzas armadas, seguridad y universidades.

Aquí la dirigencia sindical sostiene la necesidad de preservar el modelo de atención médica a través del mercado (contratación con terceros del sector privado), en contraposición con los sectores de la medicina sanitaria que plantean a la medicina pública y al Estado como garante y articulador del sistema de salud. Los binomios sindicalistas-trabajadores y corporaciones-gerenciadores ejercían una intensa oposición a la ley, lo que significaría su ulterior fracaso a partir de la no adhesión de las provincias a la misma (Leone, 2011: 71-72).

Con escasas provincias adherentes, el SNIS terminó de naufragar con el golpe de Estado del 24 de marzo de 1976, poniéndose punto final al segundo intento de integración del sistema de salud argentino.

Durante la última dictadura cívico-militar del periodo 1976-1983 se sancionó en 1980 la Ley N° 22.269, que regula las obras sociales en reemplazo de la Ley N° 18.610. Es en esta etapa cuando los binomios militar-corporaciones y en especial empresarios-empresas, con fuerte perfil transnacional, comenzaron a tener mayor incidencia en las políticas del Estado autoritario-dictatorial. La norma fortalecía los

mecanismos de control pero se destacaba en su articulado la posibilidad de la libre elección de la obra social por los beneficiarios, con el consecuente traspaso de los aportes y contribuciones a la OS elegida. Se abrió así el capítulo de la desregulación de la seguridad social, que se terminó de escribir en el siguiente momento que en este capítulo se describe.

Florencia Cendali y Luciana Pozo (2008) señalan que “El período comprendido entre 1977-1990 se caracteriza por la crisis del modelo pluralista de planificación descentralizada (Katz, Arce y Muñoz, 1993). Se privilegian las tecnologías de diagnóstico y tratamiento por sobre el enfoque clínico; en este sentido, se puede afirmar que el modelo de prestación se orienta hacia el tratamiento de la enfermedad y los servicios de alta complejidad”.

Las autoras destacan que durante esos años los hospitales dejaron de ser los únicos portadores de tecnología de diagnóstico, debido en gran parte a la falta de una dirección clara en torno a los destinos de las políticas sanitarias, sumado a un persistente ajuste y una relegación de las políticas públicas de salud en las discusiones de las prioridades de la agenda pública (Cendali y Pozo, 2008).

Si bien Argentina adhirió en el año 1978 a los tratados de Alma Ata, que priorizaban un enfoque de Atención Primaria de Salud (APS), en los hechos poco se hizo desde el sector público en coordinación con las obras sociales y el sector privado para desarrollar estrategias de salud públicas basadas en la APS.

Último intento de integrar el sistema de salud argentino

Con la recuperación de la democracia, y siendo Aldo Neri ministro de Salud y Bienestar Social, surgió un nuevo proyecto que intentó integrar el sistema a través de un Seguro Nacional de Salud (SNS) –tercer intento de sistema nacional integrado de salud, después de Carrillo y el SNIS– por medio de la **unificación financiera del sistema**, admitiendo en su interior una **oferta plural de servicios de atención médica**. Por otra parte, se propuso universalizar la cobertura del seguro de salud complementando los aportes y contribuciones con fondos públicos.

[...] encontró una férrea oposición del sindicalismo, que lo veía como un intento de subordinarlo al proyecto político del gobierno radical. El proyecto reivindicaba el rol del Estado como conductor de la política de salud, planteaba el fortalecimiento del sector público como prestador y su incorporación a un sistema donde la ejecución de las actividades ligadas a la atención era tarea compartida junto con el sector privado y los establecimientos existentes de las obras sociales (González García y Tobar, 1997: 142).

Las expectativas técnicas en torno de la sanción de la Ley del Seguro Nacional de Salud no se condecían con la viabilidad política y el proyecto encontró muchos obstáculos para ser aprobado. El impulso integrador que proponía se fue diluyendo y finalmente se perdió en las leyes sancionadas en una maratónica sesión parlamentaria de fin de año, el 29 de diciembre de 1988 (Ley N° 23660 de Obras Sociales y Ley N° 23661 de creación del Sistema Nacional del Seguro de Salud). Estas, aunque asumieron algunas pautas regulatorias del sistema, solo dejaron como puente para una eventual integración la posibilidad de que los fondos de aportes y contribuciones fuesen complementados con recursos del Tesoro nacional para avanzar hacia la universalidad del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Sin embargo, esto último nunca fue instrumentado. Una vez más, Argentina no lograba construir las bases de un sistema único de salud.

El SNIS y el SNS intentaron una reforma integral y de integración efectiva del sistema de salud argentino, en el contexto de un sistema que progresivamente se había descentralizado y fragmentado, y en el que aparecieron nuevos actores –como los seguros privados– que ostentaron un peso creciente y complejizaron más el campo sanitario argentino.

Modelo pluralista de competencia regulada. El Estado neoliberal (1990-2003)

Con la dictadura cívico-militar iniciada en 1976 se instala en Argentina un modelo de Estado burocrático y autoritario que reniega del rol del Estado como rector y como garante de los derechos. Este proceso de reducir el Estado a su mínima expresión, luego de un breve interregno durante la primera etapa del gobierno de Raúl Alfonsín, termina de consolidarse durante la “década menemista” (1989-1999). Con el pleno despliegue del modelo neoliberal se asume la salud como un bien de mercado.

La salud como mercancía deja de ser un bien tutelar, cuya producción, circulación y distribución requiere una activa participación del Estado, y pasa a ser un bien de consumo. La receta que se extiende a las políticas públicas busca mercantilizar al máximo posible la provisión de bienes y servicios de salud.

Entre las orientaciones del paradigma neoliberal se destacan aquellas cuestiones vinculadas al mercado como ente que asigna recursos, el individuo por sobre el colectivo, la libertad de mercados y la diferenciación y selección de individuos.

En este marco se produce una **profunda transformación del Estado, que pretende la desaparición del Estado de bienestar y una tendencia a la conformación del Estado subsidiario**, donde se prioriza la transferencia al mercado de las actividades que habitualmente eran asignadas al sector público –en especial los servicios y, sobre todo, aquellas con alto rédito económico–.

Esto requiere instaurar flujos estables de financiación pero con una mínima intervención del Estado. Las acciones que involucra el arsenal neoliberal en salud son las siguientes.

- a) **Fragmentar el sistema.** La primera medida significativa del gobierno militar, en este contexto, es la eliminación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) –segundo intento serio de construir un sistema nacional de salud– a través de la Ley N° 21.902, en noviembre de 1978. A partir de entonces se destruye cualquier puente entre la financiación, el modelo de atención o la gestión de los subsectores público y del seguro social.

- b) **Descentralizar los servicios.** Después de 1976 muchos establecimientos hospitalarios nacionales pasan al ámbito provincia o municipal. Durante la década de 1990 se ahonda el proceso de descentralización de la salud. Esta figura de la “devolución” de los servicios, porque en rigor la salud no es una competencia delegada por las provincias al gobierno nacional, no es un principio exclusivo del neoliberalismo. Sin embargo, sí lo es cuando se concreta sin la correspondiente transferencia de los recursos a las jurisdicciones que pasan a asumir la responsabilidad de financiar los servicios.
- c) **Fortalecer el sector privado.** En particular por *default*, esto significa reducir la financiación de los servicios públicos de salud y afectar, por tanto, su capacidad de respuesta.
- d) **Enfocar la provisión pública.** El principal cambio que se da en esta época es en la concepción de la prestación de la salud: anteriormente se consideraba que el hospital público debía proveer salud en forma universalista, mientras que a partir de ese momento se dirige exclusivamente a la población de recursos más bajos y sin otra cobertura.
- e) **Emprender el “descrème” de las obras sociales.** Se deroga la Ley N° 22269 (de 1980) que, a su vez, había derogado la Ley N° 18610 (de 1970), ambas dictadas en el marco de gobiernos de facto. La nueva ley, sancionada en 1988, es la N° 23660 que establece el sistema vigente para las obras sociales. Además, mediante la Ley N° 23661 se crea la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL).

En 1993 se dicta el Decreto N° 09/93 de reglamentación de las leyes N° 23660 y N° 23661 y, más tarde, el Decreto N° 576/93, que define los alcances del anterior e incorpora al régimen de la seguridad social el derecho a la **libre elección de las obras sociales**. Estas normas establecen la posibilidad de que los beneficiarios de una obra social sindical decidan elegir a otra obra social para atenderse, ya que eliminan la obligatoriedad de aportar y atenderse en la organización de salud correspondiente al sector, a la rama o actividad laboral en que se desempeña (Verdejo, 1998).

Se alienta así la migración de poblaciones de obras sociales a empresas de medicina prepagas comerciales (seguros privados), que

se llevan en especial los afiliados de más altos ingresos y generan lo que se da en llamar el “descrime”, que rompe con el mecanismo solidario, base esencial de la seguridad social.

Ese es de alguna manera el corolario de una historia que había comenzado dos décadas antes con la creación de OSDE, en 1972, cuando al dictarse la Ley N° 18610 que establecía el régimen de obras sociales se permitió la creación de entidades mutuales para el personal jerárquico de las empresas, retrayendo de los aportes los salarios más altos de la rama de actividad. Desde entonces, OSDE comenzó a brindar cobertura médica para el personal jerárquico de compañías, profesionales independientes y empresarios autónomos a través del sistema nacional de obras sociales (Arce, 2010). El proceso se acelera durante la última dictadura cívico-militar, y termina de cristalizarse con la desregulación de las obras sociales a instancias de la propuesta del entonces ministro Alberto Mazza.

Se produce una marcada segmentación y estratificación del mercado con una creciente diferenciación de productos para atraer la elección de los beneficiarios de OS. Se instala en la seguridad social en salud un mecanismo de selección adversa de poblaciones bajo cobertura, similar a la que realiza el mercado en los seguros privados de salud al preferir poblaciones jóvenes, sin patologías previas y con salarios superiores a la media nacional.

- f) **Arancelar los servicios públicos.** En el contexto autoritario que sofocaba reclamos sociales fue posible incorporar otro dispositivo alineado con la idea de la salud y otros servicios como bienes de mercado: el arancelamiento de los servicios públicos de salud. Con la recuperación de la democracia, esta medida fue revertida de forma lenta y desaparece en las diferentes jurisdicciones.
- g) **Priorizar un aborgaje tecnocrático.** Tanto el funcionamiento de los servicios como la construcción de las políticas sanitarias se limita a una cuestión técnica, de especialistas. No hay espacios de participación, ni de los trabajadores ni de la comunidad. Al mismo tiempo se incorporan al discurso oficial principios modernizadores como la jerarquización de la red sanitaria, y también se esboza el desarrollo de redes y de sistemas locales. Aunque, en la práctica, esto no ocurre y lo que se opera es una descentralización de los

hospitales que transfiere el conflicto a la esfera provincial ya que se libera al presupuesto fiscal de toda responsabilidad por la salud de la población, incluso del sostenimiento del hospital público, al que se le otorga la posibilidad de financiamiento mediante el arancelamiento y la contratación con las obras sociales.

Como resultado de una dinámica política sectorial en la que ninguno amplió su mirada lo suficiente como para dar lugar a acciones empáticas con los demás actores, gran parte de los componentes del modelo neoliberal permanecen aún hoy incólumes en la organización de los servicios de salud en Argentina.

a) En primer lugar, el país ha asistido a **un crecimiento progresivo de la oferta de servicios privados de salud**. Como ya se mencionó, al asumir Carrillo en 1946 las camas de establecimientos públicos representaban el 23% del total. Esa situación se revirtió, por franca expansión del sector público y las privadas solo eran para 1954 el 13% del total. En el 2000, alrededor de 60% de los hospitales eran privados, 38% públicos y el resto pertenecía a las obras sociales. La mayoría de los hospitales públicos eran provinciales y solo una mínima proporción (1,8%) eran hospitales nacionales. Los establecimientos con internación contaban con 153.065 camas, de las cuales 53% pertenecían al sector público, 44% al sector privado y el restante 3% al sector de las obras sociales (Belló y Becerril-Montekio, 2011).

Esa tendencia se siguió incrementando. El Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES) informó que Argentina contaba en 2018 con 166.082 camas totales de internación, instaladas en 5.342 establecimientos con internación, de los cuales 1.553 (29%) son públicos (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019).

b) En segundo lugar, **creció de forma sostenida y estimulada por el Estado la cobertura de la medicina prepaga**. Aunque se registra existencia de empresas de medicina prepaga desde mitad del siglo xx, las mismas sólo adquieren vigor durante los últimos 20 años, como se verá más adelante.

- c) En tercer lugar, **la regulación de la medicina prepaga reafirma la noción de la salud como una mercancía**. La medicina prepaga continuó funcionando sin regulación específica hasta 2011, cuando se promulgó la Ley N° 26682 que provee el marco regulatorio para esta actividad. Pero a diferencia de los criterios adoptados en otros países, la ley omite cualquier criterio sanitario y se limita a proteger los derechos del consumidor.
- d) **Perduran acciones que fragmentan al sistema**. Con la creación del Hospital Público de Autogestión, luego rebautizado como Hospital Público de Gestión Descentralizada, surgía una nueva posibilidad de avanzar en la coordinación entre el sector público y las obras sociales. El Decreto N° 578 de 1993 instituye la figura de la recuperación de costos, o cobro a los seguros de salud, por las prestaciones brindadas a sus afiliados. Esto permitiría reducir los subsidios cruzados entre el sector público y las obras sociales y generaría recursos genuinos para estimular la recuperación de los servicios públicos. Sin embargo, en el contexto de la crisis económica del 2001 y 2002 se resolvió congelar los valores del nomenclador de prestaciones utilizado para valorar los montos a ser restituidos. En un contexto inflacionario, esto significó (y aún lo hace) la anulación de la política. Por otra parte, el fomento de un modelo financiador basado en la demanda genera necesariamente distorsiones al interior de un sistema que tiene peculiaridades, especialmente en las zonas menos pobladas donde se requiere sostener el subsidio a la oferta.

El plan de ajuste, propio del dogma neoliberal, se centra en el pago de la deuda externa y entre sus características se puede destacar las que siguen:

- el salario pasa de ser un componente de la demanda interna a transformarse en un componente del costo de bienes y servicios,
- la reducción del déficit fiscal por privatizaciones y transferencias a provincias,
- los nuevos pactos nación-provincias y la presión tributaria regresiva,
- el aumento de las actividades de servicios por sobre la producción de bienes,

- el predominio de la nación en la percepción de impuestos,
- el aumento de trabajadores estatales en provincias como paliativo a las crisis regionales, y
- las provincias y los municipios asumen el mayor gasto social.

Las consecuencias observadas impactan de lleno en la salud colectiva en tanto crecen el desempleo, el subempleo y la precarización laboral, el deterioro progresivo del salario, y el incremento de la pobreza estructural y de los pauperizados.

La reforma sanitaria se basa en conceptos difundidos por organismos internacionales, entre los cuales se destacan los vertidos en 1993 en la publicación *Invertir en Salud*, del Banco Mundial (BM), donde se explicita el triple enfoque para políticas públicas:

- a) Asegurar el aumento de los ingresos de los pobres y de las inversiones en educación,
- b) Reorientar el gasto público en salud hacia programas de alta eficacia (focalización),
- c) Facilitar mayor diversidad y competencia en el financiamiento y la prestación de servicios de salud, con la incorporación del financiamiento privado y el fortalecimiento de los mercados de seguros privados.

Entre las recomendaciones para mejorar el gasto público en salud se destacan: reducción del gasto público en centros asistenciales de nivel terciario; formación de especialistas y servicios de escasa eficacia en función de costos; financiamiento y garantía de adopción de un conjunto de medidas de salud pública (externalidades); financiamiento y garantía de prestación de un conjunto de servicios clínicos esenciales (canastas mínimas), y mejora de la gestión de los servicios de salud estatales.

Recuperación del rol rector del Estado (2002-2015)

Si bien muchos de los rasgos que se cristalizaron en el periodo anterior perduran hasta la actualidad, la crisis económico-institucional que vivió la Argentina, y que culmina con la renuncia del presidente de la nación en diciembre de 2001, dio lugar a un nuevo escenario que posibilitó cambios en el sector salud.

En efecto, la crisis del 2001 también golpeó a la salud y abrió un nuevo capítulo de la historia de los argentinos que intentó progresivamente, no sin dificultades y con algunas contradicciones, volver a enarbolar las banderas históricas del movimiento nacional y popular vernáculo.

Durante esta etapa, cuatro ministros ocuparon la cartera de salud: Ginés González García, Graciela Ocaña, Juan Luis Manzur y Daniel Gollán.

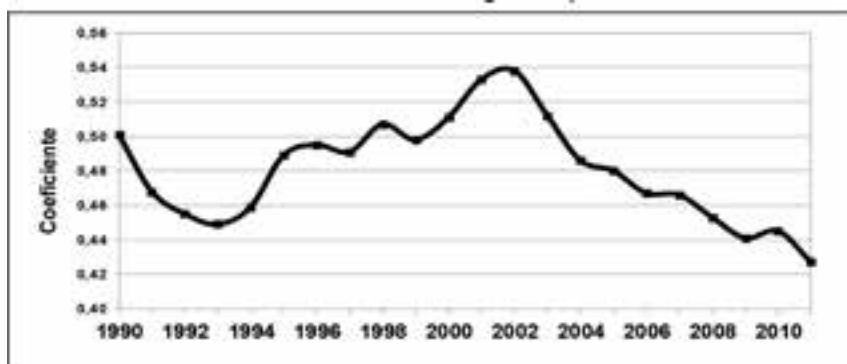
Por la relevancia de las respectivas gestiones se destacan las aristas salientes de tres de ellos.

Ginés González García (2002-2007)

Ginés González García asumió el Ministerio de Salud de la Nación (MSN) –entonces Ministerio de Salud y Ambiente– en plena crisis institucional, en el marco de un gobierno de transición (Eduardo Duhalde). Siguió a cargo después, con Néstor Kirchner.

En una Argentina con altas tasas de desempleo y pobreza consecuente, la prioridad del gobierno estuvo centrada en operar sobre los grandes determinantes para incrementar calidad de vida, esto es trabajo e inclusión. De esta forma, si bien se trató de intervenciones ajenas al sector, desde la perspectiva de la salud colectiva se rescatan por su fuerte impacto positivo.

FIGURA 5. EVOLUCIÓN DEL COEFICIENTE DE GINI EN ARGENTINA, 1990-2011



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

El coeficiente de Gini es un conocido índice que mide la desigualdad de una distribución y en economía es utilizado para medir la distribución del ingreso. Este coeficiente es un número entre 0 y 1. Si fuese 0, estaríamos ante una perfecta igualdad, es decir que todas las personas reciben el mismo ingreso: dicho de otra manera, si el 20% de la población recibe el 20% de los ingresos, el 40% de la población el 40% de los ingresos, etc. El extremo opuesto es cuando el coeficiente da 1: en este caso habría desigualdad absoluta, el 100% del ingreso concentrado en una sola persona. Conclusión: cuanto más cercano a 0 sea el índice de Gini, menor será la desigualdad y viceversa. Obviamente estos dos son casos extremos que nunca vemos en la realidad.

Para ilustrar lo dicho, se muestra en la Figura 5 la evolución de este indicador que exhibe un ascenso desde 1992 hasta 2002 y la reducción progresiva a partir de mayo de 2002.

La recuperación del Ministerio de Salud de la Nación como rector del sistema fue un objetivo explícito de la gestión iniciada por Ginés González García. En esa línea se inscribe el resurgimiento del Consejo Federal de Salud (Cofesa)⁹ como instancia de debate, discusión y decisión.

La estructura federal de nuestro país, la delegación a las provincias del financiamiento de la estructura sanitaria, la existencia de tres subsectores escasamente interconectados y la baja capacidad de rectoría del Ministerio de Salud de la Nación favorecían la desarticulación del sistema de salud y en especial de la estrategia de la APS. Todo ello generaba una ausencia de políticas nacionales centradas en objetivos comunes.

9 Cofesa: de acuerdo con el Decreto Ley N° 22.373 (1981), las funciones del Cofesa son: a) apreciar los problemas de salud comunes a todo el país, los de cada provincia y de cada región en particular; b) determinar las causas de tales problemas; c) analizar las acciones desarrolladas y revisar las concepciones a que respondieran para establecer la conveniencia de ratificarlas o de modificarlas; d) especificar postulados básicos, capaces de caracterizar una política estable de alcance nacional y recomendar cursos de acción aconsejables para su instrumentación; y e) compatibilizar en el ámbito global las tareas inherentes a la diagramación y ejecución de los programas asistidos, conducidos por la autoridad sanitaria nacional y la de cada jurisdicción, a fin de lograr coincidencias en los criterios operativos, en la aplicación de los recursos disponibles y en la selección de los métodos de evaluación, estimulando la regionalización y/o zonificación de los servicios.

El Cofesa, que reúne a los responsables del sector salud de cada jurisdicción, sirvió a los fines de intentar esa articulación perdida. Así hacia finales de 2002, el Cofesa adquirió mayor protagonismo y capacidad de influencia. Aunque carece de atributos legales y funcionales, y sus decisiones no tienen carácter vinculante, se transformó en una herramienta útil a los fines de ordenar la distribución de insumos y recursos, y se constituyó en un ámbito de debate y acuerdo en torno de los lineamientos político sanitarios directrices.

La relación entre nación y provincias, materializada en el seno del Cofesa, y, simultáneamente, la vinculación de las provincias con los municipios, constituyeron entonces el eje articulador por donde transitaron las reformas.

El entonces Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, en conjunto con las autoridades provinciales, puso en marcha el Plan Federal de Salud (PFS), que aspiraba a mejorar los modelos de gestión y de atención del sistema público. Dentro de este Plan, que fue presentado por el presidente de la Nación Néstor Kirchner junto al ministro González García en 2004, se priorizó la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) para la consolidación de una red pública de salud con fuerte poder resolutivo en cada uno de los niveles, con el propósito de fortalecer los diversos sistemas de salud para que organicen las respuestas acordes a los grados de complejidad, en el marco de una política de descentralización y promoción de la participación comunitaria.

El PFS, impulsado por el ministro Ginés González García, fue propuesto como un sendero de reformas que con sentido proactivo avanzara hacia estadios superadores. Pretendió ser una señal y el instrumento de una organización que no se conformaba con resolver lo urgente y ponía la mirada en el mediano y largo plazo, para consolidar un sistema de salud articulado, equitativo, calificado y eficiente.

En su enunciación, el PFS marcó una visión para el sistema de salud argentino, sustentada, entre otros aspectos, en: afianzar el rol de rectoría del Ministerio de Salud de la Nación y de los ministerios provinciales; garantizar por parte de las regiones la cobertura básica universal; desarrollar programas de promoción y prevención respetando mecanismos de derivación dentro de la red de atención; proteger el financiamiento de los programas establecidos y propiciar la partici-

pación social en el diseño y la implementación del modelo (González García y Tobar, 2004).

Programa Médico Obligatorio (PMO)

El PMO fue creado por resolución del Ministerio de Salud de la Nación en 1996, luego modificado en 2000 (Resolución N° 939/00) y en el marco de la declaración de emergencia sanitaria (Decreto N° 486/02), se aprobó mediante la Resolución N° 201/2002 el PMO de emergencia.

Este programa médico obligatorio, en consecuencia, es el conjunto de prestaciones básicas esenciales que debe ser garantizado por los agentes del Seguro de Salud comprendidos en el artículo 1° de la Ley N° 23660 de Obras Sociales, por lo tanto, todos los agentes están obligados a brindar el 100% de todas las prestaciones incluidas en el catálogo que se detalla en el anexo II del PMOe (emergencia), sin otra erogación que los coseguros establecidos en el anexo I. Los agentes del seguro pueden extender su cobertura más allá de lo establecido como prestaciones obligatorias.

El PMO fue pensado para garantizar la universalización de las prestaciones de salud y asegurar equidad y solidaridad para todos los beneficiarios del seguro de salud, considerando aspectos no tenidos en cuenta con anterioridad, como los estudios de costo-efectividad basados en la evidencia para evitar la ineficiencia del sistema. Pone el acento en las prestaciones de primer nivel de atención pero fundando su perfil en la estrategia de la atención primaria de la salud sin limitarla a la puerta de entrada, sino asumiéndola como estrategia de organización de los servicios sanitarios.

Otros programas nacionales

También en el marco de la emergencia sanitaria, esta etapa estuvo signada por el aprovechamiento de los recursos disponibles, propios o de financiamiento externo, para establecer programas de contingencia.

Un claro ejemplo fue la instrumentación de programas verticales con financiamiento externo de alcance nacional como el Programa Remediar que facilitó el acceso a medicamentos esenciales a través de centros de atención primaria de la salud en todo el país, resolviendo

una cuestión central para el proceso de atención, y que llevó a incrementar en forma notable el número de consultas en los centros de atención primaria. A ese programa se sumó la aprobación de la ley de prescripción de medicamentos por nombre genérico, que tuvo impacto en los indicadores económicos relacionados con salud, además de aportar racionalidad al acto médico.

Otro fue el Programa Médicos Comunitarios destinado a formar profesionales del primer nivel de atención e insertarlos en distintos puntos del país con financiamiento a cargo del nivel nacional. En el marco de ese programa, 9.000 profesionales desarrollaron en 2.100 centros de salud actividades asistenciales, de prevención y promoción de la salud con participación comunitaria. Se formaron en total más de 10.000 profesionales, muchos de los cuales fueron incorporados luego a los planteles de las jurisdicciones municipales o provinciales (Ministerio de Salud de la Nación, 2012a).

En forma paralela, durante este periodo se abordan temas postergados hasta ese momento por la salud pública, como los relacionados con la salud sexual y reproductiva, que tendrán desarrollo a lo largo de todo el momento objeto de análisis (Ley N° 25673 de creación del programa nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable).

Durante la gestión de Ginés González García se inauguró el 2007 el Hospital de Alta Complejidad El Cruce, en la localidad bonaerense de Florencio Varela. Con financiamiento nacional, se constituyó en el hospital de mayor complejidad del país, con una modalidad de trabajo en red para cubrir un vasto sector de la provincia más poblada del país, pero además ser referencia nacional tanto en lo asistencial como en capacitación de recursos humanos en salud.

Juan Luis Manzur (2009-2015)

Juan Luis Manzur asumió el cargo en reemplazo de la renunciante Graciela Ocaña, en el marco de la pandemia de Gripe A que también afectó Argentina, con la misión de abordar el tema desde el nivel nacional para organizar acciones coordinadas con las jurisdicciones provinciales.

Ocaña ya había tenido un magro desempeño en oportunidad de tener que asumir la conducción de las acciones para abordar la epidemia de dengue a principios de 2009.

Durante la epidemia de 2009 se notificó un total de 26.923 casos de dengue en el país. Al año siguiente, el cambio de estrategia y la implementación de políticas activas de concientización y prevención dieron sus frutos: el número de casos se redujo a 1.280. Y la tendencia se mantuvo tanto en 2011 (322 casos) como durante el año pasado (272 casos). Lo destacable es que estos resultados se lograron en el contexto de una situación regional de gran presión de entrada del virus al territorio nacional, originada por las recurrentes epidemias sucedidas en Bolivia, Paraguay y Brasil (Di-Bello, 2013).

Durante la gestión de Manzur se retomó la senda del ministro González García, sosteniendo al MSN como rector de un sistema sanitario fragmentado y con muchas diferencias regionales. Justamente, intentando reducir las brechas observadas en los indicadores sanitarios entre las distintas jurisdicciones se profundizaron las intervenciones desde programas verticales nacionales, se financió desde Nación la construcción de más de un millón de metros cuadrados en establecimientos de salud –centros de salud, centros de integración comunitaria (CIC) y hospitales– y se brindó asistencia técnica y capacitación en distintas áreas.

Durante este periodo se realizaron la primera (2005) y la segunda (2009) encuestas nacionales de factores de riesgo y enfermedades no transmisibles. Además, en esa línea se desplegaron acciones específicas de impacto poblacional, destinadas al control del tabaquismo y de la reducción de ingesta de sal.

Un aspecto destacado de toda esta etapa, pero de especial impulso bajo la gestión Manzur, fue la ampliación del plan de inmunizaciones. El calendario gratuito y obligatorio de inmunización se amplió de 6 a 19 vacunas, lo que llevó a la Argentina a ser líder en la región en este aspecto. Algunos de ellas han tenido un alto impacto sanitario, como la vacuna contra la hepatitis B, la hepatitis A, la gripe, el neumococo y el virus del papiloma humano (VPH). El impacto referido se evidencia por ejemplo en el caso de la hepatitis A ya que permitió reducir la

incidencia de la enfermedad de 60.000 casos anuales a menos de 500 y a cero, el número de trasplantes hepáticos por esta causa.

Algunos programas verticales, además de proveer insumos y equipamiento en forma directa, vertebraron mecanismos de apoyo financiero, como el FESP 1 y 2 (Funciones Esenciales y Programas de Salud Pública) o el Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables y también Incluir Salud (ex ProFe).

Así, durante esta gestión siguió desplegándose el Plan Nacer iniciado con González García en 2005, ya que se ampliaron prestaciones y grupos poblacionales –inicialmente, mujeres embarazadas y puérperas y niños menores de 6 años– a un programa vertical basado en una lógica de seguros con la característica de nominalizar a los usuarios y utilizar “trazadoras”, es decir indicadores de avance de metas para verificar el cumplimiento de objetivos. El “Nacer”, que pasó en 2012 a denominarse “Sumar”, empleó financiamiento externo para vertebrar un sistema de estímulos económicos que, pasando por los responsables provinciales, llegaban a los hospitales y centros de salud que adherían al modelo.

También se desarrolló el Programa Redes y el Programa Remediar inicialmente dedicado solamente a la provisión de medicamentos esenciales, se ampliaron hacia la instrumentación de instancias de capacitación–Programa de capacitación en terapéutica racional en atención primaria de la salud (Traps) y de apoyo para la gestión de farmacias y depósitos de centros asistenciales (Ministerio de Salud de la Nación, 2012b).

La creación del Instituto Nacional del Cáncer (INC) en 2010 es otro hito sanitario importante para la Argentina al colocar al cáncer en un lugar destacado de la agenda pública y asumir el compromiso de impulsar la coordinación de políticas nacionales en conjunto con las provincias para generar instancias de formación, apoyo para equipamiento y asesoría.

Otros programas verticales que se iniciaron o que ampliaron su alcance en esta etapa:

- Programa Nacional de detección temprana y atención de hipoacusia.
- Plan para la reducción de la mortalidad materno-infantil, de las mujeres y de las adolescentes.

- Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas.
- Plan Nacional para control del dengue y la fiebre amarilla.
- Instalación del Instituto Nacional de Medicina Tropical en Puerto Iguazú, Misiones, para monitoreo y respuesta de enfermedades desatendidas de América del Sur.
- Programa de abordaje sanitario territorial con consultorios móviles para consultas ginecológicas, pediátricas, de medicina general, oftalmológicas con provisión de lentes en forma gratuita y de diagnóstico por imágenes.
- Programa Nacional de Chagas.
- Programa Nacional de VIH-sida amparado en la Ley nacional N° 23598.
- Plan Nacional de Sangre.
- Programa Nacional de Salud Escolar (ProSaNe).
- Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables.
- Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones hospitalarias.
- Enfermedades poco frecuentes y anomalías congénitas.
- Cybersalud.

Todos estos programas verticales, y otros no mencionados, apuntaron a reducir la brecha entre las distintas jurisdicciones. Sirvieron para brindar apoyo, asistencia y capacitación con recursos difíciles de multiplicar por 24 jurisdicciones. Contribuyeron con la provisión de insumos y equipamiento y también fueron útiles para estimular nuevas técnicas de gestión (nominalización, monitoreo, incentivos).

Sin embargo, adolecen de ciertas debilidades. Entre ellas, que están atados a financiamiento externo, lo cual no garantiza su continuidad. Al ser programas para todo el país resulta difícil entender las realidades propias de cada zona y por esa misma razón aparecen como muy rígidos para implementación, además de generar una progresiva dependencia de la jurisdicción a ese financiamiento. Estos programas financiados por el Banco Mundial (BM) o el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), bajo grandes lineamientos del Ministerio de Salud agregaron dispersión más que unidad, con el agravante

de que tienden a convertirse en compartimentos estancos. Al tener fondos propios, cada área responsable de un programa va adquiriendo autonomía, con poca vinculación con otros integrantes del propio organismo que le dio origen y en muchos casos se verifica superposición de objetivos y solapamiento de acciones.

Daniel Gollán (2015)

Daniel Gollán fue desde 2014 Secretario de Salud Comunitaria y asumió como ministro en febrero de 2015, es decir que estuvo a cargo de la cartera en los últimos meses de la gestión del gobierno encabezado por Cristina Fernández de Kirchner.

Con una visión más amplia del concepto salud-enfermedad-cuidado y con anclaje en el pensamiento de la medicina social latinoamericana, contó con el apoyo y el asesoramiento de sanitaristas como Mario Testa, Mario Rovere, Jorge Rachid, José Carlos Escudero y Horacio Barri, entre otros. En pocos meses Gollán retoma el ideario orientado a construir un sistema nacional integrado de salud (Gollán, 2015).

Ese año se profundizó la presencia del MSN en el territorio para jerarquizar la articulación de políticas y programas con la comunidad, incentivar la formación de promotores comunitarios, que en algunas jurisdicciones tuvo un desarrollo destacable.

Se avanzó en políticas de género y diversidad, y se empezó a implementar acciones acordes al escenario construido a partir del dictado de las leyes que ampliaron derechos.

El final de este periodo encuentra a un MSN, quizás en forma tardía, comenzando a problematizar el sistema mismo, para generar las condiciones de su integración.

Ejemplo de ello son las acciones siguientes:

- Desarrollo de sistemas informáticos disponibles para que los hospitales públicos pudiesen optimizar los mecanismos de recupero financiero por las prestaciones brindadas a pacientes con cobertura a cargo de obras sociales o seguros privados.
- Alianzas con sectores de la seguridad social no lucrativos.

- Creación de la Escuela de Gobierno en Salud Pública para formación de cuadros de conducción.
- Fortalecimiento del primer nivel de atención, a través de promover la aprobación de la ley de equipos básicos de salud.
- Proyectos de construcción de hospitales de alta complejidad ubicados en todo el país con sentido de integración regional (SAMIC).
- Continuar la política de equipamiento de alta tecnología para hospitales públicos, de manera de asegurar establecimientos con capacidad calificada en todo el país.
- Propuesta de generar una ley de carrera sanitaria única y nacional, funcional a diluir las barreras interjurisdiccionales actuales.
- Decidido estímulo a la producción pública de medicamentos con la creación por Ley N° 26688 y en esta etapa la fundación de la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (Anlap).

Sobre este último tópico vale apuntar que la creación de la Anlap fue la formalización del estímulo a la producción pública de medicamentos (PPM), cuyos antecedentes se encuentran en el programa Fontar, que impulsaba la inversión en investigación y desarrollo en salud, integrando a los laboratorios de PPM con el Instituto Nacional de Tecnología Industrial (INTI). En el año 2007 se creó la Red de Laboratorios Públicos (Relap), que tenía por objetivo avanzar en la producción pública de medicamentos, promoviendo la integración tecnológica del sector, a partir del soporte tecnológico que brindaría el INTI (Zubeldía y Hurtado, 2019).

La visión estratégica en el impulso a políticas de producción pública de medicamentos es algo que en nuestro país ha tenido idas y vueltas, por lo que es importante visualizar la potencia que tiene la integración de la investigación en ciencia y tecnología para la PPM, como un paso importante para la soberanía sanitaria y también como un factor de integración industrial, creación de empleo y uso eficiente de las divisas, porque muchos medicamentos esenciales podrían ser fabricados por laboratorios con participación pública que sirvan de empresa testigo en el sector.

Los cambios producidos en el MSN en el último año de gestión, con muy buenas intenciones alineadas con el pensamiento de Carrillo

y Ferrara pero con poco tiempo disponible para llevarlas adelante, no pudieron afectar —en su mayor parte— la línea política hegemónica de las últimas décadas sobre la idea de aseguramiento que venía ejerciendo el MSN. No se pudieron desmontar todos los atributos neoliberales heredados y así se llegó a diciembre de 2015.

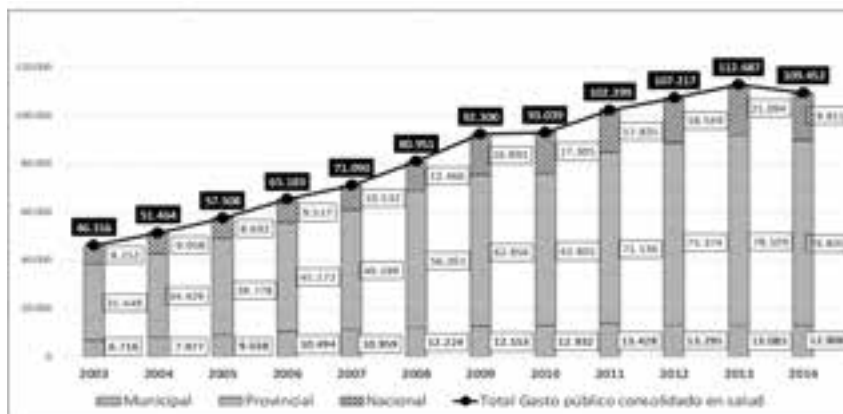
El gasto público en atención de la salud ejecutado desde el gobierno nacional registró un fuerte incremento, especialmente a partir de 2003. El MSN asumió un mayor compromiso como organismo rector del sistema de salud argentino y acompañó las provincias y los municipios a través de financiar programas específicos como los ya comentados.

A precios constantes de 2014 el gasto público en atención de la salud pasó de 46.316 millones en 2003 a 109.452 millones en 2014, suba que representó un crecimiento promedio del 9,4% anual. A valores per cápita el gasto que se ejecuta desde la Nación, las provincias y los municipios en políticas de prevención y atención de la salud aumentó a precios de 2014 desde los 1.219 pesos de 2003 a 2.565 pesos por persona (Sanguinetti, 2015).

Se puede observar en la Figura 6 y la Tabla 9 que la mayor parte de los recursos públicos destinados a salud provienen de los fondos de las provincias y que en el periodo estudiado hubo un aumento parejo entre los tres niveles de gobierno, presentándose una caída relativa en el peso de los aportes municipales. Sin embargo, el aumento del presupuesto destinado a salud sumando los tres niveles de gobierno, en términos reales pierde contra la inflación del periodo.

El hecho de que las provincias, según sus presupuestos, deban cubrir la mayor parte de los recursos destinados a salud explica en gran medida la desigualdad en el acceso que se registra entre las provincias de nuestro país.

FIGURA 6. GASTO PÚBLICO CONSOLIDADO EN ATENCIÓN DE LA SALUD POR NIVEL DE GOBIERNO EN ARGENTINA, 2003-2014 (EN MILLONES DE \$ A PRECIOS DE 2014)



Fuente: Sanguinetti (2015).



TABLA 9. GASTO PÚBLICO CONSOLIDADO EN ATENCIÓN DE LA SALUD POR NIVEL DE GOBIERNO EN ARGENTINA, 2003-2014 (EN PORCENTAJE DEL TOTAL)

Año	Porcentaje del total según nivel de gobierno			Total en millones de pesos
	Municipal	Provincial	Nacional	
2003	14,5	67,9	17,6	46.316
2004	15,5	66,9	17,6	51.464
2005	15,7	69,1	15,1	57.566
2006	16,1	69,3	14,6	65.183
2007	15,4	69,7	14,8	71.161
2008	15,1	69,5	15,4	80.951
2009	13,6	68,1	18,3	92.300
2010	13,9	67,5	18,6	93.039
2011	13,1	69,4	17,4	102.502
2012	12,4	70,3	17,3	107.217
2013	11,6	69,6	18,7	112.800
2014	11,7	70,2	18,1	109.452

Fuente: Sanguinetti (2015).

A lo largo de los 13 años que conformaron este periodo se concretaron políticas de inclusión y de restitución de derechos que abarcaron al campo de la salud. Algunas de ellas se han podido profundizar bajo formato de leyes y de programas en los cuales se pusieron en agenda problemas de la salud colectiva como lo son la salud mental, lo relacionado a la importancia de la PPM y la necesidad de incorporar la perspectiva de género en la política pública y sanitaria ya que es evidente una participación mayoritaria de las mujeres en los espacios de atención y cuidado de la salud.

Se registraron avances también en aspectos de la regulación en salud, tendientes a garantizar el acceso universal en un sistema fragmentado y segmentado. Uno de ellos fue la aprobación en 2011 de la Ley N° 26682, que establece el régimen de regulación de las empresas de medicina prepaga, los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen los Agentes del Seguro de Salud (ASS) contemplados en las leyes N° 23.660 y N° 23.661. En efecto, el artículo 5° de esa ley establece las funciones de la autoridad de aplicación que es el Ministerio de Salud de la Nación, indicando en el inciso d): “Fiscalizar el cumplimiento, por parte de los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley, de las prestaciones del Programa Médico Obligatorio (PMO) y de cualquier otra que se hubiere incorporado al contrato suscripto”. Obligar al cumplimiento del PMO apunta en el sentido mencionado.

Sin embargo, en lo que hace al sistema de salud –o dicho de manera más realista, sistema de atención– en cuanto a sus debilidades, dadas por su fragmentación y segmentación, prácticamente no pudo ser modificado (Tabla 10). Aunque se desplegaron muchas acciones desde el nivel nacional, no se pudo generar una ley de salud que pudiera dar el marco político para una contra reforma sanitaria opuesta a la neoliberal (Dávila, 2016).

TABLA 10. ALGUNAS LEYES IMPULSADAS Y APROBADAS EN EL PERIODO 2002-2015

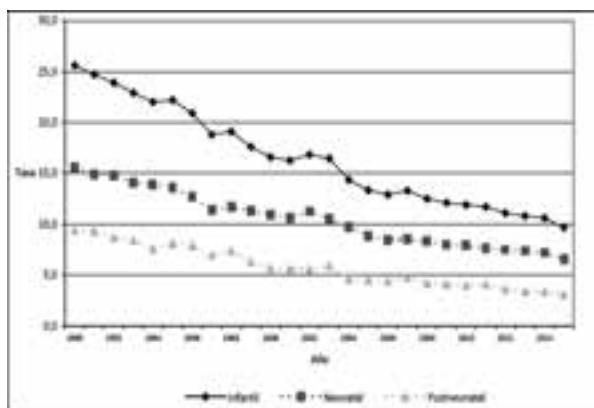
Ley	Temática abordada
26150	Educación sexual integral
26529	Derechos del paciente
26657	Salud mental y adicciones
26682	Marco regulatorio de medicina prepaga
26687	Regulación de publicidad, promoción y consumo de tabaco
26688	Producción pública de medicamentos
26743	Derecho a la identidad de género
26862	Acceso a reproducción asistida

Fuente: *Elaboración propia.*

Es más, las políticas de salud pública más eficaces surgieron desde otros ámbitos de gobierno, como el impacto generado por la asignación universal por hijo –luego extendida a embarazadas–, o el mantenimiento de políticas económicas que aumentaron el nivel de empleo en general y redujeron parcialmente la brecha de ingresos.

El resultado de esas medidas que indirectamente impactan en salud puede observarse al analizar la evolución de la tasa de mortalidad infantil y sus componentes a lo largo de este periodo (Figura 7).

FIGURA 7. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y POSNATAL CADA 1.000 NACIDOS VIVOS. ARGENTINA, 1990-2015



Fuente: Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) (2016), *Msal, Serie 5, N° 59.*

En efecto, la tasa de mortalidad infantil (TMI) llegó por primera vez en la historia nacional a un dígito en 2015, con 9,5 fallecidos menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos.

Entre 2003 y 2015 la TMI descendió un 35,2%, lo que destaca de manera especial que la tasa de mortalidad posneonatal, la más influida por las condiciones socio-económico-ambientales de las familias, se redujo un 47% en el periodo (de 5,9 a 3,1 por mil).

La CUS y la degradación del Ministerio de Salud (2015-2019)

La discusión de fondo –cultural y política– que debía saldar las dos opciones: SUIS (sistema universal integrado de salud), con el objetivo de universalizar el sistema sanitario nacional para mejorar la equidad y el acceso al derecho a la salud, *versus* seguros de salud propiciados por la OMS y el BM en los últimos 30 años, no pudo resolverse en la etapa anterior.

En esas condiciones se llegó a diciembre de 2015, cuando, con el triunfo electoral por primera vez de un representante de la derecha argentina, se inauguró otra etapa que sería menester analizar con mayor perspectiva histórica, pero que esbozamos en sus principales rasgos en este apartado.

Esta etapa tuvo dos fases y responsables nacionales del sector salud. La primera desde diciembre de 2015 hasta octubre de 2017, a cargo del Dr. Jorge Lemus, y la segunda, desde noviembre de 2017 hasta apenas 15 días antes de finalizar el mandato del Ing. Mauricio Macri, el 10 de diciembre de 2019, bajo la responsabilidad del Dr. Adolfo Rubinstein.

Jorge Lemus (2015-2017)

Este ministro llegaba con floridos antecedentes como sanitarista, habiéndose desempeñado entre los años 2007 y 2012 como ministro de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y luego como presidente del Consejo Asesor de Salud de dicha cartera. A pesar de ser autor de publicaciones sobre salud pública y atención primaria de la salud, una de las aristas destacables del inicio de su

gestión fue el debilitamiento de dispositivos con los que contaba el ministerio para promoción y prevención en salud.

Suspensión, desmantelamiento de programas nacionales y renunciias

Desde la reemergencia del dengue en Argentina, en 1998, se registraron brotes todos los años, excepto en 2001 y 2005, que llegaron a afectar 15 jurisdicciones. Los brotes de mayor magnitud ocurrieron en 2009 y 2016 (Varela *et al.*, 2019). En efecto, el brote de 2016 fue el más importante de la historia, con más de 40.000 casos confirmados, y coincidió con medidas tomadas por el Ministerio de Salud que limitaron la posibilidad de mitigar el evento. Acaso, el freno a las campañas de prevención y “descacharrización”, así como el **desmantelamiento de la Dirección de Enfermedades Transmisibles por Vectores**, ¿podrían haber contribuido a empeorar el brote de dengue?

Deben consignarse otras medidas adoptadas al comenzar la gestión. Entre estas, la interrupción de los programas de abordaje territorial, como los **operativos sanitarios que emplean unidades sanitarias móviles** (trenes y camiones sanitarios), que brindaban atención de clínica médica, pediatría, ginecología, oftalmología, odontología, análisis de laboratorio y diagnóstico por imágenes (mamografías por ejemplo). Esas unidades recorrían el país, brindaban asistencia y proveían insumos (por ejemplo, anteojos).

También en los primeros meses de 2016 se produjo el cierre de programas como Argentina Sonríe, unidades móviles de atención odontológica y provisión de prótesis dentales, y el Qunita, una estrategia sanitaria destinada a la madre y al recién nacido que había sido lanzado en julio de 2015 para acompañar y cuidar la salud de las embarazadas y los recién nacidos en sus primeros meses de vida. Los objetivos de ese programa eran disminuir las muertes infantiles evitables, así como potenciar otras políticas sanitarias y sociales que se venían desarrollando, para acompañar a las familias en la crianza de sus hijos y fomentar prácticas de cuidado como la lactancia materna, salud sexual y sueño seguro. Sobre la base de potenciales e incomprobados “riesgos”, se derogó un programa que en seis meses había logrado aumentar el número de maternidades que garantizan naci-

mientos seguros, distribuir y entregar más de 43 mil kits en todo el país, poniendo en la agenda pública este tema, sin reemplazarlo con otras estrategia superadora.

Los tratamientos de fertilidad distribuidos al comienzo de la gestión Lemus fueron los adquiridos por la gestión anterior durante el año 2015. No se realizaron compras de este tipo de tratamientos en el 2016, incumpliendo con la Ley de Acceso a la Fertilidad Asistida (Ley N° 26862), y la parálisis de la gestión en materia de salud sexual desabasteció de profilácticos a todo el sistema público de salud del país. Entre fines de 2016 y enero de 2017, más de siete funcionarios dejaron sus áreas en medio de las denuncias de subejecución, falta de insumos y sobreprecios por parte de la gestión Lemus.

El director del Programa Nacional de SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual también renunció por la falta de insumos como preservativos y reactivos y la subejecución que, según denunciaron organizaciones que trabajan la problemática, era casi total a junio de 2016. De manera sistemática, en cada mes de septiembre sucedía la renuncia de los responsables de dicha dirección al enfrentarse año tras año a un ajuste en sus presupuestos, lo que los impulsaba a dar un paso al costado. El ajuste en esta área implicó desabastecimiento en la provisión de medicamentos, faltante de reactivos para la realización de los test de carga viral y relajamiento de las políticas de salud sexual y reproductiva en un contexto de aumento de las transmisiones de sífilis y otras infecciones de transmisión sexual, que proliferaron durante este periodo de ajuste y abandono por parte de la cartera nacional de salud.

Cobertura Universal de Salud (CUS)

En agosto de 2016, luego del tercer Cofesa del año que se concretó en Tucumán, el Ministerio de Salud comunicó oficialmente que el conjunto de ministros de Salud abogó en favor de avanzar en la implementación del CUS. Declaró: “Estamos en Tucumán para llevar adelante un Cofesa histórico, porque los que estamos aquí reunidos tenemos un compromiso con el pasado y también con el futuro”, indicó el ministro Lemus al abrir las deliberaciones. “Tenemos por delante objetivos ambiciosos en salud, pero el cambio necesita que estemos juntos y esta-

blezcamos alianzas estratégicas”, abogó el titular de la cartera sanitaria nacional. “La Cobertura Universal de Salud –continuó Lemus– es una estrategia de salud pública que nos compromete a todos. La nominación de nuestros beneficiarios es fundamental para completarles la cobertura que merecen sin importar dónde estén”.

La iniciativa quedó plasmada en un decreto de necesidad y urgencia (DNU) publicado en el Boletín Oficial argentino con el número 908/2016, que crea la Unidad Ejecutora para la Cobertura Universal de Salud (CUS).

La CUS se constituyó en la política directriz de la gestión, en coincidencia con el progresivo realineamiento internacional de Argentina que incluyó establecer renovados vínculos con los organismos multilaterales de crédito.

La CUS, que no es un invento argentino, es un **seguro de alcance limitado** prescripto por el BM y difundido por la OPS, que insiste en la necesidad de crear un seguro de salud para pobres que garantice una “canasta básica” de prestaciones para los sectores excluidos.

El concepto de la “canasta básica” es sinónimo de cristalizar las diferencias injustas e inmorales, ya que parte de aceptar que para algún sector de la población, es decir, aquellos que debieran en función del principio de equidad recibir más, los servicios se limitan a un conjunto acotado.

Esto es así ya que, efectivamente, instalar una “canasta básica” excluye prácticas de salud que hoy existen, limita derechos u obliga a acudir a la judicialización de la salud para lograrlos, como se observa en los países que han implementado este sistema –el paradigma actual es Colombia–.

La propuesta reemplaza la idea de derecho humano esencial por la de seguro y cobertura, que implica una relación de contrato. Mientras que un derecho humano por naturaleza es universal y no discrimina, un seguro ofrece prestaciones en acuerdo con el pago recibido.

En la lógica del seguro, la “universalidad” se basa en la estratificación. Si bien es cierto que todos están cubiertos por un seguro, eso no quiere decir que se brinde verdadera protección para todos. Así, como en otros ejemplos de América Latina (Colombia, México, Chile) la propuesta de la CUS propicia un régimen subsidiado para pobres,

un régimen contributivo para sectores medios y la medicina prepaga para ricos, con marcadas diferencias en la calidad de respuestas y acceso.

La CUS es una propuesta sanitaria, en el mejor de los casos útil para regiones del mundo casi sin acceso a sistemas formales de salud, pero absolutamente restrictiva para un país como Argentina, donde el acceso al máximo nivel posible, con los conocimientos científicos actuales, está consagrado en la Constitución Nacional (Manoukian, 2016b).

Después de dos años de su lanzamiento, no todas las provincias habían adherido. En muchos casos, la principal razón para firmar la adhesión fue recuperar lo que ya existía con el gobierno anterior en términos de apoyo y acompañamiento efectivo para la gestión, y a que si no se prestaban a mostrar que la conducción “macrista” gestionaba, se les cerraban ventanillas y se ponía en riesgo los financiamientos ya acordados (Manoukian, 2017). En julio de 2018 se denunció que en la reunión del Consejo Federal de Salud se anunció que las provincias que no firmaran la adhesión a la CUS dejarían de recibir los programas nacionales de medicamentos, vacunación y otros ya vigentes, en lo que se interpretó como una clara alusión a la provincia de Santa Fe, una de las únicas dos, junto con Formosa, que nunca acompañaron la iniciativa nacional (Borlotti, 2018).

Agencia Nacional de Evaluación de Tecnología (Aagnet)

En julio de 2016, Lemus presentó con el jefe de Gabinete de Ministros Marcos Peña, mediante el mensaje N° 75, el proyecto de ley de creación de la Aagnet, organismo que entre otras funciones se proponía para que estableciera la “canasta básica de prestaciones” a la que cual estaría obligado el sector público de salud. Se trataba de una iniciativa de larga data, considerada necesaria para contribuir al uso racional de las tecnologías en salud, pero cuyo texto incluía aspectos muy cuestionables. Entre ellos, las limitaciones de su propia incumbencia; la participación de la agencia luego de que una tecnología ya hubiese sido aprobada por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (Anmat); la inclusión de la industria en el consejo asesor, más allá de la declaración jurada de estar libre de

conflictos de interés personales y familiares, de tipo económico y de otros tipos; y la falta de intervención en la regulación de los precios (Manoukian, 2016a). Esa ley no llegó a aprobarse.

Adolfo Rubinstein (2017-2019)

Con la CUS como bandera

Rubinstein era secretario de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos cuando fue presentada la CUS como estrategia y política sustantiva del Ministerio de Salud, en 2016. A partir de asumir como ministro, la CUS fue el emblema de la gestión. En el informe de gestión de la Secretaría de Gobierno de Salud presentado al finalizar el mandato, se manifiesta que:

Con el objetivo de consolidar un sistema de salud que garantice un acceso efectivo con equidad y calidad para reducir la brecha de disparidades sanitarias con un abordaje desde la estrategia de Atención Primaria, esta gestión sanitaria priorizó la Cobertura Universal en Salud (CUS) como una de sus políticas prioritarias.

Al desplegar el informe queda claro que los principales vectores de esa estrategia tuvieron que ver con avanzar en el desarrollo de la red digital con historia clínica electrónica, refiriendo además algunas intervenciones en temas puntuales de políticas de medicamentos, la propuesta de un plan nacional de prevención de sobrepeso y la obesidad en niños, niñas y adolescentes y de fortalecimiento institucional. Pero sobre los aspectos medulares de la estrategia CUS, el informe no se pronunció.

Sobre la política de medicamentos debe destacarse que se mantuvo con la denominación “CUS medicamentos”, el Programa Remediar, aunque muchas jurisdicciones denunciaron entregas irregulares y faltantes en los botiquines distribuidos. Se intentaron algunas innovaciones en la negociación y compra de medicamentos, entre ellas las conjuntas entre el sector público y algunas obras sociales respecto de

medicamentos para el tratamiento del cáncer y otras enfermedades potencialmente catastróficas. Se creó la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Conetec) con participación, entre otros, de los agentes del sector público, seguridad social, sector privado y organizaciones académicas, sin lograr consensuar un proyecto que avanzara a la concreción de la Agnet.

Rubinstein propuso un plan nacional de prevención de sobrepeso y la obesidad, con el objetivo de colocar en agenda la obesidad infantil como principal causa de malnutrición en niños y adolescentes. El énfasis en este grupo etario fue innovador, no así el abordaje del tema en sí que ya figuraba en la agenda del ministerio a través de distintos programas como por ejemplo el FESP (Funciones Esenciales de Salud Pública) 1 y 2, Médicos comunitarios y de las capacitaciones promovidas desde el Programa “Remediar+Redes” en “Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud” (Traps) (Ministerio de Salud de la Nación, 2012b).

Respecto del fortalecimiento institucional, el ministro, devenido en secretario, refiere en el informe ya citado que se fortalecieron los hospitales nacionales, como el Hospital Alejandro Posadas. Sin embargo, no abordó la problemática surgida en ese importante referente nacional a causa de los despidos y las jubilaciones anticipadas de aproximadamente 1.300 trabajadores a lo largo de los cuatro años de gestión. Entre los profesionales del equipo de salud apartados de su función, se contabilizan, 17 delegados gremiales y 75 jubilaciones anticipadas compulsivas, lo que debilitó seriamente el perfil prestacional del hospital.

Degradación del Ministerio de Salud

Solo dos veces, después del Dr. Ramón Carrillo, que fue el primer ministro de Salud argentino, se había perdido esa jerarquía. En ambos casos fue en el contexto de gobiernos de facto fruto de golpes de Estado, cuando bajo la autodenominada “Revolución Libertadora”, en 1955, las funciones de Salud pasaron a ser atribuciones del Ministerio de Asistencia Social y, años más tarde, luego de recuperarse el ministerio con Frondizi e Illia, durante la llamada “Revolución Argentina” bajo el mando del dictador Juan Carlos Onganía. En ambas

situaciones se verificaron francos retrocesos en los avances sanitarios hasta allí conquistados. Prueba de ello es que las dos experiencias implicaron aumentos de la tasa de mortalidad infantil.

En septiembre de 2018, el presidente Macri decidió degradar el Ministerio de Salud al rango de Secretaría y el entonces ministro se convirtió en secretario de gobierno de Salud. La desaparición de Ministerio de Salud implicó abandonar el rol de coordinación, regulación, articulación y garante de la equidad en el acceso a la salud, ya que una de las funciones clave de ese estamento es la de contribuir a reducir las brechas que existen entre las distintas jurisdicciones.

José Carlos Escudero afirma que

[...] en la situación actual de la salud en el mundo disputan dos actores con intereses contrapuestos: el capitalismo volcado a la salud, cuyo objetivo cuasi excluyente es el lucro, y los movimientos populares, que desean mejorar a la salud para que no sigan ocurriendo las monstruosidades que se han naturalizado, como lo son las muertes evitables (Escudero, 2018: 48).

Con el telón de fondo de la salud como un nicho de mercado donde el capitalismo obtiene cada vez más beneficios, también sostiene que:

Hacer desaparecer al Ministerio de Salud le hace las cosas más fáciles a los mercantilistas de la salud privada, creadora de seguros administrados por los bancos, con listas cerradas de acceso a enfermedades, que si no figuran deben pagar su asistencia con medicamentos mucho más caros (Escudero, 2018: 50).

En 2018, el accionar del Ministerio de Salud de la Nación no estaba cerca de compensar todas las inequidades territoriales en salud en un país que muestra enormes diferencias económicas entre provincias y al interior de cada una de ellas. Sin embargo, la implementación de programas preventivos y promocionales había permitido logros sanitarios promisorios. La degradación del ministerio, además de tener

una carga simbólica relevante, implicó pérdida de autonomía y de recursos, poniendo en riesgo la tendencia comentada.

La degradación del Ministerio de Salud de la Nación representa un gesto político inadecuado, resultado de una concepción equivocada del Estado y de la sociedad, pero consistente con un conjunto de medidas que venían anticipando el desinterés del gobierno nacional en cumplir sus obligaciones constitucionales para garantizar el derecho a la salud de la población, dado que la vigilancia y el rol compensador de las inequidades sociales y geográficas en salud es su responsabilidad indelegable (Rovere, 2018: 12).

La disputa siempre en ciernes, entre la visión de la salud como derecho que exige al Estado asumir el rol de garante y aquella que la asume como un bien privado a ser transado según la lógica del mercado, inclina la balanza hacia un modo u otro de ejercer la autoridad sanitaria. Tal como expresa la Asociación Santafesina de Medicina General y Familiar (ASMGyF), la tensión entre transferir las responsabilidades a las provincias o fortalecer un sistema nacional de salud se dirime según el proyecto político gobernante (ASMGyF, 2018). La decisión de degradar el Ministerio de Salud pareciera indicar hacia dónde se inclinó el fiel de la balanza en la gestión que culminó en diciembre de 2015.

Desfinanciamiento del sistema público

A contramano de la mayoría de los países del mundo, donde la inversión en esta área va en constante crecimiento, desde su llegada al poder Mauricio Macri redujo las partidas atribuidas a la salud. El último presupuesto aprobado durante la gestión anterior (2015) le destinaba un 2,3% del presupuesto. Tres años después, el dinero dirigido a las áreas que antes estaban dentro del ministerio pasó a representar un 1,7% del presupuesto (un 25% menos).

En la práctica, la reducción fue mayor. Esto es así porque cuando Mauricio Macri asumió como presidente la moneda estadounidense cotizaba a 10 pesos y cuando terminó la gestión superaba los 63. Dado que un importante porcentaje de insumos sanitarios, entre ellos va-

cunas y medicamentos, está dolarizado, la capacidad de compra se redujo seis veces, solo por la devaluación, lo que debe sumarse a ese 25% de reducción presupuestaria.

Inflación, pobreza, desempleo, exclusión

El gobierno que terminó el 10 de diciembre de 2019 dejó un saldo negativo para la salud colectiva. Según datos del Indec,¹⁰ la inflación medida con el índice de precios al consumidor mostró una tasa interanual (diciembre 2018-diciembre 2019) del 52,9%; la pobreza medida con la encuesta permanente de hogares registró que el 35,5% de la población estaba debajo de la línea de la pobreza en el segundo semestre de 2019, aunque otras fuentes, como la del informe de la **Universidad Católica Argentina (UCA)**, indicaron que la **pobreza** alcanzó al **40,8% de la población** urbana de la Argentina en el tercer trimestre, que en términos absolutos se estimó en **16 millones de personas, con el agravante de que en esa condición se encuentra el 59,5% de los menores de 17 años** (Szafranko, 2019). La tasa de desempleo registrada en el tercer trimestre de 2019 era del 9,7% de la población económicamente activa.

Otro dato más directamente relacionado con la salud de las personas, y en particular con los adultos mayores, es que la jubilación mínima en septiembre de 2019 alcanzó los \$ 12.937, lo cual implicó un aumento de **239%** entre mayo de 2015 y dicho mes, mientras que el aumento en el precio de los medicamentos entre noviembre del 2015 y diciembre del 2019 alcanzó el 443%.¹¹ Además, el **Programa de Atención Médica Integral (PAMI)** modificó la normativa de entrega de medicación crónica gratuita y 2 millones de afiliados perdieron ese beneficio por no cumplir con una serie de requisitos demasiados restrictivos (Roqué *et al.*, 2019).

Como ya expusimos, la salud es fruto de la determinación social y los factores mencionados, entre otros, son mucho más potentes que

10 Indec: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Los datos aportados pueden verificarse en la página oficial del organismo: <https://www.indec.gob.ar/>

11 Elaboración propia con base en la variación de una canasta de medicamentos para patologías prevalentes en personas mayores y de amplia utilización.

cualquier iniciativa surgida del seno de los sistemas de salud en función del impacto sobre la salud colectiva.

Caracterización actual del sistema de salud argentino

Nota preliminar

Para poder caracterizar un sistema sanitario complejo como el argentino se requiere información veraz y completa. El sistema de salud argentino dispone de una buena estructura de estadísticas vitales y de vigilancia epidemiológica, pero la información respecto de otros aspectos que hacen a la descripción de su perfil ni está fácilmente disponible, ni es resultado de un sistema de registro constante que se haya ido perfeccionando progresivamente.

Juan Sanguinetti, en un informe elaborado en 2015 para el Banco Mundial sobre las principales tendencias que se identifican en Argentina respecto de cobertura, gasto, financiamiento y uso de los servicios de salud, expresaba:

[...] es poca la información pública disponible sobre el número de beneficiarios y/o usuarios de cada uno de los sectores o subsistemas de salud que componen el sistema de salud argentino, en particular, cuántos son los beneficiarios de las obras sociales nacionales o sindicales, cuántos son los beneficiarios de las obras sociales provinciales que atienden a los empleados públicos estatales, cuántas personas son las que compran y utilizan los servicios de la medicina prepaga mediante un seguro voluntario o acceden a estos mediante convenios de las obras sociales con las empresas de medicina prepaga, y finalmente, cuántos son los argentinos y residentes extranjeros que se atienden en el subsector público o cuentan con los beneficios del Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI) del Instituto Nacional de Servicios Sociales para los Jubilados y Pensionados (INSSJYP). La fragmentación de los sistemas de aseguramiento y, sobre todo, la superposición de coberturas, genera grandes dificultades para estimar el número de beneficiarios por subsistema de salud (Sanguinetti, 2015: 1-2).

Para este apartado se consideró entonces información disponible en distintos sitios, entre ellos de MSN, OPS y OMS y en lo vinculado con aspectos económicos se tomó como base trabajos que requirieron mucho esfuerzo de elaboración como los de Federico Tobar (2011), de Mario Borini (2013) y de Juan Sanguinetti (2015). También rescatamos un documento de la Dirección de Economía de la Salud de la Secretaría de Gobierno de Salud (2019) y un análisis del presupuesto 2019 producido por la Fundación Soberanía Sanitaria (2019). Estos trabajos contribuyeron a actualizar esta cuestión.

Después de una somera descripción del sistema de salud argentino, planteamos en este apartado algunas aristas críticas, para exponer tensiones y disputas que se verifican al interior de un sistema fragmentado y que, en parte, explican los resultados sanitarios que registra Argentina.

Descripción general del sistema de salud argentino

La combinación de recursos públicos y privados debe evaluarse en función de su equidad, eficiencia y eficacia social en la prestación de servicios en todos los niveles de atención.

Un Sistema Nacional de Salud debería integrar estos distintos niveles de atención en el marco de un programa global de cobertura de la población. Sin embargo, en Argentina como en América Latina –aunque con diferencias marcadas entre países, especialmente en la última década–, se observa una tendencia a la fragmentación de las decisiones y las acciones, tanto en el ámbito público como en el privado.

Argentina presenta un sistema de salud mixto y de gran fragmentación, al interior del cual se verifican importantes diferencias en los recursos disponibles por beneficiario. Esto genera diferencias en los accesos a servicios de salud y, por ende, inequidades (OPS, 1997; Cetrángolo y Goldschmit, 2018). Se presenta como un sistema con una dinámica compleja que trasluce la realidad económica coyuntural del país y de la situación laboral, que ha ido variando produciéndose cambios de cobertura y pasajes de afiliados de un subsector a otro, en especial durante el periodo 2003-2015.

Tal como afirma Daniel Gollán:

Hasta la ley Liotta (Ley N° 20748 de 1974) que creaba el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), era muy posible armar un sistema nacional integrado de salud, ya que había dos actores principales que financiaban y prestaban servicios de salud. El subsistema prepago prácticamente no existía, por lo que la decisión política del gobierno peronista de ese entonces de hacer un sistema integrado de salud era perfectamente cristizable (Gollán, 2015: 11).

Pero como fue comentado, empezando durante la última dictadura cívico-militar y consolidándose con las medidas adoptadas durante la década menemista (1989-1999), se rompieron las tradicionales reglas de solidaridad del sistema de seguridad social, lo que facilitó el ingreso de sistemas privados para producir el “descrime” de las obras sociales (véase párrafo e) del apartado sobre Modelo pluralista). Así, en 1995 la reducción del 1% en los aportes patronales generó una pérdida de \$2.087 millones en los años siguientes, es decir el equivalente a más del 60% de la recaudación anual del sistema.

La Tabla 11, extraída del trabajo de Juan Sanguinetti, expone la repartición de las coberturas entre la población, en 2003 y en 2014. Obsérvese que hacia 2014 el autor estimó que la distribución de la población activa que contaba con los beneficios de la seguridad social (OSN y OSP) representaba el 48% del total de la población; los beneficiarios del PAMI e Incluir Salud, el 13%; las personas con seguros voluntarios de salud, el 5% (aproximadamente 2 millones de personas): y las personas con cobertura del subsector público, el 35% restante. Esto significa que unos 15,8 millones de personas se atienden usualmente en el subsector público (Sanguinetti, 2015).

TABLA 11. ESTIMACIÓN DE LA POBLACIÓN POR TIPO DE COBERTURA DE SALUD. ARGENTINA, 2003 Y 2014

Año		Sin seguro explícito	Plan Sumar	Pro.Fe./ Incluir Salud	Sub-total	Obras sociales nac.	Obras sociales prov.	PAMI	Seg. Priv. (prepagas)	Sub-total
2003	N°	16.521.010	0	344.630	16.865.640	11.088.379	4.974.905	2.567.636	2.503.440	21.134.360
	%	43,5	0	0,9	44,4	29,2	13,1	6,8	6,6	55,6
2014	N°	5.443.479	9.377.737	1.048.313	15.869.529	13.434.953	6.966.359	4.305.720	2.092.939	26.799.971
	%	12,8	22	2,5	37,2	31,5	16,3	10,1	4,9	62,8

Fuente: Sanguinetti (2015).

Los datos del periodo 2003-2014 muestran cambios importantes en la composición de los grupos poblacionales por tipo de cobertura. A continuación se indican los hechos más sobresalientes al respecto.

En primer lugar, se exhibe un aumento de la participación de la población que cuenta con seguros vía obras sociales nacionales y provinciales, PAMI, prepagas y medicina privada, con una clara disminución de la población con cobertura solo por el subsector público.

Entre 2003 y 2014 la población que cuenta con seguros de salud pasa del 55,6% al 62,8% del total. Dentro de este grupo se destaca la mayor participación de la población beneficiada por el PAMI, aproximadamente 10,1% de la población total en 2014 (4,3 millones de personas) *versus* los 6,8% de 2003 (aproximadamente 2,5 millones de personas), lo que refleja el efecto de la ampliación de los derechos jubilatorios a mayores de 65 años a través de moratorias y planes especiales. También aumenta la población afiliada a un seguro de salud de las obras sociales nacionales provinciales, lo cual traduce el crecimiento del empleo formal, tanto en el sector privado como en el estatal. En el primer caso representan en 2014 el 31,5% de la población (aproximadamente 13,4 millones de personas) y en el segundo, el 16,3% de la población (6,9 millones de personas).

La coexistencia de subsistemas públicos y privados hace que aparezcan señales de mercado y nuevas formas de comportamiento entre los agentes prestadores. Surgen a partir de la década de 1990 nuevas modalidades de “selección adversa” y de “subsidio cruzado” que no eran habituales en contextos más estables y en los que la seguridad social era eje fundamental del sistema. Esa coexistencia hace que el

subsistema privado trate de evitar las actividades de menor rentabilidad relativa, que lleva a discriminar actividades de promoción y prevención de la salud, de atención de pacientes crónicos y de salud mental, entre otras.

Por otra parte, el subsector público intenta superar algunos “defectos innatos” tales como estadias de internación largas, alto costo por cama, baja tasa de utilización de tecnología de alta complejidad, deficiente gerenciamiento de sus recursos, en definitiva su grado de ineficiencia, aunque esta no sea una característica exclusiva del subsector.

Justamente, la eficiencia de la actividad pública es hoy objeto de atención y en este sentido aparecen claramente dos tendencias extremas, ya mencionadas, sobre finales del siglo xx: a) suponer que la eficiencia y la efectividad de una organización no están ligadas a su propiedad sino a la calidad de la gestión bajo la cual está gobernada; y b) aceptar que el sector público es inherentemente ineficiente y poco efectivo, no siendo lo relevante que técnicas de gestión sean las adecuadas, sino cómo conseguir reducirlo al mínimo imprescindible para garantizar la seguridad de las personas físicas y jurídicas (Cabases-Hita, 1999).

Algunos datos ilustrativos

Con respecto a la **demand**a –entendida como población que requiere servicios de salud–, y en un primer nivel de análisis, se puede distinguir a aquellos que solo acceden a los servicios públicos de quienes tienen cobertura explícita de seguros de salud. En el año 2017, aproximadamente un tercio de la población (34,8%, es decir, 15,3 millones de personas) no cuenta con aseguramiento formal y solamente puede acceder a los servicios públicos para satisfacer sus necesidades de salud, mientras que casi dos tercios (62,7%, o sea, 27,6 millones de personas) tienen cobertura por parte de la Seguridad Social –se trate de obras sociales nacionales, provinciales o de complemento con empresas de medicina prepaga–, y alrededor de 6 millones de personas (13,6%) cuentan con cobertura privada exclusiva (De la Puente y De los Reyes, 2019).

En cuanto a la **oferta** –entendida como el conjunto de organizaciones que proveen bienes y servicios de salud–, el sistema está compuesto por tres subsistemas de cobertura que cuentan con fuentes diversas de financiamiento.

En la Tabla 12 y la Figura 8 se muestra la estructura demográfica según tipo de cobertura para el año 2010. En ellas podemos observar cuáles son los grupos etarios que más utilizan/acceden a uno u otro de los tipos de cobertura del sistema de salud, así como la repartición por género.

Desde la óptica de la salud pública es importante contemplar cuáles son los grupos poblacionales que son usuarios de los distintos esquemas de cobertura, a fin de articular políticas sanitarias consistentes con un enfoque de derecho y que se pueda brindar la respuesta más eficiente en términos de acceso y equidad.

En este sentido, resulta elocuente que cada subsistema atienda a distintas poblaciones objetivo, siendo probablemente esa situación una de las claves de los problemas que evidencia la estructura sanitaria argentina.

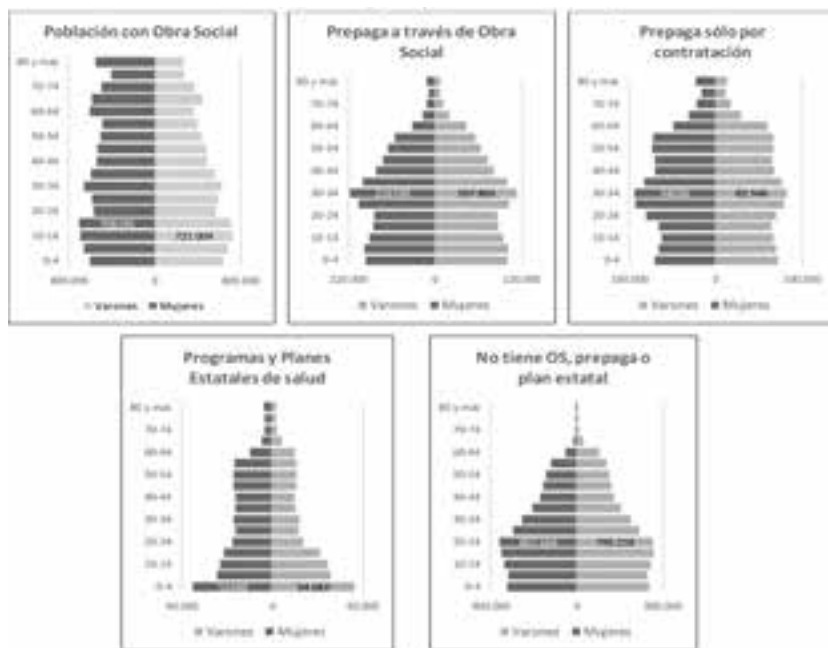
TABLA 12. ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA SEGÚN TIPO DE COBERTURA EN SALUD. ARGENTINA, 2010

Rango etario	Población según rango etario	Obra Social (*) %	Prepaga a través de obra social %	Prepaga solo por contratación voluntaria %	Programas y planes estatales de salud %	No tiene obra social, prepaga o plan estatal %
0-14	10.192.838	39,2	10,4	4,0	2,5	43,9
15-24	6.775.000	37,7	9,4	4,1	1,6	47,2
25-34	6.150.341	39,9	13,1	5,7	1,4	39,9
35-49	7.104.064	45,2	13,1	6,1	1,7	33,9
50-59	3.862.717	47,1	11,5	7,3	2,2	32,0
60-74	3.879.790	74,1	6,4	5,4	1,3	12,7
75 y más	1.706.381	88,1	3,8	3,7	1,0	3,4
Total población y porcentaje según tipo de cobertura	39.671.131	46,4	10,6	5,1	1,8	36,1

(*) Incluye PAMI

Fuente: Elaboración propia en base al Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas (INDEC, 2010).

FIGURA 8. ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA SEGÚN TIPO DE COBERTURA EN SALUD. ARGENTINA, 2010



Fuente: *Elaboración propia basada en el Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda, realizado por el Indec en 2010.*

Lo primero que observamos es que casi la totalidad de la población adulta mayor de 59 años es cubierta por el sector de la seguridad social –PAMI tiene alrededor de 5 millones de beneficiarios–. El sector de cobertura prepaga se centra en el segmento de la población económicamente activa que percibe los mayores ingresos (25 a 45 años).

A su vez, el grueso de la cobertura del sector público se concentra en la niñez, la juventud y los recién ingresados al mercado laboral de forma en general precaria, que son cubiertos por los efectores públicos de salud.

Los programas y planes estatales de salud tienen por objetivo atender grupos poblacionales focalizados, son financiados con recursos provenientes del Tesoro y también por préstamos de los organismos internacionales de crédito como el Banco Mundial (BM) a través del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Uno de ellos es el ya mencionado Plan Nacer que se implementó a partir del 2004, destinado a todas las madres, y sus hijos, que no poseyeran cobertura formal de salud. Ese plan mudó su nombre a Plan Sumar, para ampliar la población objetivo hasta transformarse en el que abarcaba a casi todo el rango etario de la población sin cobertura formal hasta el 2015. La gestión macrista englobó los programas y los incluyó a todos en lo que se denominó como Cobertura Universal de Salud (CUS).

Ni cobertura universal en base a seguros, ni sistema único: sistema mixto

El sistema de salud en Argentina es un sistema mixto, en el que conviven las coberturas formales de los trabajadores, las empresas de medicina prepaga y el sector público en sus tres niveles (nacional, provincial y municipal).

FIGURA 9. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN ARGENTINA



Fuente: CIPPEC (Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento).

El sector público es responsable de las necesidades de atención de salud de la población sin cobertura, mientras que la población que cuenta con cobertura –dada su condición de trabajador formal,

contribuyente particular o trabajadores jubilados–, es atendida por el subsector de la seguridad social o el privado, según el tipo de cobertura que tenga.

- **El subsistema público** se financia a través de los impuestos, o recursos del Tesoro recaudados a nivel nacional, provincial y/o municipal.
- **Las obras sociales** reciben aportes y contribuciones salariales cuyo destino son los seguros sociales.
- **El subsistema privado** se financia con los gastos de las familias, también denominados gastos de bolsillo, que incluyen tanto los consumos programados –pagos por las primas o mensualidades de las empresas de medicina prepaga– como los esporádicos –también denominados desembolsos directos–.

La Figura 9 combina aspectos de la demanda y de la oferta; sin embargo, el comportamiento de la población no responde a parámetros tan esquemáticos, ya que muchas consultas de personas con cobertura de seguros de salud se concretan en el sector público.

Esto es así por varias razones, entre ellas:

- **Prestigio de las instituciones sanitarias.** No siempre quien tiene un seguro explícito usa el mismo para ser atendido.
- **Localización de los prestadores.** En muchos lugares el hospital público es el único prestador.
- **Disponibilidad de servicios.** Un caso típico es el de la atención de urgencia y emergencia, donde la continuidad la garantiza el hospital público.

TABLA 13. POBLACIÓN POR TIPO DE COBERTURA DE SALUD SEGÚN QUINTILES DE INGRESO PER CÁPITA FAMILIAR. ARGENTINA, 2015 (EN %)

Quintiles de IPCF	Total	Tipo de cobertura de salud				
		Hospital público y CAPs	Obra social	PAMI	Seguros privados (prepagas)	ProFe-Incluir Salud
1° quintil	100,0	67,8	29,6	2,9	0,8	1,7
2° quintil	100,0	42,7	45,8	7,3	1,6	2,6
3° quintil	100,0	29,1	54,6	12,5	1,8	2,0
4° quintil	100,0	16,2	65,9	13,9	2,4	1,5
5° quintil	100,0	9,9	73,5	11,8	4,2	0,5
Total	100,0	38,5	49,1	8,7	1,9	1,8

Fuente: Elaboración propia basada en datos de la Encuesta Nacional de Protección y Seguridad Social (ENAPROSS, 2015) elaborado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Un breve análisis de la Tabla 13 nos permite observar cómo decrece la dependencia respecto de los efectores públicos de salud (hospital público/CAP) a medida que avanza la disponibilidad de ingresos per cápita.

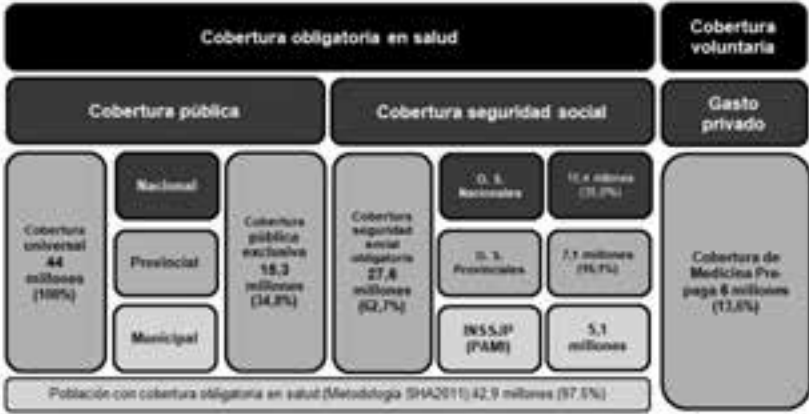
Un comportamiento inverso tiene la cobertura con obra social, en la cual los sectores de menores ingresos tienen menor participación que los de mayores ingresos. Una explicación a ese fenómeno es que los trabajadores de los primeros quintiles tienen trabajos informales, por lo tanto, sin cobertura de obra social ni derechos laborales. Este patrón también se observa en el sector de la medicina prepaga, donde aumenta la participación a medida que avanza la distribución del ingreso.

La cobertura que ofrece el PAMI abarca porcentajes significativos en todos los quintiles de la distribución del ingreso, concentrando la participación en los quintiles de 3 a 5. Esto se debe a que la mayoría de los afiliados al PAMI son jubilados de trabajos formales, que cobran por encima de los ingresos correspondientes a los dos primeros quintiles de la distribución.

En el año 2019, la Secretaría de Gobierno en Salud (hoy Ministerio) publicó un valioso trabajo en el cual hace el cálculo de cuántas personas son cubiertas por el sector público, el sector de la seguridad

social y el de los seguros privados, conocido en Argentina como de la medicina prepaga (De la Puente y De los Reyes, 2019).

FIGURA 10. COBERTURA EN SALUD (PÚBLICA Y DE SEGURIDAD SOCIAL). ARGENTINA, 2017



Nota: Población con cobertura obligatoria (Metodología SHA2011): es la suma de la población con cobertura social y la población con cobertura pública exclusiva (CPE).
Fuente: Dirección de Economía de la Salud, Secretaría de Gobierno de Salud, 2019.

En la Figura 10 vemos que la población con cobertura pública exclusiva (CPE) es de 15,3 millones de personas –casi un tercio de la población nacional–. La seguridad social cubre las necesidades de salud de 27,6 millones de habitantes y la medicina prepaga atiende a 6 millones de personas.

TABLA 14. GASTO EN SALUD SEGÚN FUENTE DE FINANCIAMIENTO, EN MILLONES DE PESOS CORRIENTES. ARGENTINA, 2017

Agente del gasto	Gasto en millones de pesos corriente (2017)	% del PBI
Nacional	3.626,7	0,5
Provincial	13.056,0	1,8
Municipal	2.901,3	0,4
Gasto público total	19.583,9	2,7
OSN	14.506,6	2,0
OSP	7.253,3	1,0
INSSJyP (PAMI)	6.528,0	0,9
Gasto Seguridad Social	28.287,9	3,9
Gasto Privado Total	20.309,3	2,8
Gasto Total en Salud	68.181,1	9,4

Fuente: Elaboración propia en base a datos del INDEC (PBI) y del documento “¿Cuánto gasta Argentina en Salud?” de la Secretaría de Gobierno en Salud, 2019.

Las interrelaciones entre los flujos de financiamiento entre cada uno de los subsistemas en el sector público, las obras sociales, las empresas de medicina prepaga y otros actores relevantes dentro del sistema general de salud permiten divisar la complejidad del sistema y la necesidad de abordajes integrales para la consecución de las políticas sanitarias.

En base al documento “¿Cuánto gasta Argentina en salud?” (De la Puente y De los Reyes, 2019) y considerando el PBI a pesos corrientes del año 2017, observamos que en este año, el gasto total en salud fue de 68.181,1 millones de pesos, representando el 9,4% del PBI.

- **3,9% del PBI** corresponde al gasto de obras sociales (\$28.287,9 millones);
- **2,8% del PBI** corresponde privado total (\$20.309,3 millones);
- **2,7% del PBI** corresponde al gasto público total (\$19.583,9 millones).

Para el año 2017, y sobre la base del documento ya referido, se puede observar una gran diferencia en el gasto per cápita entre el gasto público y el de las obras sociales, respecto del gasto privado (Tablas 14 y 15).

TABLA 15. GASTO PÚBLICO, DE SEGUROS SOCIALES Y PRIVADO, PER CÁPITA EN \$ Y EN US\$, Y PORCENTAJE DEL GASTO EN SALUD RESPECTO DEL PBI. ARGENTINA, 2017

Sub-sectores de salud	Gasto en millones de \$	Gasto per cápita en \$	Gasto per cápita en dólares (promedio 2017)	% del PBI
Gasto Público Total	19.583,9	1.429,7	82,3	2,7
Gasto de Seguridad Social (incluye PAMI)	28.287,9	1.088,6	62,7	3,9
Gasto Privado	20.309,3	4.657,6	268,1	2,8
Gasto Total en Salud	68.181,1	1.548,0	89,1	9,4

Fuente: *Elaboración propia basada en De la Puente y De los Reyes (2019).*

En los últimos cuatro años, el ajuste perpetrado por la gestión macrista implicó un fuerte retroceso en el acceso a la salud y la reaparición de enfermedades endémicas que habían sido erradicadas como fue el caso del sarampión, del que en el año 2018 se volvió a reportar casos luego de aproximadamente veinte años. En julio de 2020 el ministro de Salud de la Nación, Ginés González García, anunció que, “tras pasar más de doce semanas sin casos de sarampión, se da por concluido el brote de esta enfermedad que había comenzado a fines de agosto del año pasado”. De esta manera, Argentina logró mantener la condición del país libre de sarampión (Ministerio de Salud de la Nación, 2020).

Los trabajadores de salud en Argentina

Salud es parte del tercer sector de la economía.¹² Sus acciones pueden ser catalogadas como servicios de personas para personas, en las cuales los trabajadores conforman el núcleo central e imprescindible.

¹² Sectores de la economía. Sector primario: dedicado a la extracción de recursos de la naturaleza (agricultura, ganadería, pesca, silvicultura, minería); sector secundario: dedicado a la transformación de las materias primas en productos elaborados (industria, artesanía, construcción); sector terciario: trabajos que ofrecen servicios (salud, educación, transporte, comercio).

Los trabajadores representan el componente estructural más significativo y son al mismo tiempo el principal factor potencial de cambio. También se constituyen en el más fuerte estabilizador de esas transformaciones cuando estas se instalan en la cultura institucional (Rovere, 1993). De ahí que resulte importante una referencia a esta cuestión en un texto que analiza el sistema de salud en Argentina.

En 2012, Ginés González García, en un trabajo que se enfoca en la salud de los médicos en Argentina, estimaba que el sistema de salud en este país, en su conjunto, empleaba aproximadamente 700.000 personas, lo cual equivalía al 4,7% del total de trabajadores ocupados de los aglomerados urbanos del país (González García *et al.*, 2012). Si bien el sector público concentra alrededor del 40% del total de los empleados en esta actividad, la evolución de los últimos años registra una tasa de crecimiento superior en el ámbito privado.

Respecto del número total de trabajadores de salud en Argentina, no se cuenta con datos fidedignos actualizados. En 2016 fue creado el Observatorio Federal de Recursos Humanos de Salud (Oferhus), actualmente dependiente de la Dirección Nacional de Capital Humano del Ministerio de Salud de la Nación, un espacio destinado al fortalecimiento, a la evaluación y al monitoreo de las políticas de recursos humanos en salud. Se proponía consolidar una red de observatorios provinciales que contribuyeran a la

evaluación y monitoreo de situaciones y tendencias de los recursos humanos locales, en el marco de los procesos de desarrollo de los sistemas y servicios de salud; y aportar a los procesos de toma de decisiones en materia de recursos humanos en salud en el país, mediante la producción colectiva de evidencias, analizadas desde las distintas perspectivas locales en función de las necesidades regionales y nacionales de salud (Ministerio de Salud de la Nación, 2018).

Sin embargo, tampoco este organismo oficial publica datos actualizados sobre tan relevante cuestión.

La información disponible más actualizada proviene de un estudio realizado por la licenciada en sociología Mónica Abramzón en 2004 y publicado por OPS en 2005, y de un trabajo presentado en 2015 por

la Dirección nacional de regulación sanitaria y calidad de servicios de salud, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, a cargo del Dr. Guillermo Williams (2015).

Abramzón utilizó el censo nacional de población de 2001 para estimar el número de profesionales de salud y concluyó que para esa fecha existía aproximadamente un médico cada 300 habitantes y que la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la provincia de Buenos Aires concentraban el 55% de los profesionales mientras ambos distritos reunían al 46% de la población del país. Esa misma investigación mostraba que había en nuestro país 10 médicos por cada enfermera, es decir que, cuando Argentina mostraba una razón de médicos por habitantes similar a la de países europeos, estos últimos evidenciaban diez veces más enfermeros por habitantes (Abramzón, 2005).

Del trabajo de Williams, que da cuenta de la conformación de la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud, se recuperan datos sobre médicos y enfermeras del año 2013. La relación de personal de enfermería (177.974 totales) por médico activo (166.187 totales) era de 1,07, siendo la relación enfermeros/médicos (sin contar los auxiliares de enfermería) de 0,55. Eso significa que, si bien se había mejorado respecto de 2001, todavía se estaba muy lejos de la situación que muestran los países desarrollados o incluso otros países de la región.

En efecto, un informe de 2018 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) titulado Distribución de la fuerza de trabajo en enfermería en la Región de las Américas reveló que la Argentina posee una de las tasas más bajas de enfermeros por habitante, con 4,24 cada 10 mil personas, solo por encima de Honduras, República Dominicana y Haití. Cuba es el país mejor posicionado de América Latina con 81,30, seguido muy lejos por Chile, con 22, luego Uruguay (18,9), Brasil (7,1) y Bolivia (5,1). En tanto, los Estados Unidos (111,4) y Canadá (106,4) son los que mantienen la mayor proporción de todo el continente (Cassiani *et al.*, 2018). En estos últimos casos mencionados, correspondería un análisis más preciso, debido a que las diferencias en los planes de estudios y certificaciones distorsionan los guarismos, pero que no entra en los objetivos de este trabajo.

Vale mencionar como contrapartida que Argentina, además de incrementar el número de personal de enfermería, ha logrado mejorar el peso relativo de cada nivel de formación en enfermería a través de incrementar el número de técnicos y licenciados. Así, mientras que en 2001 el porcentaje de licenciadas en enfermería llegaba solo al 5%, era del 14% 15 años después (Tabla 16).

TABLA 16. CANTIDAD DE ENFERMERAS POR MÉDICO: ALGUNOS RESULTADOS PRELIMINARES, SERIE 2001-2016 (EN NÚMERO Y EN %)

Nivel de formación	2001		2016	
	Número	%	Número	%
Auxiliares	58.092	69	81.268	40
Técnicos	21.897	26	92.822	46
Licenciados	3.633	5	29.360	14
TOTAL	83.622	100	203.450	100
Relación enf./médico	0,65		1,15	

Fuente: Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS) - Ministerio de Salud de la Nación.

Uno de los indicadores que habitualmente se consideran para comparar entre sí los distintos sistemas de salud es el número de habitantes por médico. Según datos del Banco Mundial (véase Tabla 8), Argentina mostraba para 2016 una relación equiparable a los países con mejores indicadores sanitarios (3,96 médicos cada 1.000 habitantes). Sin embargo, la distribución geográfica de los mismos es muy dispar. En efecto, para 2012, la región del Noroeste argentino mostraba una relación de 2,74 médicos por 1.000 habitantes, y en el otro extremo, la región central, 6,79 debido al peso de CABA. Sin contar esta jurisdicción, la relación es favorable para la región patagónica (4,83 por 1.000), aunque la permanencia en esta zona muchas veces resulta aleatoria ya que los profesionales prefieren migrar a centros más poblados o regresar a sus lugares de origen antes de culminar su vida laboral (Williams *et al.*, 2014).

En el contexto de modelos de atención que tienden a la fragmentación y en los cuales se verifican un alto grado de especialización y

una mayor utilización de servicios de salud, no alcanza con considerar solamente el dato cuantitativo, también debe atenderse la calidad y el tipo de especialidad requerida. En la actualidad, en todas las jurisdicciones del país se registran dificultades para cubrir determinados cargos en especialidades médicas críticas, y también en otras profesiones necesarias para la conformación de los equipos si se quiere brindar atención calificada. En este sentido, el alarmante dato ya comentado, referido al déficit de enfermería que se expresa en una relación médico/enfermera desaconsejable, se reproduce con referencia a otras disciplinas del arte de curar, aunque algunas de ellas muestran una tendencia creciente en los últimos años (nutrición, kinesiología) (Abramzón, 2006).

Pese a algunos intentos de planificación del talento humano en salud, como la inclusión del tema en el Plan Federal de Salud 2004-2007, que establecía entre sus metas la delimitación de las “prioridades de formación en términos cuanti y cualitativos en forma concertada con las entidades formadoras públicas y privadas y los entes de rectoría” (Ministerio de Salud de la Nación, 2004: 41), las iniciativas en este sentido ni fueron suficientes, ni resultaron efectivas.

Históricamente Argentina no ha desplegado una política activa de gestión de talento humano en el ámbito de la salud tendiente a propiciar los cambios en el sistema de salud que permitieran alinear su perfil con las necesidades de la población. La planificación y gestión del talento humano en salud deberá considerar las nuevas demandas de salud considerando su complejidad creciente y también los cambios en el perfil de los profesionales recientemente egresados, algunos de los cuales surgen al analizar los resultados de investigaciones que se han llevado a cabo para indagar en las preferencias y expectativas de los estudiantes y los egresados de carreras del ámbito de la salud.

En las conclusiones de esos estudios se destacan los cambios en la valoración del tiempo de ocio, la demanda de mayor flexibilidad horaria, la menor tolerancia a actividades extraordinarias como las guardias y la menor disposición a ejercer en localidades pequeñas y áreas rurales.

Por esa razón, las políticas dedicadas al talento humano en salud deben contemplar la instalación de estímulos necesarios y efectivos

para fomentar la radicación de profesionales en forma equilibrada en el territorio y la cobertura de las distintas especialidades, a fin de contribuir a reducir brechas. Es relevante combinar los incentivos económicos con la disposición al progreso personal y familiar y la percepción de ser parte de un colectivo que los contiene y valora (González García *et al.*, 2012).

Fujos financieros dentro del sistema argentino de salud

Constituye un error frecuente considerar que el gasto público en salud se destina exclusivamente a la financiación de la atención médica de las personas sin cobertura de seguros de salud.

La coordinación del sistema de salud es responsabilidad del Estado en sus tres niveles e implica gastos que trascienden el destinado a la mera asistencia médica. Las tareas de promoción y prevención de la salud, de vigilancia epidemiológica, de investigación y regulación son necesarias para el desenvolvimiento de las sociedades y la construcción de derechos en el marco de la igualdad y el derecho a la salud pública.

El sistema de salud se nutre de diversas fuentes de ingresos cuya asignación atiende también una gran variedad de actores. Para sintetizar, vamos a explicitar las principales fuentes y sus destinos en términos de población alcanzada.

El Estado en sus tres niveles (municipal, provincial y nacional) destina recursos que provienen de los impuestos generales para todas las tareas de salud y que, en conjunto con el aporte de los organismos internacionales (Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo),¹³ financian las tareas de salud pública y de atención a la población sin cobertura formal de salud.

La Seguridad Social, a través de los aportes obligatorios de trabajadores registrados y sus respectivos empleadores, financia la atención médica de las obras sociales y de las empresas de medicina privada que reciben los aportes de dichos trabajadores.

¹³ Se financian programas específicos con partidas presupuestarias asignadas y controladas por estos organismos, en el marco de programas internacionales acordados.

El sector privado se financia en parte por el gasto de bolsillo de los particulares y en parte por los aportes voluntarios de los trabajadores (registrados, monotributistas y particulares) que contratan los servicios de los seguros privados de salud.

Una parte importante del gasto de bolsillo –que resulta difícil estimar de manera concreta– es el desembolso directo por parte de los beneficiarios de todas las coberturas, que deben afrontar con dinero propio la diferencia entre la cobertura asumida por las obras sociales y los valores de venta al público. Un ejemplo de esto es el dinero erogado por los afiliados a las distintas obras sociales en medicamentos y otras tecnologías médicas que la seguridad social no cubre en su totalidad (co-seguros o co-pagos).

Un trabajo de referencia para dimensionar las interrelaciones de los flujos financieros dentro del sistema de salud argentino es el esquema realizado por Federico Tobar en el 2012 en los documentos del Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (Cippec) (Tobar *et al.*, 2012).

La salud pública no solo implica la atención de salud de las personas sin cobertura formal, sino que es un pilar de los procesos sociales de inclusión y construcción de derechos.

Interrelaciones en el campo de la salud y los diversos subsistemas

Sobre la base del esquema propuesto por Tobar (Tobar *et al.*, 2012), desmenuzaremos las interrelaciones de los componentes del sistema de salud para ofrecer una dimensión de éstos y de la forma en que conviven en este campo.

Se identifican tres grandes grupos para el análisis: el primero abarca la **población**, que puede tener o no cobertura formal. En otro están los **esquemas de financiamiento** que responden a la forma y al origen de los flujos monetarios, los cuales sostienen y financian a los diversos actores del **proceso de atención**, al que las personas acuden cuando demandan **atención médica** (Figura 11).

El primer grupo está integrado por personas que acceden regularmente, asistiendo tanto a los efectores del **sector público**, como también a los de la **seguridad social y del sector privado**.

Las personas cuya única posibilidad de atención de la salud es a través de los efectores públicos son consideradas “sin cobertura formal”, mientras que a la masa de trabajadores registrados y a quienes abonan seguros privados de salud se los considera “con cobertura”.

FIGURA 11. FLUJOS FINANCIEROS EN EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO, 2010



Fuente: Elaboración propia basada en Tobar et al. (2012).

Las instituciones que intervienen en los esquemas de atención de la salud para cada uno de los grupos poblacionales dependen de formas de financiamiento de distinto carácter. El Estado en sus tres niveles financia a través de los impuestos la salud pública, que abarca las dimensiones de atención, investigación, promoción y prevención de la salud, así como también la regulación de los procesos económicos y sociales que atraviesan el campo de la salud.

El alcance de la red de salud pública en nuestro país se relaciona con el proceso de políticas sanitarias impulsadas por el Dr. Carrillo, con una lógica claramente social de la atención a la salud, anclada en la realidad nacional y una tradición universalista.

La masa de trabajadores formales recibe atención médica a partir de la cobertura que brindan los sindicatos mediante las obras so-

ciales. Estos contratan los **profesionales médicos**, abonan por la atención en las **clínicas privadas** y financian los tratamientos complementarios y farmacológicos (medicamentos) para sus afiliados.

Se conforma así el sector de la **seguridad social**, que responde a un esquema bismarkiano en el que se desenvuelven las obras sociales nacionales (OSN), las provinciales (OSP) y las obras sociales de otras instituciones del Estado como el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados a través del PAMI, las Fuerzas Armadas y las universidades, entre otras.

Estas se financian a partir de las **contribuciones obligatorias** que realizan empleadores y trabajadores, sean del sector público, privado o de la sociedad civil, y atienden las necesidades de atención médica de sus afiliados.

El sector de la **salud privada**, en el que conviven las empresas de medicina prepaga (EMP) y las mutuales de la sociedad civil, financia esquemas de seguros de salud a través del **gasto de bolsillo** que realizan sus aportantes.

Una parte del financiamiento de los diferentes esquemas de cobertura también proviene del gasto de bolsillo por parte de personas que con cobertura formal en salud deben erogar dinero extra para el acceso y el tratamiento de la salud, comprando planes de salud superiores a los ofrecidos por las obras sociales y pagando por prestaciones que quedan por fuera de los esquemas de cobertura formal, como lo son muchos de los medicamentos prescriptos habitualmente. Esta porción del gasto de bolsillo se denomina **desembolso directo**.

Los **servicios públicos** reciben los flujos monetarios provenientes de los distintos niveles de gobierno según el tipo de jurisdicción (nacional, provincial y municipal), a través de los ministerios y subsecretarías.

A estos pueden acceder todas las personas que habitan suelo argentino, porque así lo dice nuestra Constitución, dando atención de la salud a cualquier persona que asista a un efector público de salud, incluidas las poblaciones con cobertura y sin cobertura.

Asimismo, la política del Estado en salud abarca las acciones **de prevención, promoción, regulación y vigilancia epidemiológica**.

El Estado recibe financiamiento de los organismos internacionales de crédito y financia parte de los programas de cobertura especial dirigidos a grupos poblacionales focalizados y sin cobertura formal, con el fin de responder a los lineamientos de las políticas sanitarias de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El análisis de los flujos de financiación de los distintos subsistemas de atención de la salud muestra cuál es la disputa por los recursos destinados a la salud, lo que pone en tensión el rol y el alcance de la política sanitaria integral, ya que el Estado tiene un rol rector fundamental, además de ser el respaldo de todo el sistema ante situaciones de crisis y epidemias.

Las instituciones de salud se financian mediante impuestos, contribuciones y gasto de bolsillo. Estos fondos sirven para sufragar el proceso de atención médica, que tiene diferentes actores según la población que los demanda.

La población con cobertura accede a los establecimientos privados de salud o a los propios de la seguridad social. En el primer caso la obra social paga por los servicios prestados y abona en parte el gasto en medicamentos de esta población. En muchos casos sucede que las personas que tienen cobertura formal en salud asisten a los efectores públicos, lo cual genera un subsidio cruzado por parte del sector público al sector de cobertura formal de la salud, ya que cuando un persona asiste a un efector público de salud no se le niega la atención, tenga o no obra social. Un ejemplo elocuente de esta situación es la atención de las emergencias en salud, ya que pocos servicios privados o de la seguridad social cuentan con guardias permanentes, especialmente en lugares alejados de los grandes conglomerados urbanos. Lo mismo ocurre en los lugares donde el sector público es único prestador para todo tipo de atención.

En muchas provincias se está avanzando con los sistemas de recupero de forma tal que la atención médica recibida por personas con cobertura formal en salud en los efectores públicos pueda ser facturada a las obras sociales y/o prepagas, ya que los afiliados realizan sus contribuciones y abonan las cuotas de las prepagas para no tener que pagar directamente por la atención de salud. Sin embargo, el desarrollo de esquemas efectivos de recupero financiero es exiguo, con

lo cual el subsidio mencionado antes sigue destacándose cuando se analizan los flujos financieros del sector.

La heterogeneidad en números

Las diferencias entre los distintos tipos de sistema de salud se dan entre las diferentes formas de cobertura y también entre las provincias, ya que cada una, como garante de la salud de sus habitantes, dispone de recursos muy dispares para la atención de la salud de su población.

Para completar el panorama relacionado con el financiamiento del sistema de salud y anticipar lo que se expondrá luego respecto de las diferencias en resultados sanitarios entre jurisdicciones, vale mostrar el gasto público en atención de la salud en las provincias argentinas (Tabla 17) (Sanguinetti, 2015).

El gasto per cápita muestra enormes diferencias interjurisdiccionales, que en los extremos es de hasta 8 veces (Buenos Aires 657 *versus* Tierra del Fuego 5.516). Estas brechas son significativas, aunque por sí solos estos guarismos no explican la asimetría en los resultados sanitarios. De hecho, el gasto en salud de cada provincia se correlaciona más con el tamaño de la población y del sistema de salud –capacidad instalada y volumen de personal– que con las condiciones de salud de la población (Maceira, 2007).

De todas maneras, es dable apuntar que a causa de la descentralización ocurrida a principios de la década de 1990 las provincias pasaron a ocupar un rol central en la provisión de servicios de salud, especialmente entre la población que no cuenta con cobertura de la seguridad social (Borini, 2013).

Los resultados sanitarios para este importante grupo de personas, más de 15 millones, si bien tienen relación con el nivel de inversión pública en salud, como ya mencionamos al principio de este documento, están fuertemente vinculados con los determinantes sociales. Esa determinación genera las desigualdades entre las distintas provincias que integran el territorio argentino.

TABLA 17. GASTO PÚBLICO EN ATENCIÓN DE LA SALUD EN LAS PROVINCIAS ARGENTINAS, 2013

Provincia	En millones de pesos de 2013	Variación porcentual respecto de 2003	En pesos per cápita	En pesos por beneficiario	En millones de US\$	En US\$ por beneficiario	En % del GPT
Buenos Aires	10.168	78,7	657	1.857	1.855	339	6,7
CABA	10.494	124	3.707	20.986	1.914	3.828	20,7
Catamarca	888	263,1	2.451	6.265	162	1.143	10,1
Chaco	2.002	315,7	1.911	3.298	365	602	10,3
Chubut	1.396	190,9	2.802	10.267	255	1.873	11,6
Córdoba	3.629	163,2	1.114	3.388	662	618	7,8
Corrientes	1.394	287,2	1.415	2.924	254	533	10,5
Entre Ríos	2.138	193,6	1.748	4.892	390	892	9,8
Formosa	1.366	304,7	2.592	4.556	249	831	10,7
Jujuy	1.307	225,5	1.960	4.332	238	790	11,9
La Pampa	988	151,2	3.135	9.712	180	1.772	12,5
La Rioja	676	107	2.038	5.345	123	975	9,7
Mendoza	2.003	154,7	1.164	3.147	365	574	9
Misiones	1.632	340,7	1.495	3.428	298	625	10,2
Neuquén	1.926	65,4	3.555	10.235	351	1.867	11,8
Río Negro	1.378	180,5	2.198	6.386	251	1.165	13
Salta	2.226	221,2	1.851	3.887	406	709	16,7
San Juan	1.129	122,7	1.677	3.812	206	695	11,3
San Luis	614	86,6	1.434	3.617	112	660	9,4
Santa Cruz	1.267	158,9	4.835	28.538	231	5.206	10,6
Santa Fe	4.217	204,9	1.333	4.204	769	767	10,1
Santiago del Estero	1.252	176,7	1.443	2.579	228	471	9,8
Tierra del Fuego	679	114,1	5.516	25.657	124	4.680	9,8
Tucumán	2.983	408,9	2.071	5.681	544	1.036	16,4
TOTAL	57.253	149,9	1.456	4.035	10.535	736	10,5

Fuente: Sanguinetti (2015).

En lo estrictamente atinente al sistema de salud, es importante conocer no solo el nivel del gasto en atención de la salud de las provincias sino también su asignación funcional al interior del subsistema de salud pública provincial, lo que abre un campo de análisis extenso que involucra tanto el sector público como las obras sociales provinciales y los acuerdos con el sector privado.

Algo sobre el presupuesto nacional y el destino salud

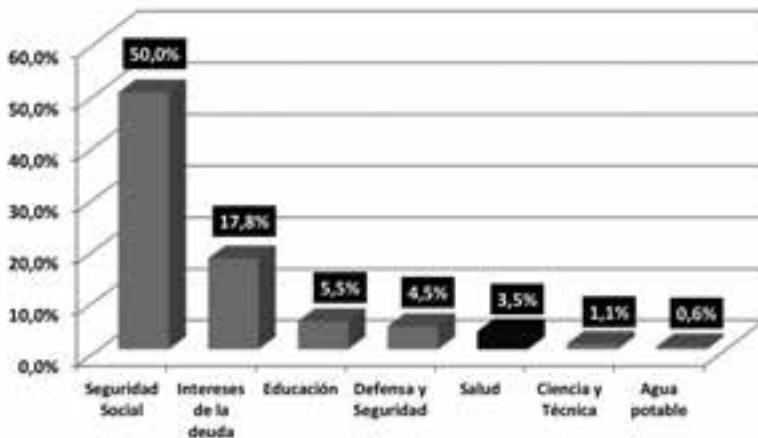
Una de las herramientas para el análisis de la política sanitaria de un gobierno es la participación que les otorga a la salud y a la seguridad social en el presupuesto anual. El rol que le asigne, en los tres niveles de gobierno, a la política sanitaria podrá ser evaluado a partir de los montos y la ejecución de los fondos asignados a salud, complementado con los fondos destinados a la seguridad social, que fortalecen los determinantes sociales de la salud.

Cuando los objetivos macroeconómicos no son alcanzados y los presupuestos legalmente aprobados son subejecutados, su utilidad pierde relevancia y adquieren importancia las áreas que son más recortadas, ya que el presupuesto nacional contempla flujos de dinero para la salud pública en general.

El estudio detallado del presupuesto de salud y la comparación entre periodos permiten una aproximación más creíble de la visión que cada gobierno tiene acerca de la salud del pueblo.

Respecto del presupuesto nacional para 2017, Mario Borini destacaba que la finalidad de mayor crecimiento era la deuda pública (11% en términos nominales), que crecía en 2017 cuando ya lo había hecho en 2016 en US\$ 40 mil millones. De esa forma, un 20% del presupuesto de la administración pública nacional se destinaba solamente al pago de intereses de la deuda. Ese gasto era una vez y media superior al gasto total previsto para salud y siete veces mayor que el previsto para provisión de agua potable y alcantarillado.

FIGURA 12. PORCENTAJES DEL PRESUPUESTO NACIONAL PARA 2019 POR ÁREAS



Fuente: Elaboración Fundación Soberanía Sanitaria a partir de datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del (ex) Ministerio de Salud de la Nación.

El presupuesto 2017 promovía mayor concentración económica sobre la base de mayores exenciones impositivas a la renta financiera, menores contribuciones empresarias a la seguridad social, regímenes de promoción económica de grupos concentrados de la economía y exención de impuestos a bienes personales (Borini y Migueles, 2017). Esta tendencia se sostuvo durante los dos años siguientes (2018, 2019) (Figura 12).

La Fundación Soberanía Sanitaria publicó en octubre de 2018 un informe en cinco partes que analiza el presupuesto aprobado para el año 2019 (Fundación Soberanía Sanitaria, 2018a). En coincidencia con la mención de Borini para el presupuesto 2017, la Fundación Soberanía Sanitaria señala para el 2019:

Es importante señalar que los servicios de la deuda (estimación de pagos de servicios de la deuda del sector privado, organismos internacionales y sector público financiero) es la única actividad que crece por encima de la inflación promedio estimada y es la única que podría seguir creciendo si aumenta el dólar, dado que registra un aumento nominal en el presupuesto 2019 del 48,8% (Fundación Soberanía Sanitaria, 2018a).

Para analizar el presupuesto y establecer si hubo aumentos o reducciones respecto del año anterior se toma en cuenta la inflación promedio anual, además de la diferencia nominal. Es decir, se compara el presupuesto 2019 con al presupuesto vigente para 2018 en términos nominales, pero considerando la inflación proyectada. De esta forma es posible conocer el aumento o la disminución real del crédito asignado para cada programa. Una síntesis de ese pormenorizado informe se agrega en el resumen de la Tabla 18.

TABLA 18. IMPACTO EN LA ASIGNACIÓN POR ÁREAS ESPECÍFICAS DEL EX-MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (*), SEGÚN PRESUPUESTO APROBADO PARA 2019

Área	Reducción real 2018-2019
Salud integral en la adolescencia	45,20%
Sanidad escolar	97,60%
Detección temprana y atención de enfermedades poco frecuentes y anomalías congénitas (incluye provisión de hormona de crecimiento)	41,10%
Programa de atención de la madre y el niño (las anteriores están incluidas)	76,40%
Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP)	42,50 %
Hospitales SAMIC: Garrahan y El Cruce	6,1% y 7,1%
Cobertura Universal de Salud (CUS)-Medicamentos (ex-Remediar)	36,6% (**)
Salud sexual y reproductiva	14,70%
Programa equipos comunitarios (ex – médicos comunitarios)	66,40%

(*) En septiembre del año 2018, el Ministerio de Salud de la Nación pasó a ser la Secretaría de Gobierno en Salud dependiente del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, por decreto presidencial. En diciembre del 2019 vuelve a tomar rango ministerial, recuperando el nombre de Ministerio de Salud de la Nación.

(**) Debe considerarse que CUS-Medicamentos incorporó drogas oncológicas, antes a cargo del Banco Nacional de Drogas Oncológicas, y la ayuda directa a personas, antes a cargo de la Secretaría de Articulación Institucional del Ministerio de Desarrollo Social. La reducción apuntada es sin tomar en cuenta las áreas incorporadas.

Fuente: Elaboración propia a partir del Informe N° 37 de la Fundación Soberanía Sanitaria.

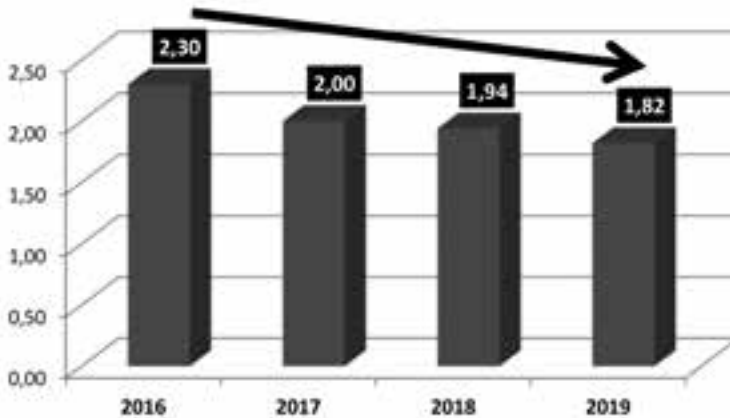
Se observan grandes reducciones reales en todas las áreas estudiadas. Las consecuencias del ajuste en salud son pérdidas irreversibles, cuyos costos sociales son absorbidos por toda la sociedad, en especial

por los sectores de menores recursos que demandan atención en los efectores públicos de salud.

El MSN ha tenido diferentes conformaciones y estructura, pero siempre mantuvo entre sus competencias y obligaciones la coordinación, articulación y complementación de sistemas de servicios de salud estatales del ámbito nacional, provincial municipal, de la seguridad social, y del sector privado. Además, mediante el financiamiento de infraestructura y la transferencia de recursos el Ministerio de Salud reduce las desigualdades entre jurisdicciones garantizando servicios de salud de calidad y el acceso a tratamientos (ver programas verticales mencionados en el apartado dedicado a la gestión de Juan Manzur).

Muchos de los programas que tienen a su cargo esas actividades muestran un ajuste en el presupuesto 2019.

FIGURA 13. REPRESENTACIÓN PORCENTUAL DEL PRESUPUESTO NACIONAL CORRESPONDIENTE AL ÁREA DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (DESDE 2018 SECRETARÍA DE GOBIERNO EN SALUD) CON LAS COMPETENCIAS DE 2015



Fuente: Fundación Soberanía Sanitaria a partir de datos de los presupuestos nacionales 2016, 2017, 2018 y 2019.

El presupuesto asignado para 2019 para la Secretaría de Gobierno en Salud (ex Ministerio de Salud de la Nación) presenta una reducción real del 8,1% respecto de 2018.

La reducción no es la misma en todas las áreas: es mayor en algunas que hacen eje en la promoción y la prevención de la salud (Fundación Soberanía Sanitaria, 2018b). Cuando se observa la evolución del peso porcentual de la asignación presupuestaria correspondiente al Ministerio de Salud se advierte un progresivo descenso (Figura 13).

Resultados sanitarios

Vale la pena, a fin de ilustrar este documento, tomar unos pocos indicadores que dan cuenta del estado de salud de los argentinos y que ponen en evidencia, básicamente, lo siguiente:

1. **La fragmentación del sistema atenta contra la posibilidad de mejorar** el producto del esfuerzo de los componentes del sistema.
2. **La comparación con otros países** muestra que no tenemos los resultados esperables para el nivel de inversión en salud que mostramos.
3. **Las brechas hacia el interior de nuestro país** que se evidencian al comparar las distintas jurisdicciones resultan injustas y hasta inmorales.

Esperanza de vida al nacer (EVN). La Argentina presenta para 2018 –últimos datos disponibles (OPS, 2018)– una esperanza de vida al nacer (EVN) de 77,4 (80,6 para mujeres y 74,1 para varones). Si bien el país registra una evolución positiva en este indicador epidemiológico –era para 2009 de 75,4 años; 78,7 en mujeres y 72,0 en varones–, en las últimas dos décadas la comparación con otros países de la región con ingreso per cápita similar, como Uruguay o Costa Rica, evidencia un ritmo de crecimiento menor y la pérdida de liderazgo sanitario.¹⁴ Llama la atención la comparación con Cuba,

14 Según la base de datos del Banco Mundial para la variable “Gasto en salud per cápita (US\$ a precios actuales)”, en 2009 el gasto promedio en Argentina fue de US\$ 730 por persona, en Costa Rica de US\$ 668 y en Uruguay de US\$ 698. Disponible en <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD>.

considerando que este país tiene un PBI per cápita menor que el argentino.

En la Tabla 19 se expone la EVN de algunos países de la región de las Américas, en datos correspondientes al año 2018.

TABLA 19. ESPERANZA DE VIDA AL NACER (EVN) EN PAÍSES DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS, 2018

País	EVN mujeres	EVN varones	EVN promedio
Argentina	80,6	74,1	77,4
Bolivia	72,4	67,3	69,8
Brasil	79,5	72,3	75,9
Chile	82,3	77,4	79,9
Colombia	78,3	71,2	74,7
Costa Rica	82,6	77,9	80,2
Cuba	82,1	78,2	80,1

Fuente: Elaboración propia basada en OPS (2018).

La Tabla 20 y la Figura 14 muestran la evolución histórica de la EVN cada 10 años desde 1967, en cinco países del continente americano (Canadá, Chile, Cuba, Costa Rica y Argentina), así como los guarismos para el año 2017.

Obsérvese que la Figura 14 muestra a Canadá claramente por encima del resto de los países analizados y el resto, todos mejorando progresivamente, pero con pendiente de la curva de tendencias diferentes.

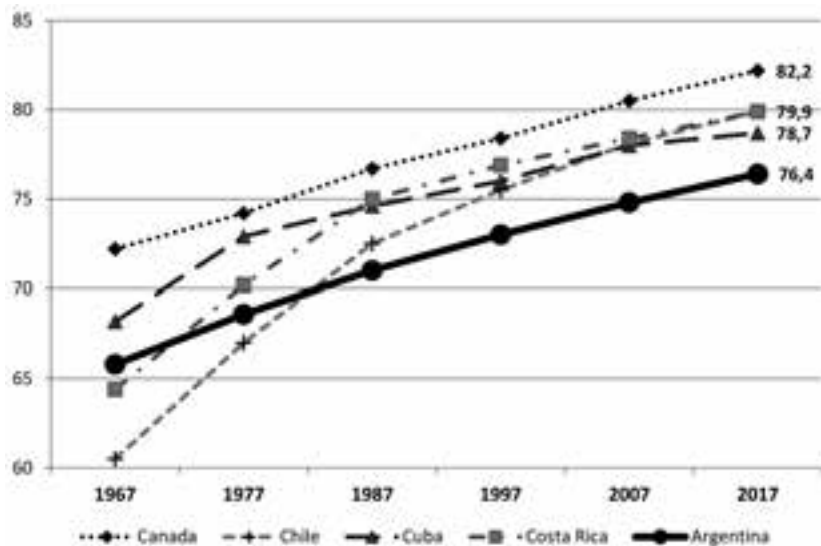
TABLA 20. ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN CANADÁ, CHILE, COSTA RICA, CUBA Y ARGENTINA EN 1967, 1977, 1987, 1997, 2007 Y 2017

País	1967	1977	1987	1997	2007	2017
Canadá	72,2	74,2	76,7	78,4	80,5	82,2
Chile	60,5	67	72,5	75,5	78,1	79,9
Cuba	68,2	72,9	74,6	76	78	78,7
Costa Rica	64,4	70,2	75	76,9	78,4	79,9
Argentina	65,8	68,6	71	73	74,8	76,4

Fuente: Banco Mundial (BIRF - AIF)

https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN?locations=AR-CL-CA-CR-CU&name_desc=false

FIGURA 14. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS DATOS DE LA TABLA 20



Además, la comparación provincial de la EVN sintetiza una tendencia que se reitera en gran parte de los resultados de salud y que constituye una clave para comprender el perfil epidemiológico argentino: la existencia de profundas brechas entre regiones y grupos poblacionales.

Por ejemplo, existe una diferencia de casi **cinco años** entre las provincias con menor y mayor EVN. La última publicación de los indicadores básicos de salud de Argentina muestra que la EVN para ambos sexos en Chaco alcanzaba los 72,85 años para el periodo 2008-2010, mientras que CABA llegaba a los 77,17 años (Secretaría de Gobierno de Salud, 2019). Tal como veremos con otros indicadores, si bien la brecha se ha reducido todavía se expresan diferencias respecto de las cuales hay tareas para desplegar.

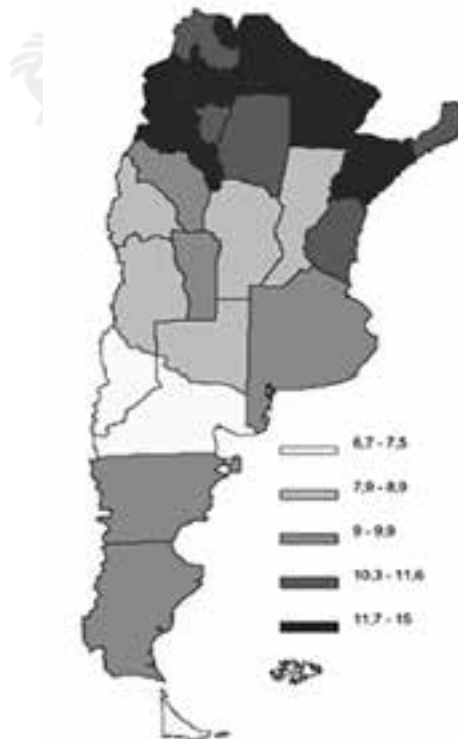
Tasa de Mortalidad Infantil (TMI). En este aspecto, la evolución argentina es alentadora, como ya se mencionó al introducir la Figura 7. Cabe destacar que en el periodo 2002-2015 bajó más el componente posneonatal –en términos proporcionales–, lo que sugiere mejoras en las condiciones generales de vida (determinación

social de la salud) (Dirección de Estadísticas e Información de Salud [DEIS], Ministerio de Salud de la Nación, 2016).

Nuevamente, el análisis de este indicador por provincias muestra diferencias, aunque es dable apuntar que esa brecha se redujo en el periodo 2003-2015, debido a que se registraba para 2003 una TMI de 25,0 por 1.000 nacidos vivos en Formosa mientras que la provincia con mejor indicador llegaba a 10,3.

Esa tasa para 2015 fue de 12,6 en Formosa y de 6,4 en la jurisdicción con mejor índice. Es decir, la brecha se redujo de 2,4 veces a 1,9 veces, lo cual es un dato alentador pero insuficiente. Esas diferencias se ilustran en la Figura 15.

FIGURA 15. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR PROVINCIAS ARGENTINAS, 2016



Fuente: Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación, 2018.

Tasa de mortalidad en menores de 5 años (TMM5). La comparación internacional en lo que respecta a este indicador epidemiológico no resulta alentadora (Tabla 21). La Argentina registra valores más altos y un menor ritmo de descenso que otros países de la región con condiciones similares, tanto en TMI como en TMM5. Incluso Brasil, por ejemplo, que históricamente se ubicó por detrás de la Argentina en términos de indicadores sanitarios, la superará en pocos años de mantenerse el actual ritmo de descenso.

TABLA 21. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA Y TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS EN PAÍSES DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

País	Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 NV)	Razón de mortalidad materna 2018 (por cada 100.000 NV)	Tasa de mortalidad menores de 5 años (por cada 1.000 NV)
Argentina	9,7 (2016)	52	11,6
Bolivia	24,0 (2016)	206	29,0
Brasil	14,0 (2016)	44	16,4
Chile	7,0 (2016)	22	8,1
Colombia	17,1 (2015)	64	18,7
Costa Rica	7,7 (2017)	25	9,6
Cuba	4,0 (2018)	39	5,5
Uruguay	6,5 (2017)	15	7,9

Nota: Entre paréntesis aparece el año al que corresponde el indicador.

Fuente: Elaboración propia basada en OPS (2018).

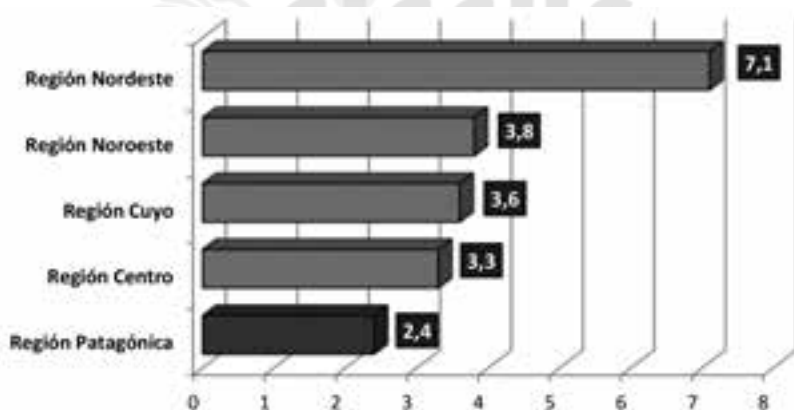
Quizás aún más preocupante resulte verificar las brechas entre provincias. Mientras que Tierra del Fuego, Neuquén y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires registran TMI menores a 8 por 1.000 nacidos vivos y TMM5 menores a 10 por 1.000 nacidos vivos, las provincias de Formosa, Chaco y Corrientes superan la tasa de 15 para ambos indicadores.

Dicho de otra manera, por cada 10 niños menores de un año que fallecen en Tierra del Fuego, mueren 45 en Formosa; y por cada 10 menores de 5 años que perecen en Tierra del Fuego, fallecen 36 en Formosa.

Razón de mortalidad materna. Esta variable expresa el número anual de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo y el parto por cada 100.000 nacidos vivos.

Durante 2016 se produjeron en Argentina 245 muertes maternas, resultando una razón de 34 por 100.000 nacidos vivos. La DEIS, en el documento ya referido, sugiere que el comportamiento de la mortalidad materna desde 2005 no define una tendencia clara. Menciona que al analizar las causas surge que el aborto aparece en 17,5% de las muertes aunque se haya notado una reducción por esta causa en forma progresiva. Por el contrario, aumentaron las muertes con origen en causas indirectas, y se registró un pico en 2009, relacionado con la epidemia de gripe por el virus H1N1.

FIGURA 16. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA (POR CADA 1.000 NACIDOS VIVOS), POR REGIONES. ARGENTINA, 2016



Fuente: Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación, 2018.

Las diferencias por regiones son significativas (Figura 16). Por debajo del promedio nacional (3,7 muertes maternas cada 10.000 nacidos vivos) se ubican la zona Centro (3,3) y la Patagonia (2,4); y por encima, Cuyo (3,6), Noroeste (NOA) (3,8) y Noreste (NEA) (7,1), reiterando diferencias que expresan inequidad en salud.

EL CASO NEUQUINO

Este trabajo no aspira a describir en forma completa y pormenorizada el sistema de salud neuquino, solamente pretende plantear algunos rasgos que lo caracterizan, haciendo un análisis de su evolución y esbozando algunos de los desafíos que debe enfrentar.

Es dable mencionar que la evolución del sistema neuquino no guarda una estricta correlación con lo que ocurrió en el resto del país, especialmente entre las décadas de 1970 y 1990. La trayectoria de desarrollo del sistema de salud neuquino y también su estado actual lo posicionan en un lugar de privilegio respecto de otras organizaciones provinciales, lo que constituye una plataforma sólida para emprender un proceso de actualización y mejora en favor del acceso universal al derecho a la salud.

La exigencia de mejora que surge desde distintos sectores propios del sistema de salud, especialmente del ámbito público, debe ser interpretada, desde nuestro punto de vista, como el genuino planteo de actores que entienden que Neuquén está en mejores condiciones que otras provincias para garantizar el acceso efectivo al derecho a la salud. Esa percepción en parte, pero no exclusivamente, se funda en la capacidad económica de Neuquén que potencialmente podría ser invertida en políticas sociales adecuadas a los tiempos que corren.

Situando a Neuquén en la economía argentina

El Indec publicó los datos del producto interno bruto por jurisdicción para el año 2004 y Neuquén se situó en el cuarto lugar en el monto del Producto Bruto Geográfico (PBG) per cápita. El porcentaje del PBG destinado a salud en ese año fue del 1,89% para el total del sector salud, correspondiendo el 0,9% a la salud pública y el 0,99% a la salud privada.

La notable disparidad en los PBG per cápita y las diferencias entre los porcentajes que se destinan a la salud se expresan en la atención médica y el acceso efectivo en cada provincia, acentuándose más en un sistema fragmentado como el argentino (Tabla 22).

Formosa, siendo una de las provincias más pobres de nuestro país, destina casi 5% de su PBG a la salud, mientras que Neuquén, con mejores indicadores en salud y teniendo un PBG más alto, destina el 1.89% de su PBG para esta finalidad.

Esto evidencia que el porcentaje destinado a salud en sí mismo no indica mucho, sino que hay que pensar en el valor del PBG de cada provincia, en los indicadores socio-sanitarios y en la estructura demográfica y productiva que da origen a la determinación social de la salud.



TABLA 22. PRODUCTO BRUTO GEOGRÁFICO (PBG) PER CÁPITA Y % DEL PBG DESTINADO A SALUD, POR PROVINCIAS. ARGENTINA, 2004

Provincia	PBG per cápita (\$ 2004)	% PBG destinado a Salud		
		Sector Salud	Salud Pública	Salud Privada
Tierra del Fuego	69.740,3	1,59	1,01	0,59
Santa Cruz	59.219,4	1,54	0,93	0,62
CABA	55.783,9	4,40	1,12	3,27
Neuquén	47.588,0	1,89	0,90	0,99
Chubut	42.948,4	1,40	0,60	0,80
San Luis	32.019,0	1,74	0,64	1,11
Santa Fe	27.189,9	2,00	0,53	1,47
La Pampa	23.355,8	3,03	1,12	1,91
Córdoba	22.617,6	2,54	0,59	1,95
Buenos Aires	21.167,7	1,96	0,58	1,38
Mendoza	21.163,8	2,30	0,77	1,53
La Rioja	19.278,8	2,69	1,06	1,63
Río Negro	18.567,6	3,58	1,68	1,90
Catamarca	18.384,8	2,49	1,27	1,22
Entre Ríos	17.910,9	2,78	1,21	1,57
San Juan	13.325,8	4,02	1,20	2,83
Salta	12.454,3	2,97	0,91	2,06
Jujuy	10.598,2	3,40	1,64	1,76
Santiago del Estero	10.426,7	3,06	1,21	1,85
Tucumán	10.351,9	4,27	1,21	3,07
Misiones	9.991,3	3,10	1,21	1,89
Chaco	9.988,0	3,87	1,69	2,19
Corrientes	8.558,6	3,64	1,38	2,26
Formosa	7.824,5	4,91	3,01	1,91
Total Nacional	23.017,3	2,67	0,82	1,85

Fuente: Elaboración propia basada en datos del Indec, última publicación referida al año 2004.

Algo de la historia de Neuquén y cómo llegamos hasta aquí

La provincia de Neuquén es una de las 24 jurisdicciones argentinas y forma parte del norte patagónico. Según el último censo nacional (2010), en sus poco más de 94.000 km² residían 550.344 habitantes: se registra una baja densidad poblacional pero una fuerte velocidad de crecimiento. Se estima que la población actual ronda las 650.000 personas y tanto la tasa de natalidad como la migratoria se mantienen desde hace varios años por encima de la media nacional. También se caracteriza por una fuerte concentración en la capital provincial y las ciudades vecinas (más del 50%).

Hasta 1958, Neuquén fue un *Territorio Nacional*¹⁵ sin capacidad de elección de autoridades locales, las cuales eran designadas desde la capital del país (Favaro, 1993). El descubrimiento de petróleo en 1918 en Plaza Huincul (a 100 km de la capital provincial) abrió un horizonte promisorio para este territorio –de hecho, hasta la actualidad constituye la base de la económica provincial– pero el desarrollo integral fue francamente deficitario hasta bien entrada la segunda mitad del siglo xx (Colantuono, 1995), especialmente en las localidades más alejadas de la capital.

Sobre finales de la década de 1950, los principales indicadores sanitarios mostraban situaciones sanitarias muy dispares en el interior del país. A partir de la gestión del Dr. Ramón Carrillo, primer ministro de Salud de la Nación (1946-1954) (Alzugaray, 1988), se habían logrado mejoras sanitarias significativas en algunas provincias argentinas, pero otras continuaban muy atrasadas. Para 1960 morían en

15 El 15 de junio de 1955, el Congreso Nacional sancionó la Ley N° 14.408 que provincializó los territorios de Neuquén, Río Negro y Formosa, sobre la base de los Territorios Nacionales existentes. Dicha ley fue promulgada por el entonces presidente Juan Domingo Perón, pero debido al golpe de Estado de septiembre de 1955 se pudo poner en vigencia recién dos años después. Así fue cómo el 28 de agosto de 1957 se realizó la primera reunión de la Convención Constituyente de la provincia de Neuquén, que sancionó la Constitución Provincial en noviembre de ese año. La provincia tuvo que esperar la restitución de la democracia, en el año 1958, para elegir sus primeras autoridades democráticas.

Neuquén 12 de cada 100 recién nacidos. Con una tasa de mortalidad infantil que registraba 117,9 fallecidos antes del año de vida por cada por 1.000 nacidos vivos, prácticamente se duplicaba el promedio nacional, y los departamentos del norte provincial, Minas y Chos Malal ocupaban los primeros lugares de ese triste *ranking* (Lator *et al.*, 2006).

Hacia finales de la década de 1960, el gobierno nacional, con un criterio planificador centralista y de acciones focalizadas, creó centros de atención materno-infantil en distintos puntos del país. En la provincia de Neuquén, los primeros se localizaron en las ciudades de Zapala, San Martín de los Andes, Cutral Có y Chos Malal (Blanco, 1998). Sin embargo, esas iniciativas no modificaron sustancialmente la situación sanitaria provincial.

La conformación del Estado provincial y su materialización efectiva se desarrollaron en un contexto de recurrente inestabilidad política a nivel nacional, signada por la proscripción del peronismo. Sin embargo, la “cuestión peronista” se diluyó con el claro triunfo de una fuerza política provincial (Movimiento Popular Neuquino, MPN) que incorporó a gran parte de su electorado y, a través de una figura carismática –Felipe Sapag (1917-2010)– neutralizó en gran medida la influencia del líder exiliado.

La emergencia de ese nuevo actor en la vida política provincial resultó determinante. Constituido el MPN como partido provincial a partir de 1961, resultó ser la fuerza controladora de la estructura de poder, aun en periodos extra-constitucionales (Martínez Guarino, 2004). Desplazado del gobierno por los golpes de Estado militares, nunca se desarticuló como partido político y sus figuras más destacadas siempre se mantuvieron cercanas a los interventores. Así, Felipe Sapag, elegido gobernador en 1963 y derrocado en 1966 por la denominada Revolución Argentina que encabezó el general Juan Carlos Onganía (1914-1995), fue designado interventor provincial en los dos años finales de ese gobierno de facto y fue reelegido gobernador en 1973 (Arias-Bucciarelli *et al.*, 1993).

A fines de la década de 1960 y entrando en la de 1970 es posible advertir la consolidación de un tipo de Estado que expande y articula una sociedad en permanente cambio y acelerada transformación;

adquiere un perfil caracterizado por el desarrollo de la obra pública y la política social, acentuando la tendencia discursiva hacia lo local y regional (federalismo).

En lo que refiere a la salud, es interesante destacar que las decisiones que caracterizaron al MPN de los primeros años se pueden identificar en términos ideológicos con los postulados de la doctrina justicialista desplegada por Perón (1945-1955), pero al mismo tiempo incorporaron conceptos planificadores propios de la etapa desarrollista. Ese marco conceptual y operativo para definir políticas públicas respondía al contexto de gran parte de América Latina, influenciado por la asistencia financiera de la Alianza para el progreso y los modelos de planificación sugeridos (Morgenfeld, 2012). En 1964 se creó en Neuquén el Consejo de Planificación y Acción para el Desarrollo (Copade) (Blanco, 1998). Se propiciaba un modelo de planificación centralizado, determinístico, de base económica, normativo, que en países socialistas era imperativo e indicativo, o prescriptivo en países capitalistas.

El Dr. Horacio Lores,¹⁶ en un texto aportado para este libro, recuerda lo siguiente:

El 12 de octubre de 1963, el Gobernador Felipe Sapag, al asumir su primer mandato constitucional, expuso en su mensaje a la Legislatura Provincial lo siguiente: 'Neuquén vive una triste realidad de miseria, ignorancia, enfermedad y hambre... por la carencia casi absoluta de protección sanitaria en la zona rural, por la desorganización de los centros sanitarios asistenciales urbanos y por la magnitud de las enfermedades. El hambre y el frío hacen estragos en la población rural. Neuquén tiene uno de los más altos índices del país en mortalidad infantil y tuberculosis... La protección sanitaria debe llegar hasta el último rincón de la provincia, hasta el más humilde rancho perdido en la cordillera. Solicito todos los esfuerzos para dotar de lo necesario a los centros asistenciales fijos y para crear una asistencia ambulatoria que proteja a la población y en especial a la niñez. No podemos seguir avergonzándonos por esta situación'. Durante el gobierno

16 Horacio Lores: entre 1983 a 1987 fue Subsecretario de Salud, en el periodo 1991 a 1993 fue ministro de Salud y desde 1993 a 1994, ministro de Gobierno y Justicia provincial. Entre 2007 y 2013 fue senador por la provincia del Neuquén.

provincial constitucional (1963-1966) se produjo un avance importante en Salud por la política de radicación de médicos y provisión de insumos, medicamentos y alimentos para combatir la desnutrición. Además se iniciaba el desarrollo de una incipiente infraestructura sanitaria junto a construcción de escuelas, caminos, puentes y aeropuertos. Pero el 28 de junio de 1966 el gobierno nacional fue derrocado por un golpe militar y fueron desalojadas las autoridades provinciales y municipales de todo el país (Lores, 2020).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ejercía una influencia importante en el ámbito sanitario regional y propiciaba para la planificación sanitaria el método OPS/Cendes¹⁷ (Hilleboe *et al.*, 1973). Con esa orientación, en 1967 comenzaron a dictarse en Buenos Aires los Cursos Nacionales de Planificación de la Salud, de los que participaron profesionales neuquinos.

Hacia fines de la década de 1960 el gobierno provincial, consciente de las severas falencias en materia sanitaria, convocó los doctores Néstor Perrone y Elsa Moreno para organizar el sector público de salud, dando inicio a lo que se llamó el “Plan de Salud”.¹⁸

En ese momento histórico, la situación se caracterizaba principalmente por las variables siguientes.

17 OPS/Cendes: metodología de planificación sanitaria nacional generada en colaboración entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Centro de Estudios sobre Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela (Cendes), a fines de la década de 1960.

18 Plan de Salud: aún hoy no hay acuerdo unánime sobre si la etapa que se inició en la década de 1970, y que efectivamente provocó un importante impacto en los indicadores tradicionales de salud, se trató de un verdadero plan de salud o si en realidad consistió solo en un conjunto de acciones orientadas a dar una respuesta organizada a los problemas de salud detectados como prioritarios. Si por plan se entiende el resultado de una política, y esta es considerada como producto de definir prioridades y establecer metas, pues entonces el término plan de salud no resulta tan distanciado de la realidad histórica de Neuquén. El primer documento se denominó “Programación de Actividades” y constaba de dos tomos mimeografiados. Uno se refería al programa de Atención Médica y el otro al programa de Saneamiento Ambiental.

- Alta natalidad (1969): 38,7 nacidos vivos cada 1.000 habitantes con más de 25% de partos domiciliarios.
- Alta mortalidad general (1969): 12,1 muertes cada 1.000 habitantes (35% lo representaban las muertes de menores de un año). Las primeras causas de muerte eran los estados morbosos mal definidos.
- Alta mortalidad infantil (1970): 108,7 muertes en menores de un año cada 1.000 nacidos vivos.
- Alta mortalidad materna: 1,9 muertes cada 1.000 nacidos vivos.
- Elevada incidencia de enfermedades inmuno-prevenibles respiratorias y diarreicas. La tasa de mortalidad por TBC (tuberculosis) duplicaba el promedio del país. Casi el 50% de las muertes carecían de atención médica.
- Elevado número de muertes sin atención médica, o mal definidas.
- Escasa infraestructura de servicios: 30 establecimientos de salud entre hospitales, centros de salud urbanos y puestos sanitarios rurales.
- Escasos recursos humanos y con bajo nivel de formación: en 1970, la provincia contaba con un total de 212 enfermeras, de las cuales el 67,5% eran empíricas (formadas en servicio sin capacitación formal).
- Falta de pautas o normas de atención médica.
- Importante porcentaje de población vulnerable sin acceso a la asistencia médica.
- Existencias de endemias con elevadas incidencias y prevalencias (hidatidosis, tuberculosis).
- Atención únicamente de la demanda espontánea, con acciones de recuperación, y casi sin actividades de promoción y protección. Sin visitas médicas periódicas a poblaciones nucleadas y escuelas y sin visitas domiciliarias por parte de agentes sanitarios.
- Muy escasa participación del sector salud en el saneamiento básico del medio ambiente, a pesar de los serios problemas existentes en tal sentido.

La decisión política de revertir ese diagnóstico se volcó rápidamente en acciones. Se elevó el rango de la entonces Dirección de Salud Pública transformándola en Subsecretaría, asistida por una Dirección General encargada de coordinar al Nivel Central con las Zonas

Sanitarias; se produjo un reordenamiento de estos últimos “incorporando profesionales con formación en administración médica y otras disciplinas, que formaron el equipo multidisciplinario que requiere el actual concepto de Salud Pública” (Moreno, 1972: 1), se integraron todos los efectores oficiales por complejidad creciente, asumiendo, sin explicitarlo de esa forma, la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) como eje vertebral, bastante antes de la Declaración de Alma Ata de 1978.¹⁹

Se otorgó especial relevancia al desarrollo de recursos humanos, asumiendo el régimen de dedicación exclusiva como modo de contratación preferencial para las profesiones de grado, se priorizó su formación y se promovió el desarrollo de normas de atención para las prestaciones priorizadas, buscando que llegaran de manera efectiva e igualitaria a la población de todo el territorio (Ministerio de Salud de Neuquén, 2018).

Entre los principios más destacados que orientaron las acciones vale mencionar:

- Regionalización y zonificación con asignación de ámbito geográfico bajo responsabilidad directa de cada hospital (área programa).
- Organización de la red pública siguiendo el criterio de articulación y ordenamiento de los establecimientos por complejidad creciente.
- Centralización normativa y descentralización operativa.
- Énfasis en la APS entendida como estrategia que importa a todo el sistema, sin limitarla al primer nivel de atención.
- Énfasis en el primer nivel de atención desde la actuación del agente sanitario como primer eslabón del sistema de salud.
- Capacitación del recurso humano: reconversión de enfermeras empíricas (formación de auxiliares de enfermería) y luego pro-

19 La Declaración Alma Ata fue la síntesis de la Conferencia Internacional realizada en esa ciudad de Kazajistán, entonces parte de la URSS, en el año 1978. El cónclave logró un gran avance en la construcción de un consenso en torno de la estrategia mundial para mejorar la salud de los pueblos, centrada en el objetivo de expandir los cuidados de salud con amplia participación del Estado. Esa conferencia dejó definida una estrategia: la Atención Primaria de la Salud y adoptó un lema: “Salud para todos en el año 2000”.

fesionalización en enfermería, residencias médicas (empezando con la de medicina general, con orientación rural), formación de agentes sanitarios, capacitación en administración y estadísticas sanitarias.

- Régimen de contratación de profesionales con la modalidad de dedicación exclusiva al sector público.
- Poca injerencia del poder político partidario en las conducciones hospitalarias.

Este perfil de gestión sanitaria centrada en el desarrollo del sector público permitió dar un giro importante a la situación de salud en la provincia y sentó las bases de un modelo que sería ejemplo para otras provincias argentinas, no por ser el primero, sino por perdurar pese a los cambios políticos que se registraron a lo largo de los últimos cincuenta años.

No es objeto de este trabajo realizar un detalle minucioso del devenir del sistema público de salud en Neuquén, pero entendemos que para estimar el impacto que este ha tenido cabe destacar el contraste de aquellos indicadores de comienzo de la década de 1970 con los actuales.

Las publicaciones oficiales más recientes (Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud de Neuquén, 2018a) destacan:

- Neuquén cuenta con 29 hospitales públicos (1.114 camas), 89 centros de salud, 111 puestos sanitarios, es decir, 229 establecimientos de salud.
- A diciembre de 2018 cuenta con una planta de personal de 8.960 trabajadores de salud pública (cada 10.000 habitantes: 20 médicos, 38 enfermeras, 3 odontólogos, 2,3 psicólogos).
- Produce 1,5 millones de consultas médicas ambulatorias y 43.000 egresos hospitalarios por año.
- Cobertura de vacunas: entre ellas se mencionan hepatitis B y BCG: 98%; 3° Sabin y pentavalente: 91%; 2° Triple viral: 92%.
- Cobertura de salud: 65% obras sociales y seguros privados, 35% exclusivo salud pública. Acceso al derecho a la salud: 100%.
- Tasa de natalidad: 17,5 cada 1.000 habitantes.

- Tasa de mortalidad infantil: 7,8 por 1.000 nacidos vivos.
- Tasa de mortalidad general (ajustada por edad): 703 cada 100.000 habitantes.
- Esperanza de vida al nacer: mujeres: 82 años, hombres: 75,4.

Las publicaciones oficiales subrayan que Neuquén reporta la esperanza de vida más alta del país en mujeres (81,97 años) y la segunda en varones (75,43 años) (Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud de Neuquén, 2018b). Respecto de la mortalidad infantil, Neuquén registró 6,7 muertes de menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos (tasa nacional para 2017: 9,7/1000) en 2017. Esa tasa fue de 8,1 en 2015; 7,3 en 2016 y recientemente se informó el dato preliminar de 2018, que alcanza el récord histórico más bajo de 5,44/1.000 (Ministerio Jefatura de Gabinete, Neuquén, 2019).

En cuanto a la organización sectorial actual, es dable mencionar que el sistema de salud provincial está compuesto por el sistema público de salud, el subsector privado y el de obras sociales. El subsector público comprende un nivel central normativo y de conducción general y una red integrada por los establecimientos prestadores de servicios. Desde el primer nivel de atención hasta la máxima complejidad, la dependencia del sistema de salud es del orden provincial. El nivel central es conducido por la Subsecretaría de Salud, dependiente del Ministerio de Salud. Ambos en conjunto ejercen su función de conducción hacia las jefaturas de Zonas Sanitarias. La red de atención está integrada por 29 hospitales (1.114 camas), 83 centros de salud, 111 puestos sanitarios y responde a un modelo organizacional regionalizado en áreas programas y zonas sanitarias, e integrado en niveles de complejidad creciente.

En el ámbito privado y de obras sociales se cuenta con 14 establecimientos con internación (638 camas). Se registra un importante crecimiento en los últimos años, con fuerte concentración de recursos en las principales ciudades de la provincia, especialmente en Neuquén capital (Figura 17).

FIGURA 17, HOSPITALES Y ZONAS SANITARIAS DE LA PROVINCIA DE NEUQUÉN, 2019



Fuente: Dirección General de Información Sanitaria, Subsecretaría de Salud Neuquén, 2020.

Con relación a la organización regional, el territorio de toda la provincia se divide en Zonas Sanitarias y estas en Áreas Programa. Cada Zona Sanitaria articula el funcionamiento de sus recursos y en cada Área Programa hay hospitales o centros de salud responsables de brindar los servicios de salud. En este momento, el sistema público está integrado por seis Zonas Sanitarias, además del hospital provincial Neuquén que, al depender directamente de la Subsecretaría de Salud, tiene el rango de una Zona Sanitaria más. En cada Zona Sanitaria hay un hospital cabecera zonal de mediana complejidad con

el cual se vinculan, a través de interconsultas y derivaciones, otros hospitales de baja complejidad ubicados en las localidades vecinas.

Existe un hospital que, por su ubicación geográfica –en la confluencia de las rutas que se dirigen hacia la capital provincial–, progresivamente va tomando características de hospital de referencia interzonal para las Zonas Sanitarias III y IV, que es el hospital Zapala, y un hospital de referencia provincial –máxima complejidad del sistema–, que es el hospital Dr. Castro Rendón, en la ciudad de Neuquén capital.

Estos resultados fueron posibles con escasa o nula participación comunitaria y rasgos paternalistas, pero es evidente que hubo una firme decisión política de propiciar un Estado presente y equipos de salud consecuentes con el objetivo de mejorar la salud colectiva.

Eso llevó a que, al mismo tiempo que se implementaban acciones en el ámbito de lo sanitario, se intervino en otras dimensiones que hacen a la determinación social de la salud, fundamentalmente aquellas relacionadas con el nivel de empleo y los ingresos familiares, el acceso a la educación y la vivienda, tanto en el ámbito urbano como rural, además de acercar otros servicios esenciales.

El sistema de salud neuquino se fue constituyendo, con grandes resultados en su primera etapa, su consolidación más tarde y con asignaturas pendientes y desafíos por delante hoy, y sufrió transformaciones progresivas. Es un sistema que a lo largo de su historia mostró una hegemonía pública y determinó un desenvolvimiento paralelo del subsector privado y de obras sociales, con pocos vasos comunicantes efectivos.

La historia del sistema de salud neuquino muestra una escasa o nula integración que permitiera superar la fragmentación y segmentación que caracteriza a la Argentina en salud. Las iniciativas de integración vía un seguro provincial de salud y una mayor participación social, con la conformación de un Consejo Provincial de Salud, no

llegaron a consolidarse. No pudo aprovecharse, como tampoco se dio en otras provincias, la posibilidad de incorporar en forma efectiva la obra social provincial con el sector público. Por el contrario, con una fuente de financiamiento común, en muchos casos se duplicaron esfuerzos y los recursos de la obra social provincial en salud se dirigieron casi exclusivamente a alimentar y fortalecer el sector privado de la salud neuquina.

Para bien en algunos casos y responsable de postergaciones en otros, la falta de integración de la provincia a un proyecto nacional marca la discordancia antes mencionada. También, para el caso neuquino, es posible identificar distintos momentos que se intentan esbozar en el apartado “Etapas de la planificación-decisión en Neuquén”.

Cinco décadas de “Plan de Salud”

Se puede decir en forma muy sintética que desde 1970, fecha de nacimiento del “Plan de Salud” neuquino (Mases *et al.*, 2015), lo que ocurrió en el subsector público determinó en cierta medida también el devenir del resto del sistema, en especial del sector privado y de la seguridad social en cuanto a la obra social provincial.

Ese hito marca un acelerado crecimiento inicial del subsector oficial, con fuerte posicionamiento en este mercado y un lento pero progresivo crecimiento del subsector privado, que fue ocupando los espacios que aquel subsector dejara vacíos o no alcanzó a cubrir en la medida en que fueron aumentando las demandas cuali y cuantitativas.

Respecto de la dinámica de la seguridad social, es notorio el peso relativo de la obra social provincial, conducida por el gobierno —con representación minoritaria de los trabajadores en cuanto a su gestión y control—. Esta obra social, que muestra sistemas de control y auditoría poco exigentes y vive actualmente una crisis de financiamiento, pese al incesante incremento del número de empleados provinciales, contrata al subsector privado en las ciudades más importantes, siendo para esos prestadores su principal fuente de financiación. Se abastece en el hospital público en gran parte del interior provincial,

beneficiándose con un evidente subsidio cruzado, que solo se redujo parcialmente con los dispositivos de recupero financiero vigentes.

Neuquén no registra intentos serios de integrar el sector público con la obra social, pese a compartir básicamente la fuente de financiamiento. Cabe observar, sin embargo, que durante la gestión que se extendió entre 1987 y 1991, con el Dr. Gustavo Vaca Narvaja como ministro de Salud Pública, se avanzó en algunas líneas innovadoras que vale la pena mencionar.

En un documento que el Dr. Vaca Narvaja aportó especialmente para esta publicación, destaca que como ministro se había fijado cuatro criterios básicos: la conformación del Consejo Provincial de Salud, que “curiosamente desde la obligación de conformarlo por la Constitución Neuquina nunca se puso en funciones”; el seguro provincial de salud, “que fue abortado desde el mismo Estado cuando dejé el ministerio”, refiere Vaca Narvaja; la integración de la región sanitaria Sur, para lo cual se llegó a avanzar en acuerdos con las provincias de La Pampa, Río Negro y Chubut; y la “Fábrica de medicamentos” (Vaca Narvaja, 2020). Efectivamente, ese fue el único intento que, con semejanzas con la propuesta nacional de Aldo Neri al reconquistar la democracia, registra Neuquén en orden a integrar en principio el sistema público con la obra social provincial. No logró hacer pie y el modelo neuquino no superó la fragmentación característica del resto del país.

Las otras obras sociales, incluido el PAMI, tienen poco peso, pero muestran el mismo perfil en cuanto a utilización de servicios, pagando básicamente por prestación, aunque recientemente algunas como el PAMI han introducido variantes, en especial para el primer y el segundo nivel de atención.

Como subsector, la seguridad social cuenta con un único prestador propio, el policlínico ADOS, que nace como “ANDOS” en 1971 junto con el “Plan de Salud”. Pero a diferencia de lo que ocurre con el subsector público y privado, que desarrolla una dinámica neuquina, este sigue una evolución que muestra los vaivenes políticos y gremiales nacionales.

Comienza como un hospital con un plantel profesional *full time*. En 1976, quiebra una tendencia y, aunque mantiene un equipo de

trabajo estable, inicia un lento pero progresivo proceso de deterioro organizacional, al que se suman más tarde dificultades financieras y conflictos internos. Hacia principios del siglo XXI, el ADOS se encuentra sumido en una grave crisis financiera que lo lleva a incursionar en políticas de gerenciamiento privado, tal como sucede también en algunas obras sociales nacionales, lo cual culmina finalmente en la conformación de una cooperativa de trabajo que desde hace 15 años gobierna la institución.

En los últimos años se incorporaron otros actores que empezaron a tallar en este espacio, como la obra social de petroleros privados (Ospepri), que por capacidad económica ha ampliado su oferta y cuenta actualmente con tres centros propios con internación en Plaza Huincul, Catriel y Rincón de los Sauces, además de proyectar un gran centro de alta complejidad en Neuquén capital.

Otro actor con creciente presencia son los seguros privados como, por ejemplo, OSDE, SWISS Medical y Medifé, que constituyen una alternativa para personas con trabajo sin relación de dependencia que otrora se dirigían al hospital público.

El sector privado, que ha vivido desde la década de 1990 una fuerte expansión, se encuentra concentrado especialmente en Neuquén capital, pero dispone de algunos centros menores, casi exclusivamente ambulatorios, en el resto de la provincia, a excepción de Cutral Có (Clínica Cutral Có), Zapala (Clínica Zapala) y más recientemente San Martín de los Andes (Clínica Chapelco). El crecimiento que ha experimentado este sector surge en gran medida en forma concomitante con la pérdida de la hegemonía del sector público en la escena sanitaria provincial, en particular con respecto a camas de alta complejidad y avances tecnológicos para diagnóstico y tratamiento.

Este proceso de crecimiento exponencial, que se verifica de manera específica en la última década, no resulta casual, ya que es fruto de una decisión política deliberada que se expresó con absoluta crudeza en 2004.

El facsímil de un artículo del diario *Río Negro* del lunes 2 de agosto de 2004 exhibido en la Figura 18 ilustra esa decisión, que se resume en la declaración del entonces gobernador de Neuquén, Jorge

Omar Sobisch: “Tenemos tan buen servicio de salud en la provincia de Neuquén que los privados se están fundiendo y debemos revertir esa situación.”

FIGURA 18. FACSIMIL DEL DIARIO *RÍO NEGRO*.



Fuente: *Diario Río Negro* del 2 de agosto de 2004.

Aunque en esa misma nota aparecían declaraciones del entonces subsecretario de Salud, Fernando Gore, planteando que se construiría un centro de rehabilitación traumatológica, otro psiquiátrico y se reforzaría el servicio de Neonatología en Neuquén capital, la realidad mostró otra cara. Esos desarrollos no se concretaron y el sector privado ocupó el nicho dejado vacante por el sistema público.

Esta situación dio origen al creciente flujo de transferencia de fondos desde el Estado al sector privado que posibilitó su expansión.

La Dra. Elsa Moreno y el Dr. Néstor Perrone, mentores del “Plan de Salud” hacia finales de la década de 1960, fueron contratados a fines de 2004 por una consultoría externa, con la finalidad de evaluar la situación del sistema de salud neuquino. En diálogo con un medio local refería la Dra. Moreno:

El sistema neuquino de salud es uno de los mejores, pero debe ser sometido a modificaciones que permitan desarrollar aspectos postergados [...] El sistema de salud de Neuquén ha pasado por todos los avatares de la década del 90, en la que hubo una política neoliberal a la que le interesaba los recursos y la eficiencia, mucho más que la satisfacción de los derechos de la gente.

En esa misma entrevista añadía:

[...] de todas maneras el panorama ahora está cambiando gracias a un nuevo clima mundial con respecto a las políticas de salud, pero creo que tenemos que revisar algunas cosas, además de generar espacios de diálogo y reflexión, espacios intersectoriales (Moreno, 2004).

Estas expresiones se alinean con el pensamiento plasmado en el texto del informe que, a solicitud de las entonces autoridades provinciales de Salud, produjo la Dra. Elsa Moreno, junto con la Dra. Olga Nirenberg y el Dr. Néstor Perrone, entre 2004 y 2005.

Las conclusiones fueron presentadas a inicios de 2006. Llama la atención la manera en que muchas de las sugerencias efectuadas se contraponen con las expresiones del propio gobernador y las decisiones que se tomaron a partir de 2004-2005. Si bien algunas de las recomendaciones se emparentan con líneas de acción que comenzaron a desarrollarse, la referencia a este documento parece relevante en tanto muchos de los desafíos de gestión que más adelante se mencionarán ya aparecían en el informe de 2005 (Nirenberg *et al.*, 2009).

Evaluación del sistema público de salud de la provincia de Neuquén

Algunos puntos destacables del apartado Conclusiones

Pese a algunas conclusiones críticas que acá se registran, muchas de ellas expresadas por los recursos humanos (RR. HH.) del sector y los informantes externos, la Provincia sigue siendo un baluarte y un

modelo de la salud pública en el contexto del país y también en ámbitos internacionales, por su trayectoria a lo largo de muchos años y su adhesión a la Atención Primaria de la Salud (APS), aun antes de Alma Ata.

Se detectaron en los RR. HH. de establecimientos hospitalarios y de los centros de salud ciertos “imaginarios” que les enturbian la motivación y el impulso requeridos para el trabajo.

Un tema en cuestión es el que denominan modelo hospital-céntrico, que según expresan, desplazó el histórico eje neuquino de la APS. Sin embargo, es innegable que existe un número apreciable de centros de salud que deberían dar importante peso relativo al primer nivel de atención si además de crecer en cantidad se hubieran transformado cualitativamente, acompañando algunas de las actuales tendencias de la atención en el primer nivel. Algunas carencias son destacables en torno a la APS en la provincia: la ausencia de participación comunitaria y la escasa articulación intersectorial en todos los niveles de la gestión del sistema.

Referente al paquete básico de acciones tradicionales de salud de la APS, el mismo se mantiene sobradamente en la provincia, sobre todo en cuanto a la salud materno-infantil, pero no han sido incorporadas acciones efectivas relacionadas con nuevas problemáticas emergentes, como las violencias de todo tipo, las adicciones, el suicidio, la depresión y soledad en la tercera edad, entre las más prevalentes y mencionadas por los actores durante el estudio. El rol de los agentes sanitarios no se ha actualizado frente a las nuevas necesidades y demandas; su rol se ha desdibujado y ha perdido el protagonismo que tuvo. A esto debe agregarse que, mientras se mantengan las cifras de pobreza actuales debe pensarse en la inclusión de agentes sanitarios en las periferias de las ciudades, sobre todo en los asentamientos poblacionales precarios.

También es atendible el reclamo unánime de los RR. HH. de los Centros de Salud del primer nivel de atención, acerca de la falta de normatización (o de actualización de las normas) de aspectos estructurales (RR. HH., equipamientos y plantas físicas), así como de las funciones

y actividades a desarrollar por dichos centros. Si bien la cantidad de centros parece suficiente, no son adecuadas la mayoría de sus plantas físicas, son escasos sus equipamientos, limitados sus horarios de atención, cuestionables sus modos de organización y débiles sus desempeños en cuanto a dar respuesta oportuna y adecuada a los problemas emergentes y a las demandas más frecuentes de la población (que en gran parte termina acudiendo a los hospitales).

Los RR. HH. perciben además una tendencia por parte de las actuales autoridades, a la “privatización” del sistema. Se refieren críticamente a las transferencias de recursos financieros hacia el sector privado por la derivación de pacientes en determinadas especialidades debido a la carencia de recursos especializados (RR. HH. o equipos) en los establecimientos públicos.

Otro motivo de preocupación y malestar de los RR. HH. es el relacionado con la injerencia de la política partidaria en las decisiones sectoriales. Se refieren a designaciones en cargos sin tener en cuenta perfiles de formación y experiencia o de competencias para ese ejercicio, así como al desarrollo de obras que no responden en forma evidente a criterios demográficos o epidemiológicos.

Los RR. HH. refieren críticamente la debilidad de los procesos de planificación y programación en todos los niveles (provincial, zonales y de los establecimientos). Ya se mencionó la excesiva apertura de los programas del nivel central, los cuales podrían agruparse y consolidarse; asimismo, se señaló la falta de actividades de adecuación programática en los niveles zonales. Además existe un hiato entre la formulación de los programas centrales y su reflejo en las zonas sanitarias y los niveles operativos, que no son asumidos ni implementados cabalmente.

La participación comunitaria es una asignatura pendiente en el sistema de salud neuquino.

Algunos puntos relevantes del apartado Recomendaciones

La revisión y adecuación de la red de servicios es una tarea necesaria a llevar a cabo en forma inmediata para fijar prioridades y facilitar la planificación, gestión y evaluación del sistema.

Es necesaria una revisión de la regionalización y la descentralización, con la amplia participación de todos los niveles del sistema. Hay que fortalecer el primer nivel de atención en cada una de las zonas, incluida la metropolitana, para que tengan mayor capacidad de solución de los problemas simples, sin que los usuarios deban asistir al hospital.

El primer nivel de atención debe ser reorganizado: prolongar el horario de atención en los Centros de Salud y revisar la planta de RR. HH., sobre todo en cuanto a la presencia más frecuente de los profesionales, para evitar la asistencia a los hospitales por problemas cuya resolución podría estar en ese primer nivel.

Se aconseja estimular el desarrollo de nuevos modelos de gestión: atención domiciliaria pre-hospitalaria, hospitalización abreviada, cirugía ambulatoria y de corta estancia y unidades móviles para atención ambulatoria.

Tanto en el nivel provincial como en los zonales, debe incorporarse la intersectorialidad mediante la articulación con los gobiernos locales y con otros sectores.

Es urgente la reorganización de los sistemas de guardias médicas, según criterios geográfico/poblacionales y epidemiológicos y no exclusivamente como método de compensación por los bajos salarios.

Se sugiere implementar sistemas de turnos programados (telefónicos y en forma electrónica) para la atención ambulatoria.

Recupero financiero: son varias las recomendaciones para optimizar la facturación de prestaciones a usuarios cubiertos por obras sociales y seguros. Los niveles zonales y el nivel central provincial deben difundir la información acerca de los montos facturados y re-

caudados por prestaciones brindadas a usuarios de las obras sociales y los seguros, así como de los destinos de esos fondos.

Capacitación: debería formularse un programa de capacitación y actualización del personal alrededor de ejes temáticos prioritarios, con la modalidad de la capacitación en servicio. En ese programa deberían incluirse las demandas de capacitación de los trabajadores del sector y considerar cuestiones específicas orientadas a diferentes tipos de personal.

Particularmente, se requiere diseñar e implementar un programa de fortalecimiento de las capacidades gerenciales de funcionarios que se desempeñan en cargos de conducción, incluidos los jefes de zona; no necesariamente se hace referencia a una capacitación de tipo tradicional.

Los cargos de los establecimientos deberían ser concursados, como forma de evitar arbitrariedades y utilización político partidaria.

Se deben promover las actividades de investigación en los servicios, para lo cual es preciso señalar las líneas prioritarias y brindar estímulos.

Es conveniente fortalecer el campo de la economía de la salud en la planificación y gestión del sector salud provincial, para incluir aspectos como destino de los fondos (conducción, atención, insumos), rendimientos de las unidades y costos de las prestaciones en los distintos niveles de atención” (Nirenberg et al., 2009).²⁰

En la Tabla 23 se intenta una síntesis de la situación actual del sistema de salud neuquino.

²⁰ Los destacados son nuestros.

TABLA 23. CARACTERIZACIÓN DE LOS SUBSECTORES DE SALUD EN NEUQUÉN SEGÚN PERFIL EN CUANTO A ASPECTOS DE REGULACIÓN, PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y FINANCIACIÓN

Subsector	Regulación	Prestación	Financiación
Público	Decisión política de ser eje del sistema. Regula por peso propio en su rol como prestador, pero poco o nada en su función de planificador y coordinador del sistema.	Buena distribución geográfica de servicios. Buen nivel funcional, actuando por complejidad creciente. Atraso en desplegar dispositivos para atención de nuevos problemas (adiciones, violencias, etc.).	Recursos disponibles abundantes financiados desde presupuesto provincial.
Privado	Regula su crecimiento por percepción de la demanda del mercado. Crece ocupando espacios que deja vacante el subsector público (tecnología de punta).	Progresivo desarrollo con alta calidad por necesidad para competir con sector público. Concentrado en núcleos urbanos más importantes. No trabaja en red.	Obra social provincial como principal fuente de financiación. Otras OS con poco peso: PAMI, OSECAC, OSDE, otras OS Seguros privados en expansión (por ej. OSDE).
Seguridad Social	ISSN es el principal actor, su regulación en manos del gobierno de turno, fija pautas regulatorias en acuerdo con prestadores privados. Aparecen otros actores en forma reciente (OSPEPRI, PAMI).	ADOS como único prestador propio (recientemente OSPEPRI). ISSN contrata a sector privado en ciudades grandes. Subsidio cruzado con hospitales públicos por atención en el interior con recupero financiero exiguo.	Subsidiada por sector público (en especial en el interior provincial). ISSN fuerte, población beneficiaria joven, pocos pasivos. OSPEPRI creciendo como financiador y prestador.

Fuente: Elaboración propia.

Evolución de la planificación en salud en la provincia del Neuquén

*Caminante, son tus huellas el camino y nada más;
caminante, no hay camino, se hace camino al andar.
Al andar se hace camino y al volver la vista atrás
se ve la senda que nunca se ha de volver a pisar.*
Antonio Machado

Como otros hechos sociales, el devenir de un sistema de salud no es un trayecto lineal. Pueden identificarse distintos momentos en los cuales los papeles protagónicos van siendo ocupados por diferentes actores presentes en el escenario sanitario.

Intentando seguir el esquema propuesto al analizar la evolución del sistema de salud argentino, se esboza a continuación la evolución del neuquino considerando como eje ordenador el modelo de planificación asumido en cada etapa. Se verá que el modelo de planificación asumido implicó al mismo tiempo diferentes modos de decidir o, dicho de otra manera, cambios de centros de poder. Esas modificaciones a lo largo de la historia dan lugar, en forma explícita o implícita, a prioridades y objetivos de distinto orden.

El perfil del sistema de salud neuquino ha trascendido las fronteras provinciales al ser mencionado en ocasiones como modelo para otras provincias, e incluso para otros países de la región. Una de las facetas siempre destacadas del sistema de Neuquén es que fue fruto de la planificación sanitaria aplicada y logró sostenerse en el tiempo.

Efectivamente, al revisar el comienzo y la actualidad de este sistema provincial se pueden advertir rasgos perdurables; sin embargo, las formas de planificar y por consiguiente, de tomar decisiones, no siguieron siempre el mismo patrón. Esas decisiones modelaron el perfil del sistema y los cambios del contexto político, económico y social dieron lugar a desafíos que el propio sistema debe enfrentar para dar cuenta de su misión en términos de contribuir a la construcción colectiva de salud.

Sin pretender hacer un análisis exhaustivo, que merecería un texto específico, a efectos de contextualizar las necesidades actuales y considerando la historia del sistema de salud desde el punto de vista de la planificación (decisión) del sector, se apuntan los siguientes momentos: el primero, modelo clásico de 1960-1980; el segundo, más difuso, desde finales de la década de 1980 hasta finales de la década de 1990; el tercero, expresión de lo que se pretendió hacer para mejorar entre 2000 y 2004; el cuarto, de franco debilitamiento de la función planificadora por parte del Estado, entre 2004 y 2019; y el actual, a partir de 2019, que aparece con un plan estratégico que, al menos desde sus enunciados, se presenta como disruptivo respecto de la etapa anterior, pero que requiere tiempo para confirmar si se consolida como una etapa distinta.

El criterio aplicado para esta sistematización, en consecuencia, responde más a la concepción detrás de las formas de decidir que a los modelos de planificación en sí mismos. Estos a menudo aparecen como forma de disimular otras intenciones.

El campo de la salud, la disputa de capitales y la quimera planificadora

*No se puede no planificar,
pero planificando,
no se consiguen resolver los problemas.*
Mario Testa

Como se mencionó, expondremos una secuencia, no sin antes hacernos algunas preguntas que disparen reflexiones quizás útiles para leer el presente que nos toca vivir. Expresamos en el primer capítulo que entendemos a la salud como un fenómeno social que contribuye a caracterizar una comunidad, por lo cual el concepto de salud excede en mucho un sector en particular. Sin renegar de las clasificaciones tradicionales que hemos empleado por resultar adecuadas para explicar algunos de los desafíos del sistema de salud argentino, como podrían

ser los límites que impone un sistema fragmentado y segmentado, exploraremos en este apartado el concepto de “campo” para esbozar algunas de las peculiares situaciones que expresan la complejidad del espacio propio de la salud.

Hugo Spinelli inicia el artículo “Las dimensiones del campo de la salud en Argentina” mencionando que:

El muy utilizado concepto ‘sistema de salud’ expresa la idea de un todo dividido en tres sectores: público, obras sociales y privado. Esto es lo que predomina en la bibliografía como forma metodológica de abordaje y de interpretación. Dicha idea proviene del funcionalismo y la entendemos como una manera simplificada –y por lo tanto inapropiada– de abordar algo mucho más complejo [...] campo en vez de sistema, entendiendo como tal la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales (Spinelli, 2010: 276).

Nosotros no resignamos el uso de los términos “sistema de salud” y “plan de salud” por la impronta simbólica que esas expresiones tienen para Neuquén, siendo ese un capital que, entendemos, debe ser aplicado en favor del interés colectivo.

Siguiendo a Pierre Bourdieu (1997), planteamos la noción de campo como herramienta de análisis, asumiendo el “campus” –en palabras del autor– como un conjunto de relaciones históricas objetivas en las que los agentes ocupan posiciones de poder. Estas relaciones históricas se desenvuelven en forma dinámica mediante conflictos y disputas que tienen lugar entre los agentes constitutivos de aquel campo. Asumimos la salud como un campo donde los agentes que en él se mueven representan intereses. En función de esa defensa, despliegan una lucha por conquistar capitales que Bourdieu clasifica en económicos, sociales, culturales y simbólicos.

El capital simbólico consiste en ciertas propiedades que parecen inherentes a la naturaleza misma del agente, pero que consuman su existencia en tanto son reconocidas por los demás. Son capitales simbólicos, por ejemplo, la autoridad, el prestigio, la reputación, la

trayectoria, la fama o la inteligencia, por citar algunos. Es decir, son formas de crédito otorgado a unos agentes por otros agentes (Giménez, 1997). Para el caso que nos ocupa, el sistema de salud neuquino, hacemos extensivo el concepto al crédito otorgado por personas o instituciones a otra u otras a la o las que reconocen un valor especial.

La idea de campo trasluce mejor el grado de complejidad propia del ámbito de la salud, donde conviven lógicas muy distintas de pensamiento, diseño, planificación y acción. En el campo todos juegan, ergo, todos son sujetos que interactúan, no son objetos inanimados. Para el campo de la salud esto incluye trabajadores y usuarios. Así, los trabajadores no son meros autómatas que cumplen órdenes, por el contrario, no solo juegan por su condición de sujetos, sino además por la naturaleza del trabajo artesanal que despliegan, que por ello cuenta con cierta autonomía en la acción (Spinelli, 2010).

Los usuarios, o pacientes, también interactúan, responden, devuelven, contradicen, cuestionan, proponen y deciden. En ese contexto interactivo, la acumulación de capital simbólico otorga legitimidad, prestigio, autoridad, lo cual está directamente vinculado con la posibilidad de acumular poder, esto es, de adquirir grados crecientes de capacidad de decisión.

Además, debe connotarse que el campo no se integra solamente por personas aisladas, sino que en ocasiones algunas de ellas se asocian en grupos y también dentro de un campo, y el de la salud es uno de ellos, hay instituciones con reglas propias. Respecto del campo de la salud, debe destacarse la necesidad de la integración efectiva de diferentes culturas, con visiones muy distintas respecto del mismo objeto, que buscan establecer una identidad que sea reconocida por los demás acrecentando sus “capitales”.

En ese espacio de juego, donde todos pugnan por conquistar capitales, entre quienes y cómo planifican –y en consecuencia, en el cómo se decide–, se dirime una disputa de poder. El resultado de esa tensión se expresa en las prioridades, los objetivos, la distribución de recursos y hasta en la igualdad o desigualdad del acceso a la asistencia de salud.

Rosana Onocko Campos comienza su libro *La planificación en el laberinto* sugiriendo que desde el comienzo de los tiempos el hombre hace planes para el futuro. Después de descubrir que las estaciones se suceden con regularidad, el hombre intentó anticipar cómo actuar en cada época del año. Pero más allá de precisar cuándo, lo importante es comprobar la persistencia de esa preocupación humana, que se expresa en la compulsión por ordenar el futuro. Recuerda Onocko que, en algún momento del devenir humano, alguien decidió hacer de esa voluntad de ordenar el futuro una técnica, un saber previo y aplicable a cualquier situación y “nosotros, los que trabajamos en la salud, no nos quedamos afuera. Ya hicimos muchos planes y enseñamos varias formas de planificar” (Onocko Campos, 2007: 13).

Volviendo casi al inicio de este libro, en aquello del valor de la mirada crítica, nos sumamos a la pregunta inquisidora y casi molesta de Onocko, “¿se necesita de la planificación en salud?”.

Spinelli, en un artículo que se edifica sobre dos pilares conceptuales: la planificación como intento de predicción del futuro a través de la razón y el juego en tanto libertad en el presente, se pregunta: “¿por qué se planifica lo que no se hace, y se hace lo que no se planifica?, ¿por qué pretendemos planificar el futuro, si siempre vivimos el presente?, ¿por qué nos resulta tan necesario tener objetivos si no los cumplimos?” y plantea que:

La idea de planificación pretende eliminar la angustia de lo real [...] ya que lo real, el ser, lo que está siendo, es demasiado intenso, y su inmediatez no nos resulta fácil de tolerar, ya que desborda, y provoca miedo y angustia [...] De allí surge el poder ansiolítico de la planificación [...] La modernidad postula la planificación como técnica capaz de predecir el futuro, a través de la acción racional (Spinelli, 2019).

Sin embargo, resulta difícil abordar el análisis de los sistemas de salud y de las políticas de salud —a su vez como parte de las políticas sociales y de la política en general— sin considerar la planificación.

“La planificación es una forma de organización para la acción” (Onocko Campos, 2007). Adolfo Chorny resalta que el propósito esencial de la planificación en salud es “contribuir a mejorar, tanto cuanto sea posible, dados los conocimientos y recursos disponibles, el nivel de salud de la población en su conjunto” y plantea que “planificar consiste, básicamente, en decidir con anterioridad qué hacer para mudar condiciones insatisfactorias en el presente, o evitar que condiciones actualmente consideradas como adecuadas se deterioren en el futuro” (Chorny, 1998). En este sentido, y en particular en América Latina, la planificación en salud reconoce al menos tres momentos, en cada uno de los cuales el modelo predominante muestra perfiles distintivos. Así, a partir de la década de 1960 y hasta mediados de la década de 1970 puede reconocerse la planificación tradicional o normativa, a partir de allí el auge de la planificación estratégica situacional y desde la década de 1990, el intento de dar cuenta de la complejidad en el ámbito de la planificación en salud.

Desde una mirada normativa tradicional, planificación es un conjunto de **esfuerzos** que se realizan a fin de **cumplir objetivos y hacer realidad diversos propósitos** que se enmarcan dentro de un **plan**. Este proceso exige **respetar una serie de pasos** que se fijan en un primer momento, para lo cual aquellos que elaboran una planificación emplean diferentes herramientas y expresiones. Así entendida, la planificación es una función de dirección de tipo secuencial donde el sujeto planificador es independiente del objeto planificado y supone una relación mecánica entre causa y efecto, y entre intervenciones y resultados. Esta perspectiva supone que quien planifica detenta el poder y por lo tanto no se requiere de la participación de los demás para establecer el plan a seguir.

Sin embargo, caben otras miradas para encarar el tema. Para ir introduciendo la idea de otra forma de planificar, es interesante mencionar, rescatando nuevamente al padre del hospital público, lo mencionado en *Teoría del hospital* por Carrillo, quien desarrolló su obra como sanitarista en el apogeo de la planificación normativa, pero sin embargo afirmaba:

[...] la planificación no debe ser concebida desde este punto de vista como expresión de un dirigismo centralizado y rígido, sino como una tarea generada por quienes no quieren limitarse a registrar la historia, sino a participar de la construcción de la misma (Carrillo, 1974).

Desde la óptica de la planificación estratégica situacional (PES) se asume la planificación como un proceso de reflexión orientado y dirigido a la acción, es decir que se convierte en un recurso orientado a ganar grados de libertad (Rovere, 1993). En tanto para planificar se requiere una constante adaptación de su contenido y de los planes a las exigencias del entorno, el proceso es continuo.

Para la mirada tradicional de la planificación se trata pues de un proceso formalizado de toma de decisiones que elabora una representación deseada del estado futuro de la empresa u organización –en este caso el sistema de salud– y especifica las modalidades de puesta en práctica de esta voluntad, cuya finalidad es facilitar la consecución de los objetivos hacia los cuales va a confluir el esfuerzo del resto de las funciones administrativas. Esta definición, si bien considera el entorno y la necesidad de constante adaptación, se corresponde con la tendencia funcionalista que fija una imagen objetivo como punto de partida del proceso de planificación.

Testa cuestiona la planificación tradicional por plantearse esa imagen objetivo ya que sostiene que de lo que se trata es de desencadenar procesos, es decir, de fijar puntos de partida más que de llegada. El autor entiende que este concepto aporta un complemento al anterior, antes que aparecer como contrapuesto (Testa, 1995). En efecto, desencadenar un proceso, con la riqueza que ello implica, se origina siempre en la búsqueda de mejorar una realidad que no conforma a los actores que la viven.

La planificación normativa tradicional que refuerza la idea de imaginarios límites entre lo “técnico” y lo “político” genera actitudes pasivas y endosantes al transferir responsabilidades siempre al nivel superior, conducta organizacional muy típica del ámbito público, aunque no exclusiva. La PES en cambio, no puede ser concebida de otra manera que como una tarea de construcción colectiva, en la que los distintos actores vinculados con esta realidad aportan visiones que

enriquecen el diagnóstico, optimizan las posibles soluciones alternativas a los problemas detectados y se comprometen con el trayecto que se emprende (Matus, 2014) (Tabla 24). En síntesis, la idea del pensamiento estratégico situacional aparece como expresión de un cambio de significado superador que procura integrar la formulación científica con la intervención política (Rovere, 2000).

TABLA 24. EPISTEMOLOGÍA DE LA PLANIFICACIÓN

Planificación normativa	Planificación estratégica situacional
Sujeto planificador y objeto planificado independientes. El primero puede controlar al segundo.	Sujeto que planifica está comprendido en el objeto planificado, y en este hay otros sujetos que planifican. Diversos grados de gobernabilidad del sistema para los distintos actores.
Diagnóstico guiado por la verdad objetiva, única y absoluta.	Varias explicaciones de la realidad condicionadas por la particular inserción de cada actor en esa realidad.
Leyes de funcionamiento. Toda la realidad social es explicable por modelos analíticos basados en relación causa-efecto.	Juicio estratégico. La acción humana no se reduce a comportamientos predecibles. Las relaciones iniciativa-respuesta se entrelazan con las relaciones causa-efecto.
Cálculo normativo del “debe ser”. No hay oponentes. Contexto del plan armonía y concertación central desde el Estado. El Estado planifica el comportamiento predecible de agentes económicos.	Diseño del “puede ser” y la voluntad de ser”. Contexto del plan como pasaje continuo entre conflicto, concertación y consenso. Las fuerzas sociales y los actores sociales son el centro del plan.
Normativa económico-social cierta, desderrada la incertidumbre y lo político como marco restrictivo externo al plan económico-social, los problemas son bien estructurados.	Fuerte incertidumbre mal definida. Obligados a tratar “ problemas cuasi-estructurados ”.
El plan es producto de una capacidad exclusiva del Estado. Final cerrado. La racionalidad técnica debe imponerse para encontrar una solución óptima.	Cualquier fuerza social lucha por objetivos propios y es capaz de hacer un cálculo que precede a la acción. Cumplir un plan exige derrotar el plan de otros o ganar oponentes para el propio plan.

Fuente: Elaboración propia basada en Matus (2014: 66-71).

Cuando se plantea la participación como un rasgo sustantivo, lo referimos tanto respecto del interno de la organización como tam-

bién en referencia a los “principales”²¹ de la misma, esto es los propios usuarios, en fin, la comunidad. Si, al decir de Fernando Flores, las organizaciones de salud son “redes de comunicaciones” y estas resultan de alta calidad cuando lo que se dice es lo que se hace. Esto es posible cuando las narraciones que surgen de esas redes son producto de una creciente participación de los trabajadores de salud, tanto cuantitativamente –más integrantes del equipo de salud participando– como cualitativamente –aportes enriquecedores desde distintas perspectivas–. Las puertas abiertas a la participación popular también construyen identidad y sentido de pertenencia (Flores, 1997).

Ambos tipos de participación devienen en esenciales a los que Carlos Matus se refiere al abordar la idea de “triángulo de gobierno”. Ese triángulo está integrado por el proyecto de gobierno (propuesta de objetivos y medios), la capacidad de gobierno (“experticia” para conducir) y la gobernabilidad del sistema político (balance entre variables controlables o no por el conductor). Justamente, sin participación de los actores difícilmente se llegue a un consenso en torno a las acciones de gobierno (proyecto), motivo por el cual de eso depende el lograr la gobernabilidad suficiente para poder sostener un proyecto. El primer principio de la planificación moderna, dirá Matus, es éste: “Nadie tiene el monopolio del cálculo sistemático sobre el futuro. Todos podemos planificar y todos hacemos algún análisis sobre el mañana antes de tomar hoy una decisión. Yo planifico y tú planificas” (Matus, 2014: 53).

Al diseccionar en forma caprichosa el término planificación en **plan** y **acción**, pareciera que plan alude al futuro, a imagen horizonte, y acción, al tiempo presente. Para nosotros resulta claro que no puede vivirse el presente solamente soñando con un futuro mejor

21 “Principal”: para la economía del costo de transacción, que forma parte de la tradición de investigación de la nueva economía institucional, que crítica a su vez la microeconomía neoclásica por su poco realismo, existe “relación de agencia” cuando una persona o un grupo denominada/o “principal” delega en otra denominada “agente” un determinado poder de decisión. La relación médico-paciente y algo más amplio, la relación organización de salud-comunidad asistida, reproducen esa relación de agencia donde el protagonista central, el “principal”, delega en la otra parte al menos una fracción de su poder de decisión.

(solo plan). Pero al mismo tiempo, las acciones que desarrollamos hoy encuentran motivación en esa imagen objetivo que nos convoca y que no es otra que la **justicia social** que sintetiza la grandeza de la nación y la felicidad del pueblo. Por esa razón la mirada de planificación colectiva que proponemos:

- Apuesta a la **construcción participativa de un proyecto**, que al definir una razón de ser como sistema de salud, que no es otra que contribuir a luchar por conquistar grados crecientes de justicia social, resulte convocante para los trabajadores de salud y la comunidad en su conjunto.
- **Rescata la idea de tener un plan** recuperando el capital simbólico que para Neuquén implicó el “Plan de Salud”, pero al mismo tiempo propone concentrarse en accionar desde el territorio, propiciando alianzas de todos los actores en favor del colectivo. Es decir que tener un plan no implica limitarse a soñar con un futuro mejor, sino que entraña la idea de compromiso con la construcción de un sistema de salud fuerte, lo cual lleva necesariamente a la acción, es decir a vivir intensamente cada presente.
- **También persigue el objetivo de construir identidad y pertenencia** con el sistema de salud del que los trabajadores somos el principal sostén y sobre todo con la comunidad, ya que sin ese vínculo que debe fortalecerse permanentemente la organización pierde sentido.

Pese a lo expuesto, corriendo el riesgo de asumir una postura funcionalista que priorice fijar una imagen objetivo antes que asumir el hacer en salud como un trayecto donde solo se conoce el inicio a partir del cual se empieza un recorrido compartido, rescatamos la idea de plan de salud.

Lo hacemos, como ya mencionamos, porque para Neuquén esto tiene una connotación simbólica muy fuerte y porque entendemos que el recuperar ese capital podría ser parte de las estrategias de fortalecimiento del propio sistema de salud.

Rescatamos también la noción de planificar, coincidiendo una vez más con Mario Testa en aquello de que “no se puede no planificar, pero planificando no se consiguen resolver los problemas”. Es decir, si bien la planificación por sí misma ni ayuda a predecir el futuro, ni mucho menos resuelve los problemas del presente, sí aporta una matriz compartida para emprender una trayectoria común. No debe constituirse en quimera en cuanto fantasía de éxito asegurado, pero sí, articulando técnicas cuali y cuantitativas, emplearse como una herramienta eficaz de gestión y gobierno.

Etapas de la planificación-decisión en Neuquén

Planificación normativa o de los modelos homogéneos (1970-finales de los 80)

Como ya fue mencionado, hasta la década de 1970 Neuquén era una provincia con malos indicadores de salud, o lo que es más grave, con una población con niveles de salud muy precarios.

En el contexto de las sugerencias de planificación del modelo OPS-Cendes típicas de la etapa desarrollista y el marco teórico aportado por el estructural-funcionalismo, en Neuquén se instaló un modelo de planificación tradicional, normativa y centralizada.

Spinelli (2016: 152) destaca que “la planificación se nutre de la matriz epistemológica de la modernidad, que entiende que la naturaleza puede ser controlada [...] Entonces la razón ya no solo va a explicar la realidad, sino que pasa a ser la única forma de producir verdades”. Asume al Estado como un lugar de concentración de poder y un ámbito de racionalidad con coherencia interna y capacidad de manejo de la totalidad de su gestión. Siguiendo ese orden de ideas, plantea Spinelli que persiguiendo el objetivo del desarrollo económico se abusó de la planificación como técnica, y se cometió el error de reducir lo social a un enfoque administrativo de los problemas, entendiéndolo como administración de las cosas y subestimando el gobierno de las personas (Spinelli, 2016).

Sin embargo, en el contexto histórico sanitario del Neuquén de la década de 1970, esta alternativa de planificación (decisión), además de responder a la tendencia de la época, resultó efectiva para mejorar la situación sanitaria provincial. Esto fue así porque se conjugaban los factores que caracterizan a la planificación normativa como instrumento de gobierno, y que Testa explica así:

Para caracterizar mejor lo que hemos denominado herramientas de gobierno, digamos que la planificación normativa es un procedimiento que tiende a fijar normas de contenido racional y consistentes entre sí que se refieren a un momento futuro, que las metas cuantificadas y ubicadas temporal y espacialmente no son confrontadas con ninguna opinión (de peso) en su contra, que el plan en su conjunto no tiene oponentes y, que el planificador es un técnico al servicio del político, que trabaja en una oficina de planificación que forma parte del gobierno, para la cual el objeto de la planificación es el sistema económico social (Testa, 2014).

La reformulación del sistema de salud neuquino, que se concretó a partir de la designación en 1970 del Dr. Néstor Perrone como Director General de Salud (un año después se jerarquizaría salud y el Dr. Perrone sería el primer Subsecretario de Salud de la provincia) y de la Dra. Elsa Moreno como responsable de la Dirección Materno-Infantil, no estuvo exenta de conflictos.

El modelo de organización sanitaria centrada en el hospital público con régimen de dedicación exclusiva para los médicos colisionaba con el tradicional hasta ese momento y los intereses de la corporación médica. Perren y Casullo describen como esa pugna se transformó en un conflicto abierto hacia 1972, que se saldó rápidamente con la intervención del entonces gobernador Felipe Sapag para habilitar a los cuadros técnicos con amplias facultades de diseño y dirección de las nuevas políticas sanitarias y así dar continuidad al “plan de salud” (Mases *et al.*, 2015). Al respecto, el Dr. Horacio Lores comenta:

Resistencia inicial al Plan de Salud

En 1970, año en que se puso en marcha el plan, gobernaba el país un presidente militar de facto (Onganía). El área salud estaba a cargo de un integrante retirado de la Armada argentina, Francisco Manrique como ministro de Bienestar Social de la Nación.

Desde la OPS y la Escuela de Salud Pública de la UBA se difundían los nuevos conceptos en materia de atención de la salud –hospitales ‘abiertos’, atención universal sin distinción de coberturas, dedicación exclusiva de un alto porcentaje de profesionales, horarios prolongados de atención, niveles de complejidad y de atención, etc.

En dicho año se sancionó la Ley Nº 18.610 de Obras Sociales que otorgaba las mismas a los sindicatos por rama profesional, como una concesión del gobierno para obtener respaldo para su debilitado poder.

Se pusieron en marcha en casi todas las ciudades del país los hospitales ADOS que tenían planteles con profesionales de dedicación exclusiva casi en su totalidad. Algunas obras sociales comenzaban a desarrollar infraestructura propia.

El sector privado consideraba que estas nuevas modalidades de atención ponían en riesgo el ejercicio liberal tradicional de la profesión (se temía que los médicos perdieran su “independencia laboral” y se convirtieran en empleados del sector público o de las obras sociales).

Esta conjunción de factores generó una fuerte resistencia de los colegios médicos en la provincia, especialmente liderada por las entidades de Neuquén y Zapala, que reunían a la mayor cantidad de profesionales. La resistencia fue muy manifiesta en el Hospital de Neuquén e incluía campañas difamatorias y solicitadas en los diarios de la zona, como una que se publicó a página entera en el

diario *Río Negro* para criticar duramente la puesta en marcha de la Residencia en Medicina General, aduciendo que el hospital no reunía los mínimos requisitos para la docencia y que solo se buscaba formar “mano de obra barata”.

Por entonces, el sector público tenía amplia preponderancia de recursos en toda la provincia y en muchos lugares era el único prestador.

No existió resistencia política ni sindical, tal vez porque cuando se puso en marcha el Plan las instituciones estaban muy debilitadas por restricciones propias de los gobiernos de facto. Además los resultados muy positivos del Plan hicieron que, restablecida la actividad política, el Plan ya se consolidaba como un emblema provincial indiscutido.

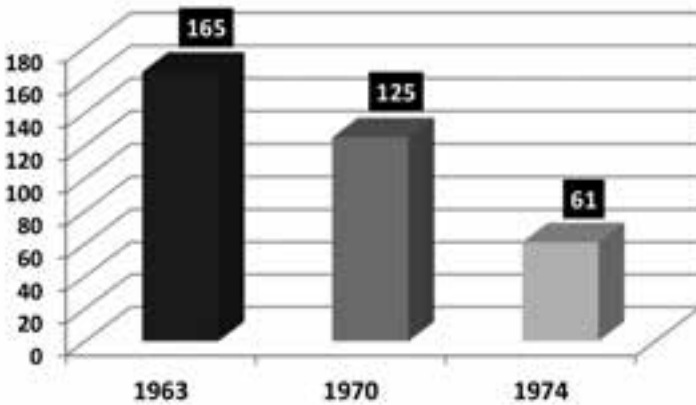
Los acontecimientos posteriores demostraron que el modelo nacional anclado en la Ley N° 18.610 terminó siendo un factor que dio un gran impulso al sector privado por cuanto la gran mayoría de las obras sociales decidió no construir infraestructura propia y, en cambio, contratar como prestador de servicios al sector privado. A partir de entonces éste tuvo un desarrollo muy fuerte y hoy supera en el país con amplitud a los recursos del sector público” (Lores, 2020).

En efecto, en ese escenario, a partir de consolidar una red de establecimientos ordenados por niveles de complejidad creciente, se organizó el sistema utilizando para ello los conceptos de regionalización y zonificación. Aplicando luego normas de atención para afrontar los principales problemas de salud, se lograron importantes resultados sanitarios.

Como etapa fundacional, este modelo, vigente desde 1970 hasta finales de los 80, debe ser rescatado como innovador y de gran impacto positivo en salud. Como fue mencionado antes, la decisión política de colocar a la salud en el centro de la escena y aprovechar lo que en ese momento estaba disponible como mejor opción técnica generó una mejora en la salud colectiva. Sin participación comunitaria, pero con

clara idea del conjunto provincial, se diseñó y se ordenó un sistema de salud que en poco tiempo demostró efectividad.

FIGURA 19. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN NEUQUÉN (1963, 1970 Y 1974), EXPRESADA EN MUERTES DE MENORES DE 1 AÑO POR CADA 1.000 NACIDOS VIVOS



Fuente: Elaboración propia basada en datos disponibles en la Subsecretaría de Salud, Provincia de Neuquén.

Sirve como ejemplo la drástica reducción de la mortalidad infantil. Dicha tasa era del 165 por 1.000 en 1963, del 125 por 1.000 en 1970 y del 61 por 1.000 en 1974 (Castillo, 1974) (Figura 19).

Decisiones centralizadas, presión periférica (finales de la década de 1980 hasta finales de la década de 1990)

Progresivamente el sector salud de Neuquén fue dejando de contar con un modelo planificador identificable, al menos si se consideran los modelos clásicos. Por otra parte, tal como sostiene Testa, una herramienta de gobierno como lo es la planificación normativa puede ser eficaz en determinados contextos históricos y sociales y cuando se cumple el postulado de la coherencia, esto es, la necesaria relación

entre “los propósitos, los métodos para lograrlos y la organización de las instituciones” encargadas de llevarlos a cabo (Testa, 2014). En efecto, ese tipo de planificación había sido exitosa en una etapa de la provincia en la cual había un poder concentrado en torno de un líder carismático que contaba con fuerte consenso en la base social.

Ese contexto era diferente hacia fines de la década de 1980 y decididamente cambian las relaciones de poder en la siguiente década. Por esa razón no resulta sorprendente que se modifique también la forma de planificar (decidir) en salud.

Como ya se mencionó, durante el periodo 1987-1991 (Ministro Gustavo Vaca Narvaja) se registró un intento de cambio en el modelo de planificación y toma de decisiones al conformarse el Consejo Provincial de Salud. Las instancias locales y zonales se desarrollaron en forma incompleta y el modelo, que todavía no estaba consolidado, se interrumpió con el cambio de gobierno, como ocurrió también con los incipientes avances hacia la integración regional, y entre los actores del sistema de salud dentro de la provincia.

Es así como a partir de los 90 se identifica una forma de toma de decisiones que siguen siendo centralizadas, ya que la aprobación o no de la incorporación de recursos y de aplicación de normas de atención depende de ese nivel jerárquico. Pero al responder a la presión periférica, y no siendo ésta de igual intensidad en todos los casos, o resultando cualitativamente distinta, los hospitales de la red pública van adquiriendo nuevos y particulares perfiles. La imagen de uniformidad del modelo anterior se va perdiendo a favor de una progresiva adecuación del hospital a la realidad local, en parte favorecido por la disposición de recursos propios vía recupero financiero (aranceamiento de prestaciones a las obras sociales). El modelo demuestra cierta flexibilidad, pero da por resultado un crecimiento disarmónico de la red.

Las decisiones surgen a partir de considerar únicamente algunos aspectos. No hay una visión de integralidad, no solo porque se considera exclusivamente al subsector público, sino además, porque en general se busca soluciones solamente a partir de focalizar en situaciones problemáticas puntuales. Esa visión escotomizada y cortoplacista de la realidad hospitalaria resuelve problemas, pero en muchos

casos implanta el germen de otros –quizás más graves– aunque de detonación retardada.

Por otra parte, al decidir los caminos emprendidos sin el sustento de un análisis técnico racional, en muchos casos, fruto de la presión de algunos grupos pero sin participación efectiva, se distorsiona la imagen de conjunto a favor de una postura corporativa. En algunos casos incluso, aprovechándose de la asimetría informativa que existe en el ámbito de la salud, esos grupos de presión involucran a la propia comunidad destinataria de los servicios para que sus integrantes aparezcan como los solicitantes o reclamantes –notas con firmas, llamadas a las radios locales, cartas de lectores, etc.–.

En este modelo, además, se dan cambios locales sin acuerdo explícito, a veces hasta sin conocimiento del nivel central, que contribuyen a modificar el perfil del hospital e incluso a desdibujar los límites que identifican los distintos niveles de complejidad. Algunos de esos cambios surgen como resultado de que el hospital cuenta con fondos propios que aplica a diferentes objetivos, con escasa o nula supervisión por parte de un nivel central con función coordinadora y moduladora.

Planificación estratégica con opinión local y coordinación central (2000-2004)

Durante la primera década del siglo XXI, siguiendo sugerencias de un Ministerio de Salud de la Nación que volvía a asumir el rol rector del sector, se intentó introducir el concepto de análisis de situación de salud (ASIS) y otras herramientas de análisis de situación de salud, de disposición y utilización de servicios de salud.

Se buscó recrear un tipo de planificación estratégica y participativa para constituir un proceso de construcción colectiva en busca de reducir la brecha entre teoría y práctica, propiciando espacios de reflexión orientados a la acción para estimular el compromiso de los actores. En este modelo, no solo las metas son el tema sino también la forma de alcanzarlas.

Los análisis integrales de situación de salud consideran todos los subsectores de salud, combinan lógica sanitaria y económica y aplican nuevos indicadores sanitarios.

Si bien se creó una instancia de gobierno que intentó articular planificación y gestión y lógica sanitaria con la perspectiva económica (Área de Planificación y gestión económico-sanitaria) y se instaló una sala de situación virtual, este tipo superador de planificación no logró consolidarse. La puesta en marcha de los hospitales nuevos en Cutral Có, Centenario, Junín de los Andes y Plottier representó oportunidades para desarrollar este tipo de planificación en el nivel meso (gestión de establecimientos). Empero, solo se logró un esbozo de intento en este sentido, en algunos casos sucumbiendo ante presiones políticas que no pudieron combinarse con los condicionantes técnico-sanitarios. Desde nuestra perspectiva, esta etapa se clausura al dirimirse a favor del mercado, como se expondrá luego, la centralidad de la toma de decisiones en salud.

El mercado planificando (decidiendo) (2005 a 2019)

El sistema de salud neuquino se preocupó poco en formar cuadros de conducción y gestión y desperdició la posibilidad de erigirse en escuela de gestión en salud con reconocimiento nacional y sudamericano. En paralelo, desde 2004 enfrenta un signo de alerta preocupante, cual es la clara intromisión del poder político partidario, que daña la organización en sus cimientos y pone en riesgo su continuidad como tal.

Hace ya varios años que quienes conducen este sistema de salud manejan solo una parte del mismo. Está claro que la economía del sector depende de otros espacios de decisión, con lo cual las conducciones de salud ven sesgada su posibilidad de vertebrar estrategias integrales, especialmente las que importan innovación de distinto tipo. Pero recientemente se ha evidenciado un incremento en la avidez por tener el control absoluto de un sector que debiera ser custodio de una política de Estado sustantiva, se generaron acciones que de no corregirse perpetrarán un deterioro terminal.

El nivel central de la organización sanitaria, que otrora era una usina técnica de alta calidad, creció en número de integrantes pero se muestra despoblado de cuadros técnicos de fuste, lo que demuestra incapacidad para generar nueva referencias, al menos en la cantidad que un sistema de la trayectoria del neuquino demanda.

La excesiva contaminación de lógicas político-partidarias para conformar los equipos de conducción, lejos de aportar a unificar criterios, si es que ese pudiese ser el objetivo, en algunos casos desplaza a integrantes del sistema con experiencia y compromiso y en otros –lo cual es más preocupante aún– da lugar a escenarios de confrontación para dirimir cuestiones ajenas a una política de Estado como es la de la salud.

Con evidente limitación para dimensionar los actuales y potenciales problemas, frecuentemente se cayó en la tentación de minimizar las dificultades, casi apelando a una lógica mágica para su resolución, y se delegó a los equipos zonales y locales el diseño de dispositivos para resolver situaciones extremas, pero sin dotarlos de los recursos necesarios.

La deserción del Estado planificador y conductor del sistema facilitó que el mercado asumiera ese rol. Así creció en forma exponencial el sector privado, con clara lógica de lucro, con el agravante de generar en muchos casos una situación de precarización y explotación laboral. Esa situación se expresa en pluriempleo, inestabilidad laboral y malas condiciones de trabajo que afectan, aunque no con exclusividad, especialmente a los trabajadores no médicos.

Respecto de la población, el devenir de los últimos años enciende otra alerta, la de los evidentes signos de inequidad en salud, que como tales siempre son injustos.

En el otro extremo de la cadena de atención, también el Estado se muestra insuficiente ante las demandas. En efecto, al mismo tiempo que el sector público perdió la vanguardia en la alta complejidad, abandonó el primer nivel de atención. Ese abandono se verifica al evaluar el escaso crecimiento que se registra en número de centros de salud, en particular en las áreas más pobladas, y la insuficiente incorporación de trabajadores de salud capacitados en acompañamiento a las comunidades para enfrentar los nuevos problemas de salud –violencias, adicciones y problemáticas psicosociales de distinto tipo–.

Quizás el ejemplo más palmario de la postura política que caracterizó esta etapa se cristalizó con la designación en 2015 del bioquímico Ricardo Corradi Diez como ministro de Salud provincial. Por primera vez en la historia de este sistema se designaba como autoridad sanitaria máxima a un dirigente de la medicina privada neuquina sin paso previo por el sector público.

Plan provincial de salud. ¿Nuevo intento de planificación estratégica o discurso gatopardista?²² (a partir de 2019)

Después de varios años de no contar al menos con un documento oficial que marcara el rumbo que persigue el sistema de salud neuquino, y quince años después del informe Nirenberg-Moreno-Perrone, la ministra de Salud Andrea Peve propuso un “Plan provincial de salud 2019-2023” (PPS). Se presentó como aporte al plan quinquenal que la fuerza política gobernante plantea para la provincia.

En su presentación sostiene que se ha afianzado una red escalonada, completando niveles de complejidad y tecnología que permiten constituir al sistema de salud neuquino en una referencia interprovincial. Asume en el texto que prologa el plan provincial que, garantizados los niveles de atención en la complejidad, el horizonte debe ser volver a enfatizar la importancia del primer nivel de atención, fortaleciendo la promoción de la salud.

Desde la perspectiva de la salud colectiva y los determinantes sociales de la salud, el sistema provincial se enfrenta a nuevas complejidades que son evidentes en los cambios demográficos de las últimas décadas, los cuales dan cuenta de transformaciones en la estructura, la dinámica y composición de la población sobre un fondo de problemáticas territoriales igual de complejo. Probablemente el mayor desafío que enfrenta el sistema de salud es repensar las acciones que fueron exitosas en el pasado para una realidad social compleja que exige por su propia dinámica más variables en las respuestas (Ministerio de Salud Neuquén, 2019).

Se propone un documento que destaca la necesidad de humanizar las prácticas y los espacios para la salud, y define los enfoques, princi-

22 Gatopardismo: “Hubo un concepto que alguna vez fue célebre en política: gatopardismo. Simplificando –aunque no mucho– quería decir ‘cambiar algo para que nada cambie’. De este modo, el político gatopardista era un astuto maestro de ajedrez que sabía, siempre, qué pieza entregar para no perder la partida [...] Era la lucidez que tenía una clase social para mantener, conservar sus valores dentro de los cambios revolucionarios” (Feinmann, José Pablo, “La muerte del gatopardismo”, *Página 12*, 03 de julio de 1999).

pios inspiradores, ejes temáticos, objetivos específicos y lineamientos del Plan Provincial de Salud 2019-2023. El texto resalta los principales rasgos de un sistema de salud que pretende ser garante de equidad en favor del acceso universal al derecho a la salud.

El Plan Provincial de Salud 2019-2023 se vertebra en derredor de ocho ejes estratégicos organizados en dos grandes grupos. Cada eje contempla objetivos propios que orientan lineamientos de trabajo a corto y mediano plazo, y proyectos estratégicos priorizados que se enuncian en un documento anexo.

El primer grupo de ejes estratégicos centra su interés en la **comunidad y las personas** y aborda emergentes socio-sanitarios que están en directa relación con los cambios sociales, económicos, urbanos o ambientales. Esos ejes son: 1) Bienestar integral y salud territorial: mejorar niveles de promoción poniendo énfasis en la alimentación saludable, el bienestar mental y la salud ambiental; 2) Maternidad e infancia: con objetivos planteados para reducir los niveles de mortalidad materna e infantil, promover maternidades seguras y centradas en la familia; 3) Salud sexual y reproductiva: centrada en un enfoque de sexualidad saludable y segura, que incluye temas hasta ahora controversiales y que no aparecían en la agenda pública oficial como la interrupción legal del embarazo (ILE), la diversidad y construcción de identidad de género; 4) Adultos y calidad de vida relacionada con la salud: con objetivos vinculados con la detección temprana de las enfermedades crónicas no transmisibles y la promoción de un envejecimiento saludable.

El segundo bloque de ejes estratégicos dirige su mirada hacia la **red del sistema de salud**. Los otros tres ejes del plan son: 5) Primer nivel de atención: se propone aumentar la capacidad resolutoria, lo cual requiere sumar otros modos de cuidar la salud entre los que menciona el brindar atención domiciliaria interdisciplinaria, sistematizada, continua, progresiva e integral y facilitar la relación del sistema de salud con el entorno familiar y social de las personas; 6) Red de mediana y alta complejidad: se plantea actualizar y fortalecer el enfoque territorial del sistema de salud y mejorar su capacidad de respuesta y articulación; 7) Talento humano de la red de salud: busca desarrollar en los diversos niveles de atención un proceso continuo

de captación, incorporación, permanencia, motivación y capacitación del personal en general, promoviendo la formación y el desarrollo de las competencias requeridas; 8) Tecnología en salud: centra su preocupación en el incremento de los niveles y la calidad de los recursos para la salud, tanto en términos de infraestructura física como tecnológica.

FIGURA 20. PLAN PROVINCIAL DE SALUD 2019-2023



Fuente: Ministerio de Salud de Neuquén.

Plan provincial de salud 2019-2023.

Mirada del plan desde la perspectiva de un trabajador profesional, con dedicación exclusiva al sistema público

Juan Carlos Suárez es médico, tiene 21 años de antigüedad en Salud Pública, es militante del sindicato de profesionales de la salud en Neuquén y jefe de un centro de salud en Neuquén capital. Asume que la columna vertebral paradigmática del Sistema Público de Salud Neuquino que lo colocó en un lugar de reconocimiento nacional e internacional, verificable en sus conquistas estadísticas, está constituida por la gratuidad, la universalidad, la calidad, la capacitación y la dedicación exclusiva de sus profesionales hasta los confines de la provincia.

Suárez sostiene que no se puede analizar el PPS despegado del Convenio Colectivo de Salud aprobado en 2018 (Ley Provincial Nº 3118) y de la adhesión de la provincia a la estrategia de la cobertura universal de salud (CUS).

Respecto del prólogo del documento, destaca que la ministra de Salud plantea que “el mayor desafío que enfrenta el sistema de salud es repensar las acciones que fueron exitosas en el pasado para una realidad social compleja”. Por eso resulta llamativo y alarmante, afirma, que en las 144 páginas del PPS no se menciona el modo de contratación “dedicación exclusiva”.

Agrega Suárez que la ministra apunta “el plan construido y delineado en los dos últimos años”, dejando traslucir la controvertida carga ideológica y los conflictos de interés provenientes del empresario Corradi Diez, que ejerció como ministro de Salud en esa época, habiendo sido hasta antes de ser nombrado en el cargo un importante dirigente de la medicina privada de la provincia. Y continúa, “construido y delineado [...] en un proceso de ida y vuelta con las diferentes áreas, programas, actores y equipos del sistema de salud valorizando y afianzando la identidad del sistema [...] vinculado a

los territorios [...] humanizando las prácticas y los espacios”, para contradecirse en las próximas páginas, bajo el título de “Contexto institucional”, sosteniendo que esto se lograría “a partir de una serie de ejes estratégicos abordando temáticas de salud multicau-sales para estructurar una propuesta estratégica integral tomando como marco general los Objetivos de Desarrollo Sostenible impulsados por la ONU”.

En su análisis, Suárez continúa diciendo que bajo el título de “Enfoque Global”, y luego de describir como un real desafío y oportunidad la continuidad de las alta esperanza de vida y baja tasa de mortalidad infantil, expresa que “el Ministerio de Salud tiene como misión ejercer la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la salud de la provincia [...]” surgiendo la contradicción con las visibles consecuencias del encorsetamiento al que está siendo sometida Salud por los sindicatos signatarios del convenio colectivo de trabajo y el Ministerio de Hacienda, lo que se traduce en la parálisis de los ingresos por concurso, la desjerarquización de la dedicación exclusiva, el incentivo laboral, el aliento a la actividad extraordinaria por sobre la ordinaria, la pérdida de derechos y condiciones laborales, la falta de medicamentos, etc.

Continúa Juan Carlos Suárez apuntando que en la descripción del eje estratégico 5 referido al primer nivel de atención y dentro del objetivo “Consolidar y Fortalecer el Rol de los Centros de Salud” la ministra sostiene que “en los últimos 20 años, la oferta de atención extra-hospitalaria (casi peyorativamente) no supera el 40% y que se pretende ‘readecuar’ una oferta que aumente y sea sostenible y sustentable en el tiempo” olvidando mencionar que, si la atención por guardia es de alrededor de 45-50%, querría decir que la atención ambulatoria de los hospitales solo es entre el 10 y 15% llevando a la conclusión de que la mejor readecuación que necesita el Sistema Público de Salud del Neuquén es “valorizar y afianzar la identidad” jerarquizando el régimen laboral de dedicación exclusiva, alentando la interdisciplinariedad, la capacitación, el arraigo y evitando el pluriempleo y los conflictos de interés. Para ello Suárez reitera la necesidad de volver al ingreso por concurso con el consiguiente im-

pacto en el derecho a la movilidad, propiciar la producción pública de medicamentos, eliminar el inconstitucional y deletéreo incentivo para hacer guardias y en cambio estimular la tarea ordinaria en el marco de políticas explícitas de cuidado de los trabajadores de salud.

El gobernador Omar Gutiérrez, ante múltiples dudas de este tipo planteadas en la jornada de Discusión del PPS el 4 de diciembre de 2019 en el Espacio DUAM, dijo que este plan “no está cerrado y está en construcción”, ojalá, refiere Suárez, que esa expresión redunde en algo positivo.

El Plan Provincial de Salud 2019-2023, conceptualmente alineado con la perspectiva de la Salud Colectiva, resulta ambicioso en sus propuestas y como se menciona en el texto, sirve de guía orientativa para las acciones a propiciar desde la conducción central del sistema.

Sin embargo, el propio texto evidencia ausencias notables: pese a que expresa que el plan fue construido y delineado con la participación de diferentes áreas, programas y actores del sistema de salud, vale consignar que los temas incluidos y priorizados que se conciben como guías orientativas fueron decididos en el nivel central del sector público, sin intervención de los actores de terreno. Quizás eso explica la ausencia de temas que aparecen como desafíos del campo (véase el próximo apartado).

Este plan, que aparece como un avance respecto de las actitudes de las conducciones previas, sin embargo, no considera al resto del sistema de salud neuquino, lo que desdibuja el rol rector del ministerio como regulador del conjunto.

Aunque en el enunciado de introducción resalta que “el Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén tiene autoridad rectora de las políticas de salud, de los estándares de calidad y garante del derecho a la salud [...]”, los ejes estratégicos propuestos no incluyen como misión ejercer rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la salud de la provincia de Neuquén. La provincia cuenta

con un proyecto para construir un hospital de alta complejidad que se propone como referencia no solo para Neuquén, sino para la Norpatagonia. Sin embargo, el plan no explicita qué iniciativas concretas estarán destinadas a garantizar el acceso universal, habida cuenta de la concentración de medios, especialmente en la alta complejidad a manos del sector privado.

Tanto la participación efectiva de los actores del sistema como de la sociedad en su conjunto, el ejercicio de la función rectora por parte del ministerio y la falta de articulación real con la política general del gobierno aparecen como las principales asignaturas pendientes. Su resolución dependerá de cómo se resuelvan las disputas y tensiones propias del campo, y de la importancia que el propio gobierno le asigne a salud en la agenda política.

- ¿Contará el Ministerio de Salud provincial con el aval político suficiente para recuperar el rol rector del sistema que perdió al promediar la primera década de este siglo?
- ¿Qué dispositivos concretos se pondrán en marcha para aprovechar el peso específico que juntos, sector público y obra social provincial, tienen en Neuquén?
- ¿Alcanzará el enunciado de un nuevo plan de salud para alinear intereses en torno de la salud colectiva, atraer trabajadores de salud hoy difíciles de reclutar y retener a aquellos formados localmente?
- ¿Será posible instrumentar mecanismos formales de participación social en el proceso de diseño y monitoreo de políticas de salud en el marco de un ejercicio de gobierno y una comunidad históricamente alejados de ese tipo de prácticas?
- ¿Podrá el sistema público volver a ser vanguardia en la alta complejidad o tener capacidad para regular la incorporación racional de tecnología en pos de garantizar una integración razonable con el capital privado para asegurar el acceso universal?
- ¿Cómo compatibilizará el fortalecimiento del primer nivel de atención en el marco de incentivos a favor de la atención por guardia de urgencias?

- ¿Tendrá lugar en la agenda sanitaria provincial la evaluación de tecnología sanitaria para decidir inclusiones y exclusiones?
- De acuerdo con este plan, ¿se considerará la dedicación exclusiva como pilar del sistema o como régimen laboral en extinción?
- ¿Dedicará el sistema de salud neuquino tiempo y recursos para incorporar a la economía de la salud como una de las disciplinas que podrían contribuir a analizar la realidad y realizar aportaciones sustantivas?

Estos y otros interrogantes surgen en una instancia que aparece como el intento de abrir un nuevo capítulo en la historia del sistema de salud neuquino. Tiempo al tiempo... esta etapa recién se inicia.

La Figura 21 resume las etapas de planificación analizadas en este apartado.

FIGURA 21. ETAPAS EVOLUTIVAS DE LA PLANIFICACIÓN (DECISIÓN) EN SALUD EN NEUQUÉN DESDE 1970 HASTA LA ACTUALIDAD



Fuente: Elaboración propia.

Principales desafíos del sistema de salud neuquino

Una de las maneras mediante las cuales es posible identificar los desafíos a enfrentar es pasar revista a las debilidades del sistema de salud neuquino en la actualidad.

Argentina es un país en el cual la salud no es una función delegada de las provincias a la nación y cada jurisdicción puede vertebrar su propio sistema de salud. Esa situación les otorga a las provincias cierta autonomía para decidir en salud, pero al mismo tiempo, en todas conviven actores con alcance nacional, como las obras sociales sindicales –por ejemplo, OSECAC– o nacionales, con el PAMI como ejemplo más claro. Por esa razón, las principales debilidades del sistema de salud argentino, que surgen de la fragmentación y la segmentación, también están presentes en Neuquén.

Agrupamos algunos de los rasgos que desde nuestro punto de vista debieran ser objeto de atención para mejorar el sistema provincial de salud. Al exponer así las debilidades del sistema de salud, al mismo tiempo esbozamos las líneas de acción de superación.

Debilidades del sistema de salud de Neuquén

- **Neuquén carece de una ley provincial básica de salud** que establezca con claridad conceptual qué jerarquía le da la comunidad neuquina a la salud, para luego asegurar mediante ese marco legal la continuidad de un sistema sanitario garante del derecho a la salud, otorgando al Estado un rol protagónico, tanto en el diseño como en la regulación, coordinación y ejecución. Tener un plan provincial de salud, si además se revisa participativa y dinámicamente, contribuye a resolver esa debilidad pero la iniciativa corre el riesgo de restringirse a un periodo determinado de gestión ministerial.
- **Falta de integración de las políticas sociales** para abordar problemáticas transversales y escasa articulación intersectorial en la conducción y a nivel de los estamentos operativos del sistema. Propender a la integración efectiva de la red pública con la obra social provincial podría ser un primer paso para empezar a superar la fragmentación y al mismo tiempo poner de relieve la potencialidad de la red sanitaria neuquina que ha perdurado a lo largo de los años.

- **Actualmente, algunas problemáticas que hacen al proceso salud-enfermedad-cuidado dependen de otras áreas de gobierno.** El actual Ministerio de Ciudadanía ha incorporado como áreas de su competencia discapacidad, diversidad y adicciones. Por sí mismo no se plantea como un problema en tanto se logre trabajar intersectorialmente con este y otros ministerios, pero también con otras organizaciones comunitarias. En algunos casos se requieren acuerdos provinciales, y en otros, estimular esa integración en el nivel local.
- **Escaso aprovechamiento de la capacidad instalada para diagnóstico epidemiológico** y deficiente difusión de las prioridades detectadas y uso de información para toma de decisiones. Debe apuntarse como debilidad el exiguo uso de la información sanitaria en los niveles zonales y locales, aun antes de esperar su procesamiento y devolución por el nivel central. El desarrollo de los sistemas informáticos de gestión puestos al servicio del seguimiento y monitoreo de metas surgidas de propuestas de base comunitaria utilizando indicadores trazadores seguramente representará un salto cualitativo para el sistema de salud.
- **Débil ejercicio del rol de rectoría del Ministerio de Salud.** Asumir en plenitud ese rol facilitará el reordenamiento de la red de acuerdo con las necesidades actuales, a través de modular también el desarrollo de los distintos subsectores, actualizar el perfil de los establecimientos desde la baja hasta la alta complejidad y ordenar el sistema de traslados utilizando recursos modernos.
- **Endebles políticas de recursos humanos en salud.** El principal capital del sistema de salud son sus trabajadores, por lo que un sistema que pretende seguir creciendo debe tener una política integral destinada a apoyar la formación en el pregrado de las distintas disciplinas y articulada con las universidades, para generar luego instancias que mejoren el reclutamiento y la retención de trabajadores. También asegurar climas de trabajo y con estimulantes regímenes de trabajo que fortalezcan la pertenencia con el sistema y garanticen estabilidad y desarrollo de las personas, y proteger la salud de sus integrantes velando por sostener espacios

de trabajo seguros, para trabajadores y usuarios. El pluriempleo debilita los sistemas de salud y atenta contra la salud de los trabajadores. La dedicación exclusiva con alcance a todas las disciplinas del equipo de salud aparece como una alternativa para alcanzar los objetivos mencionados.

- **Ausencia de integración regional de los sistemas de salud.** La articulación con las provincias vecinas, fundamentalmente Río Negro, permitiría mejorar en aspectos tales como la provisión de insumos y medicamentos, el abordaje de problemas sanitarios comunes, y la concreción de un hospital de alta complejidad regional. La conducción de un proceso de integración con ese perfil requiere de cuadros capacitados, elegidos por sus méritos y no por su filiación político-partidaria.
- **Prima una visión “hospitalocéntrica” de la atención de la salud.** El primer nivel de atención cuenta con infraestructura inadecuada y la oferta horaria en centros de salud y de turnos para la atención ambulatoria es insuficiente. Esa debilidad da lugar a un progresivo aumento de la atención por guardia que distorsiona el proceso de atención y cuidado de la salud. Esta desatención del primer nivel imposibilita el abordaje comunitario de las nuevas modalidades de atención –cuidados paliativos; atención de personas mayores; abordajes de la salud mental, de la diversidad sexual y el acompañamiento de las interrupciones del embarazo–. El uso de los recursos de telemedicina para facilitar el acceso al sistema de salud es incipiente y debe desarrollarse para continuar mejorando la dación de turnos, la asistencia a distancia, las interconsultas de pacientes y hasta la emisión de recetas digitales.
- **La atención de la salud no es contemplada de forma integral.** Por citar unos pocos ejemplos mencionamos la ausencia de un abordaje integral de la salud bucal que incorpore prácticas disponibles solo para algunos ciudadanos como endodoncia y ortodoncia, la contención y atención calificada a personas mayores sin contención familiar, el abordaje de problemáticas psicosociales –adicciones, patología dual, violencias– y los relacionados a salud sexual y reproductiva –aborto, fertilización asistida, diver-

sidad, etc.—. La salud pública también debería contemplar seguir mejorando las acciones de promoción y prevención de la salud, en especial la prevención secundaria en la detección precoz del cáncer —especialmente en los que generan mayor carga de enfermedad—, los trastornos nutricionales y otras enfermedades crónicas no transmisibles.

La planificación (decisión) deseable en salud

El desafío para los tiempos que vienen es en consecuencia desarrollar un modelo de planificación identificable a partir de una clara definición conceptual del proceso salud-enfermedad-cuidado. Rescatar la idea de un “plan de salud” podría implicar para Neuquén recuperar parte del “capital simbólico” perdido o que se fue diluyendo a lo largo de los años, pero que podría contribuir a fortalecerlo a partir de construir identidad y pertenencia.

Contar con un nuevo “plan de salud” se alinearía con un sendero de crecimiento si al tiempo que marca reglas de juego clara para los actores locales resulta funcional en forma dinámica para dar cuenta de las demandas actuales y de las que vendrán. Desde este punto de vista, sostenemos que deberá combinar tres aspectos:

- **Análisis integral de salud local con gestión efectiva**, para lo cual se requiere desarrollar capacidad local instalada de aplicación permanente, gestión de servicios de salud con base epidemiológica, aptitud dirigencial y actitud conductora democrática.
- **Decidida tendencia hacia la integración de los subsistemas**, empezando por la conjunción del sector público con la obra social provincial.
- **Coordinación central que asegure la vinculación** con el nivel nacional, el monitoreo y la evaluación de la situación de salud, la formulación de políticas sanitarias, la modulación y la regulación del crecimiento de la red asesorando a los distintos actores —públicos y privados— y asumiendo la gestión integral de los recursos humanos.

Si el nuevo “plan de salud” cumple la función de calmar las aguas apelando a un discurso conceptualmente sin fisuras respecto del enfoque de la salud colectiva, pero sin movilidad efectiva hacia la resolución de los desafíos actuales, se correrá el riesgo de que devenga en un factor más de desmotivación del conjunto.



**CERRANDO PARA SEGUIR
DEJANDO ABIERTA LA HISTORIA**

Conviven en Argentina las viejas enfermedades de tipo infeccioso, algunas de ellas re-agravadas o re-emergentes, con los nuevos problemas. Entre estos últimos se ha dado especial importancia a las enfermedades crónicas no transmisibles, como consecuencia del envejecimiento poblacional, y a las lesiones externas, vinculándolas con crecientes situaciones de violencia –incidentes viales, homicidios y femicidios, suicidios, pero también violencia de género e intolerancia a las disidencias–. Sin embargo, aparecen poco en la agenda sanitaria los problemas relacionados con la contaminación ambiental, los agrotóxicos y los efectos de producciones peligrosas para la vida como por ejemplo la megaminería a cielo abierto. El enfoque de “una sola salud” que propicia una mirada sobre la salud como relación armónica entre todos los seres vivos y su relación con el planeta está todavía lejos de traducirse en acciones concretas.

Hugo Spinelli menciona que este es uno de los productos de la “huella de la historia del campo”, pero no solo del campo de la salud, sino de otros campos donde la violencia simbólica naturaliza situaciones que profundizan las desigualdades sociales y donde esa naturalización es funcional a la acumulación del capital económico de los agentes que requieren de esas desigualdades para incrementarlo, lo cual a su vez actúa como determinante social sobre el proceso salud-enfermedad-cuidado (Spinelli, 2010).

Esa dinámica explica muchos de los perfiles epidemiológicos existentes. La vigencia de problemas de salud que podrían haberse ya erradicado porque existen conocimientos suficientes fundamentalmente expresa la existencia de individuos sin acceso a la ciudadanía y que, por lo tanto, no logran capacidades para colocar sus problemas en la agenda del Estado. La agenda política difiere de la agenda comunitaria por varias razones, pero destacamos que una de ellas es sin duda, el desigual ejercicio de ciudadanía, es decir, de acceso pleno a los derechos.

Más que de enfermedades, en muchos casos se trata de problemas sociales, por lo que apostar solamente a la medicina como vehículo para superarlas deviene en un reduccionismo estéril. La nueva epidemiología demanda del campo sanitario acciones específicas, pero obliga al mismo tiempo a un abordaje integral en el marco de un modelo de país que propenda a la igualdad y la justicia social.

En ese sentido, este documento resulta una aproximación al tema, que intenta sintetizar los principales aspectos a considerar para comprender la complejidad de la organización sanitaria nacional y provincial.

En el campo de la salud, no hay modelos de gestión puros, registrándose una tensión de intereses entre los actores intervinientes. Muchas veces esa puja de intereses impide dar respuestas concretas a la demanda de salud de las poblaciones y genera gran insatisfacción en la sociedad. Así, la limitación de los sistemas para impactar en forma positiva en los niveles de salud, la inequidad en el acceso a los dispositivos de atención y los costos crecientes de los distintos formatos, aunque con variantes en todo el mundo, son algunas de las razones del intenso proceso de reforma que se inició al finalizar el siglo xx y que se sigue desarrollando en distintos puntos del planeta. En el caso argentino, se distinguen dos atributos: complejidad y fragmentación. En pocos países coexisten tres modelos en paralelo. Con poca integración entre sí, muestran resultados exiguos y, aunque los indicadores de salud han mejorado en los últimos lustros, se mantienen diferencias entre regiones que evidencian inequidad, con el agravante de mostrar una tendencia a la expansión del gasto que no se corresponde con los resultados. Estos dos atributos constituyen los rasgos más destacados del sistema de salud argentino, entendiendo como fragmentación no solo a la multiplicidad de actores, sino también a la disolución de la responsabilidad institucional por los cuidados de salud de la población.

Estamos terminando de escribir este libro en los albores de los efectos sanitarios, sociales y económicos de la pandemia por COVID-19 en Argentina. Seguramente, esta triste historia, de la cual no conocemos aún su final, dejará varias lecciones. Una de ellas, sostenemos, resultará de la evidencia de cuán importante es contar con unidad de cri-

terio y de mando en situaciones extremas como esta. Sin embargo, la ventaja comparativa de esa unidad no se limita a periodos tormentosos como es el caso de la pandemia, también resulta notoria en etapas de calma, si es que los puede haber en un territorio con tantas desigualdades. Por esa razón, este libro que esperamos resulte al servicio de los objetivos que planteamos en la introducción, es un llamado más, urgente e impostergable, a la unidad del sistema de salud argentino bajo la conducción de un Estado fuerte y presente.

Adherimos a la idea expresada por Federico Tobar en el sentido de que la historia de “la organización de los servicios de salud en Argentina puede ser contada como una dinámica de avances y retrocesos hacia un sistema integrado” (Tobar, 2012), y sostenemos que la integración inteligente de los recursos disponibles tendrá que ser el desafío a asumir por el conjunto social.

Después de los intentos y los fracasos, que no fueron producto de la inconsistencia sanitaria, sino fundamentalmente de la falta de voluntad política, todos los actores relacionados con el sistema de salud argentino han sido afectados. En primer lugar, los ciudadanos, y en especial los excluidos, pero también los trabajadores de salud, los sindicatos, los prestadores y hasta los propios sistemas privados. Casi todos los protagonistas reconocen que hace falta quebrar la idea de la salud como mercancía y que deben propiciarse cambios profundos si se pretende el acceso universal con calidad y equidad.

Por eso, y en conclusión, la lucha social por la salud aún no se ha generalizado. Argentina tiene un extraordinario potencial para conquistar el derecho efectivo de la población a iguales cuidados de salud frente a idénticas necesidades.

Quizás Neuquén esté en mejores condiciones que otras provincias para asegurar ese derecho y esto mismo se constituye en un desafío adicional. Esta es una historia que, como todas las historias, siempre nos interpela a ser protagonistas de un nuevo capítulo.

REFERENCIAS Y FUENTES CONSULTADAS

- Abramzón, M. C. (2005). *Argentina: Recursos humanos en salud en 2004*. OPS.
- Abramzón, M. C. (2006). "Recursos humanos en salud en Argentina. Desafío pendiente". *Revista de Salud Pública*, 10 (1), pp. 52-62. <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v10.n1.7306>
- Agüero, A. L. (1993). "Epidemiología, historia, desarrollo y epistemología", en *Epidemiología y atención de la salud en Argentina*. OPS.
- Alzugaray, R. (1988). *Ramón Carrillo, el fundador del sanitarismo nacional / 1*. Buenos Aires, Centro Editor de América Latina.
- Alzugaray, R. A. (2009). *Ramón Carrillo, el fundador del sanitarismo nacional*. Buenos Aires, Colihue.
- Arce, H. E. (2010). *El Sistema de Salud. De dónde viene y hacia dónde va. Qué pasó en el mundo, en el país y en los hospitales durante el siglo XX. Por qué estamos como estamos*. Buenos Aires, Prometeo libros.
- Arias-Bucciarelli, M., González, A. E., y Scuri, M. C. (1993). "La provincia y la política. Formación y consolidación del Estado neuquino (1955-1970)", en *Historia de Neuquén*, Buenos Aires, PlusUltra, pp. 332-367.
- Armus, D. (2016). "Eugenesia en Buenos Aires: Discursos, prácticas, historiografía". *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 23, pp. 149-170. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702016000500009>
- Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas (ONU) (1966). Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales. *Resolución 2200 A (XXI)*. <https://doi.org/10.18356/33d4ce49-es>
- Asociación Santafesina de Medicina General y Familiar (ASMGyF) (2018). "La culminación del desarme". *Revista Soberanía Sanitaria*, edición especial, septiembre de 2018, pp. 22-24.
- Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (Banco Mundial) (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial 1993—Invertir en salud*. <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/282171468174893388/pdf/121830WDRSPANISH0Box35456B01PUBLIC1.pdf>

- Belló, M., y Becerril-Montekio, V. M. (2011). "Sistema de salud de Argentina". *Salud Pública de México*, 53, s96-s109. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342011000800006>
- Belmartino, S., y Bloch, C. (1994). "El sector salud en Argentina: Actores, conflictos de intereses y modelos organizativos, 1960-1985". *Publicación de OPS, representación en Argentina*, N° 40.
- Blanco, G. (1998). *Neuquén, 40 años de vida institucional, 1958-1998*. Neuquén, Centro de Estudios de Historia Regional, Universidad Nacional del Comahue.
- Borini, M. (2013). *Financiamiento de la salud poblacional en la Argentina*. (Fascículo 2; Cuadernos para trabajadores de la salud). Idep Salud, Asociación de Trabajadores del Estado (ATE).
- Borini, M., y Migueles, L. (2017). *Informe presupuesto nacional en salud, Argentina, 2017*. (Salud Pública argentina escrita por trabajadores y trabajadoras). Idep Salud, Asociación de Trabajadores del Estado (ATE).
- Borlotti, M. F. (2018). "Chantaje a las provincias". *La Capital*. <https://www.lacapital.com.ar/opinion/chantaje-las-provincias-n1641117.html>
- Bourdieu, P. (1997). "Espacio social y espacio simbólico". En *Razones prácticas*. Barcelona, Anagrama.
- Breilh, J. (2011). "Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud", en *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud?*, Universidad Autónoma Metropolitana.
- Cabases-Hita, J. M. (1999). *La controversia entre los principios de un sistema sanitario. El Debate público privado en las políticas de salud*. VIII Jornadas Internacionales de Economía de la Salud, Asociación de Economía de la Salud (AES), Buenos Aires.
- Carrillo, R. (1973). *Contribuciones al conocimiento sanitario*. Buenos Aires, Eudeba.
- Carrillo, R. (1974). *Teoría del hospital*. Buenos Aires, Eudeba.
- Carrillo, R. (1975). *Planes de salud pública 1952-1958*. Buenos Aires, Eudeba.
- Carrillo, R., Arce, J., Jaramillo, A., y Spinelli, H. (2018). "Política sanitaria argentina". *Cuadernos del ISCo*. <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/2/15/19-1>

- Carrillo, A., y Carrillo, A. (2004). *Ramón Carrillo. El hombre... El médico... El sanitarista*.
- Cassiani, S. H. de B., Hoyos, M. C., Carvalho Barreto, M. F., y da Silva, F. A. M. (2018). "Distribución de la fuerza de trabajo en enfermería en la Región de las Américas". *Revista Panamericana de Salud Pública*, N° 42.
- Castillo, E. (1974). *Plan de Salud. Informe del Subsecretario de Salud de Neuquén*. <http://www.neuqueneldesafio.com.ar/blog/61-plan-de-salud/?print=pdf>
- Cendali, F., y Pozo, L. (2008). *Políticas de Salud Pública en Argentina: Comparación de dos modelos*. 19. http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.5943/ev.5943.pdf
- Cetrángolo, O., y Goldschmit, A. (2018). *Organización y financiamiento de la provisión pública de salud en un país federal. El caso argentino*. Instituto Interdisciplinario de Economía Política de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Económicas, UBA. http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/download/docin/docin_iiep_024.pdf
- Chorny, A. H. (1998). "Planificación en Salud: Viejas ideas en nuevos ropajes". *Cuadernos médico sociales*, N° 73, 22.
- Colantuono, M. R. (1995). "Estado y territorio", en *Neuquén, una geografía abierta*. Neuquén, Universidad Nacional del Comahue, pp. 63-88.
- Conde Olasagasti, J. L. (1999). *Guía para la elaboración de informes de evaluación de tecnologías sanitarias*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo. N° 71.
- Dal Bó, A. (2008). *Hospitales de reforma. Crónicas para evitar el olvido*. Buenos Aires, Editorial Biblos.
- Dávila, A. (2016). *Cobertura Universal de Salud -CUS- Una mirada crítica y autocrítica del proceso de reforma de los sistemas de salud en Argentina*. Bernal, agosto de 2016. Disponible en: www.institutopatria.com.ar/wp-content/uploads/2016/10/COBERTURA-UNIVERSAL-DE-SALUD.pdf.
- De la Puente, C., y De los Reyes, L. (2019). *¿Cuánto gasta argentina en salud?* (p. 25). Secretaría de Gobierno de Salud. <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001756cnt-cuanto-gasta-argentina-en-salud.pdf>

- Dever, G. E. A. (1991). *Epidemiología y administración de servicios de salud*. OPS.
- Di Liscia, M. (2017). “Del brazo civilizador a la defensa nacional: Políticas sanitarias, atención médica y población rural (Argentina, 1900-1930)”. *Historia Caribe*, XII (31). <https://doi.org/10.15648/hc.31.2017.6>
- Díaz Muñoz, A. R., Levcovich, M., Lima Quintana, L., y Ramos, S. (1994). *Sistemas de salud en proceso de reforma*. OPS/OMS.
- Di-Bello, H. (2013). 2003-2013. “Una década ganada también para la salud”. *Revista Argentina Salud - Ministerio de Salud de la Nación*, Época 2, año 4, N° 22.
- Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación. (2016). *Natalidad y mortalidad*. (Síntesis estadística 3). <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2018/07/Natalidad-Mortalidad-2016-SintesisNro3.pdf>.
- Durán, A. (2004). “Políticas y sistemas sanitarios”. *Escuela Andaluza de Salud Pública*, Serie Monografías, N° 40.
- Escudero, J. C. (2018). “Salud supranacional y salud nacional”. *Revista Soberanía Sanitaria*, Edición especial, septiembre de 2018, pp. 49-52.
- Etchepareborda, R. (1983). *Biografía Yrigoyen/2*. Buenos Aires, Centro Editor de América Latina.
- Favaro, O. (1993). “Territorio y Estado Nacional: Estado Provincial y sistema político (1955-1976)”, en *Historia de Neuquén*, Buenos Aires, PlusUltra, pp. 315-331.
- Flores, F. (1997). *Creando organizaciones para el futuro*. Buenos Aires, Dolmen. <https://www.inf.utfsm.cl/~ric/sia/textos/creando%20org.pdf>
- Fundación Soberanía Sanitaria (2018a). *Avance contra la salud pública* (Informe FSS N° 37-1° parte). www.soberaniasanitaria.org.ar.
- Fundación Soberanía Sanitaria (2018b). *Un ajuste que debilita la Atención Primaria de la Salud* (Informe FSS N° 37-2° parte). www.soberaniasanitaria.org.ar.
- Georgopoulos, B, y Mann, F. (1989). “El hospital como una organización”. En: *Análisis de las organizaciones de salud*. OPS.
- Giménez, G. (1997). “La sociología de Pierre Bourdieu”. *Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM*, 23.

- Gollán, D. (2015). *¿Qué hacer en Salud? Fundamentos políticos para la Soberanía Sanitaria*. Buenos Aires, Colihue.
- González García, G. (1995). *Modelos de organización de los servicios de salud*. IV Jornadas Internacionales de Economía de la Salud: equidad, eficiencia y calidad. AES, Buenos Aires.
- González García, G., Fontela, M., y Madies, C. (2012). *Médicos, la salud de una profesión: Entre los ideales de una vocación y los obstáculos para ejercerla*. Buenos Aires, Ediciones Isalud.
- González García, G., y Tobar, F. (1997). *Más salud por el mismo dinero. La reforma del sistema de salud en Argentina*. Buenos Aires, Grupo Editor Latinoamericano-Isalud.
- González García, G., y Tobar, F. (2004). *Salud para los argentinos. Economía, política y reforma del sistema de salud en Argentina*. Buenos Aires, Ediciones Isalud.
- Hernández-Álvarez, M. (2017). "Consecuencias de la Cobertura Universal de Salud en Colombia". *Revista Soberanía Sanitaria*, 8 de diciembre. <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/consecuencias-de-la-cobertura-universal-de-salud-en-colombia/>
- Herrero, M. B., y Carbonetti, A. (2013). "La mortalidad por tuberculosis en Argentina a lo largo del siglo XX". *História, Ciências, Saúde, Manginhos*, Río de Janeiro, 20(2), 16.
- Hilleboe, H. E., Barkhuus, A., y Thomas, W. C. (1973). *Métodos de planificación sanitaria nacional*, Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Lator, C., Arias, C., Gorrochategui, M. del C., y Manoukian, D. E. (2006). *Chos Malal, entre el olvido y la pasión. Historia de la primera capital de Neuquén, desde los orígenes hasta los años setenta*. Centro de Estudios Regionales Chos Malal.
- Laurell, A. C. (1982). "La Salud-Enfermedad como proceso social". *Cuadernos Médico Sociales*, N° 19, 11.
- Laurell, A. C. (2011). "Los proyectos de salud en América latina. Dos visiones, dos prácticas". *Voces en el Fénix. En estado crítico*, N° 7. Disponible en <https://www.vocesenelfenix.com/sites/default/files/pdf/03.pdf>
- Leone, F. (2011). "Obras sociales en la Argentina. Un sintético relato histórico". *Voces en el Fénix. En estado crítico*, N° 7. <http://www.vocesenelfenix.com/content/obras-sociales-en-la-argentina-un-sint%C3%A9tico-relato-hist%C3%B3rico>.

- Lores, H. (2020). *El plan de salud de Neuquén*.
- Maceira, D. (2007). *Descentralización, financiamiento y equidad en el sistema de salud argentino*. Buenos Aires, Centro de Estudios Estado y Sociedad (Cedes).
- Mainetti, J. A. (1991). *Bioética sistemática*. Buenos Aires, Quirón.
- Manoukian, D. E. (2003). *Construcción de redes en salud: El caso Cutral C6-Plaza Huincul*. Buenos Aires, Ediciones Isalud.
- Manoukian, D. E. (2016a). Agencia Nacional de Evaluación de Tecnología de Salud. *VA CON FIRMA*. https://vaconfirma.com.ar/?articulos_seccion_719/id_1634/agencia-nacional-de-evaluacion-de-tecnologaa-de-salud/imprimir/imprimir/imprimir/imprimir
- Manoukian, D. E. (2016b). "Cobertura Universal de Salud. Golpe al Derecho a la Salud y al acceso universal". *Idep Salud-ATE*, 11.
- Manoukian, D. E. (2017). La historia del patético reparto de frazadas cortas. *VA CON FIRMA*. https://vaconfirma.com.ar/index.php?articulos_seccion_719/id_2893/la-historia-del-patetico-reparto-de-frazadas-cortas
- Manoukian, D. E. (2018). La CUS no es un invento argentino. *VA CON FIRMA*. http://vaconfirma.com.ar/index.php?articulos_seccion_719/id_5453/la-cus-no-es-un-invento-argentino
- Marcus, A. (2016). "Interculturalidad en salud". *Revista patagónica de bioética*, año 3, N° 5, pp. 58-71.
- Martín Martín, J. (1994). *Incentivos e instituciones sanitarias públicas*. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Martínez Guarino, R. (2004). *Felipe Sapag. El patriarca patagónico*. Grupo de Estudios Urbanos y Microrregionales, división editorial.
- Mases, E. H., Caminotti, D., Perren, J., Casullo, F., Gentile, M. B., y Camino Vela, F. (2015). *Un siglo al servicio de la la Salud Pública. La historia del Hospital Castro Rend6n*. Neuquén, Editorial de la Universidad Nacional del Comahue (Educo).
- Matus, C. (2014). *Adi6s, Se6or Presidente*. EDUNLa.
- Medina, A., y Narodowski, P. (2015). *Estado, integraci6n y salud. La gesti6n en red de un hospital p6blico*. Buenos Aires, Imago Mundi.
- Milgrom, P., y Roberts, J. (1990). *Economía, organizaci6n y gesti6n de la empresa*. Barcelona, Ariel Economía.

- Ministerio de Salud de la Nación (2004). *Plan federal de salud 2004-2007*. 55, Buenos Aires.
- Ministerio de Salud de la Nación (2012a). *El derecho a la salud, 200 años de políticas sanitarias en Argentina*. Buenos Aires.
- Ministerio de Salud de la Nación (2012b). *Remediar+Redes. 10 años comprometidos con la Salud Pública. Acceso a medicamentos esenciales en el primer nivel de atención*. Buenos Aires.
- Ministerio de Salud de la Nación (2018). *¿Qué es OFERHUS? Funciones y objetivos*. Buenos Aires. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/oferhus/que-es-oferhus>
- Ministerio de Salud de la Nación (2020). *Argentina logró controlar el brote y es libre de sarampión*. Argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/argentina-logro-controlar-el-brote-y-es-libre-de-sarampion>
- Ministerio de Salud de Neuquén (2018). Subsecretaría de Salud de Neuquén. *Reseña institucional. 2018*. <https://www.saludneuquen.gob.ar/institucional/>
- Ministerio de Salud Neuquén (2019). Subsecretaría de Salud de Neuquén. *Plan provincial de salud, Neuquén 2019-2023. La promoción de la salud, eje de todas las acciones*. <https://www.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2019/06/Plan-Salud-Nqn-2019-2023.pdf>
- Ministerio de Salud Neuquén (2018a). Subsecretaría de Salud de Neuquén. *Libro de indicadores. Información estadística y epidemiológica, 2016*.
- Ministerio de Salud Neuquén (2018b). Subsecretaría de Salud de Neuquén. *Libro de indicadores. Información estadística y epidemiológica, 2017*.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2019). *Indicadores Básicos Argentina 2019*. <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2019/12/Indicadores-Basicos-2019.pdf>
- Ministerio Jefatura de Gabinete Neuquén (2019). *Neuquén tiene la mortalidad infantil más baja de su historia*. 1.
- Moreno, E. (1972). *Evaluación de actividades año 1971*, Subsecretaría de Salud de Neuquén, p. 123.
- Moreno, E. (2004, diciembre). "Hay que revisar el sistema sanitario neuquino". *Diario Río Negro*. <https://www.rionegro.com.ar/hay->

que-revisar-el-sistema-sanitario-neuquino-dijo-elsa-moreno-P-CHRN04121119111006/

- Morgenfeld, L. (2012). “Desarrollismo, Alianza para el Progreso y Revolución Cubana: Frondizi, Kennedy y el Che en Punta del Este (1961-1962)”. *Ciclos en la historia, la economía y la sociedad*, 20(40).
- Nirenberg, O., Moreno, E., y Perrone, N. (2009). “Evaluación del sistema público de salud de la provincia de Neuquén”, *Cuadernos CEADEL*, Centro de Apoyo al Desarrollo Local (Ceadel), N° 45, p. 24.
- OECD (1992). *The reform of Health care. A comparative analysis of seven OECD countries*. OECD Publications.
- OMS (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>
- OMS (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. <https://www.who.int/whr/2000/es/>
- OMS (2005). *¿Qué es un sistema de salud? WHO*. <https://www.who.int/features/qa/28/es/>
- Onocko Campos, R. (2007). *La planificación en el laberinto. Un viaje hermenéutico*. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- OPS (1992). *Promoción de la salud y equidad. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud*. <http://www2.udec.cl/~promesa/doc3.htm>
- OPS (1995). *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud: La administración estratégica*.
- OPS (1997). “Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe”, *Cuaderno técnico*, N° 46, Santiago de Chile.
- OPS (2018). *Indicadores básicos 2018. Situación de la Salud en las Américas*. http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49511/IndicadoresBasicos2018_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y&ua=1.
- Organización de Naciones Unidas (ONU) (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2009). “De Bismarck a Beveridge: Seguridad social para todos”. *Revista Trabajo*, N° 67. http://www.ilo.org/global/publications/world-of-work-magazine/articles/ilo-in-history/WCMS_122242/lang-es/index.htm

- Pallarés-Mollins, E. (2012). *Psicología del amor. Para comprender mejor esta fortaleza humana 2012*. Bilbao, Ediciones Mensajero.
- Palma, H. A. (2016). *Las huellas de Darwin en la Argentina*. Teseo Press. <https://www.teseopress.com/lashuellasdedarwin/wp-content/uploads/sites/305/2016/06/Las-huellas-de-Darwin-en-la-Argentina-1464801989.pdf>
- Passos-Nogueira, R. (1997). *Perspectivas de la gestión de calidad total en los servicios de salud*. OPS.
- Pérgola, F. (2012). "Carlos Alberto Alvarado y el paludismo". *Revista Argentina de Salud Pública*, 3, 2.
- Pigna, F. (2004). *Los mitos de la Argentina 2. De San Martín a "El granero del mundo"*. Buenos Aires, Planeta.
- Pigna, F. (2006). *Los mitos de la Argentina 3. De la Ley Sáenz Peña a los albores del peronismo*. Buenos Aires, Planeta.
- Piñón, S. L. (2014). "Antropología y salud intercultural: Desafíos de una propuesta". *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, 0(16), pp. 111-125. <https://doi.org/10.29340/16.1074>
- Poder Legislativo Nacional (1994). *Constitución Nacional Argentina*, Ley N° 24430.
- ¿Qué es OFERHUS? (2018, octubre 23). Argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/salud/oferhus/que-es-oferhus>
- Restrepo, H., y Malaga, H. (2001). *Promoción de la salud. Como construir vida saludable*. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana.
- Roqué, M., De Marziani, F., Letcher, H., y Strada, J. (2019). *Informe sobre la situación de las personas mayores. El impacto inflacionario en los medicamentos* (p. 19). Buenos Aires, CEPA, Centro de Economía Política Argentina. <https://centrocepa.com.ar/informes/233-el-impacto-inflacionario-en-los-medicamentos-septiembre-de-2019.html>
- Rosen, G. (1985). *De la policía médica a la Medicina Social: Ensayos sobre la historia de la atención a la Salud*. Buenos Aires, Siglo XXI editores.
- Rovere, M. (1993). *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*. OPS.
- Rovere, M. (2000). *Redes. Hacia la construcción de redes en salud: Los grupos humanos, las instituciones, la comunidad*. Instituto de la Salud Juan Lazarte.

- Rovere, M. (2004). "La Salud en la Argentina: alianzas y conflictos en la construcción de un sistema injusto". *La Esquina del Sur*, 10.
- Rovere, M. (2015). "La salud en la Argentina: Alianzas y conflictos en la construcción de un sistema injusto", en Gollán *et al.*, *¿Qué hacer en salud? Fundamentos políticos para la Soberanía Sanitaria*. Buenos Aires, Colihue.
- Rovere, M. (2018). "Significado y sentido de un Ministerio de Salud". *Revista Soberanía Sanitaria*, Edición especial, septiembre de 2018, pp. 6-12.
- Sanguinetti, J. (2015). *Cobertura, gasto financiamiento y uso de los servicios de Salud en Argentina 2003-2014: Principales tendencias*. [Informe preparado para el Banco Mundial].
- Secretaría de Gobierno de Salud (2019). *Indicadores básicos 2019*. Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2019/12/Indicadores-Basicos-2019.pdf>
- Sigerist, H. E. (1941). *Medicine and human welfare*. Yale University Press.
- Somoza, J. L. (1967). "La mortalidad de la República Argentina según tablas de vida de 1914, 1946-48 y 1959-61". *Revista de Economía y Estadística*, tercera época, 11(1-2), pp. 155-174.
- Spinelli, H. (2010). "Las dimensiones del campo de la salud en Argentina". *Salud colectiva*, 6(3), pp. 275-293.
- Spinelli, H. (2016). "Volver a pensar en salud: Programas y territorios". *Salud Colectiva*, 12, pp. 149-171. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.976>
- Spinelli, H. (2019). "Planes y juegos". *Salud Colectiva*, 15, e2149. <https://doi.org/10.18294/sc.2019.2149>
- Stolkiner, A. (1987). "De interdisciplinas e indisciplinas", en Elichiry, Nora (comp.), *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. Buenos Aires, Nueva visión.
- Szafranko, A. (2019). "La pobreza alcanzó al 40,8% de los argentinos en el tercer trimestre, según datos de la UCA". *El Cronista*, 5 de diciembre. <https://www.cronista.com/economiapolitica/La-pobreza-alcanzo-al-408-de-los-argentinos-en-el-tercer-trimestre-segun-datos-de-la-UCA-20191205-0051.html>
- Testa, M. (1995). *Pensamiento estratégico y lógica de programación (el caso de salud)*. Buenos Aires, Lugar Editorial.

- Testa, M. (2014). *Pensar en salud*. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Tobar, F. (1998). “Dispositivos teóricos para el estudio de los sistemas comparados de salud”, en *Reinventando la salud*, cap. 2. Buenos Aires, Ediciones Isalud.
- Tobar, F. (2001). “¿Por qué Argentina salió tan mal en el Informe 2000 de la OMS?”, en *Medicinaysociedad.org.ar/publicaciones*.
- Tobar, F. (2012). “Breve historia del sistema argentino de salud”, en: Garray, O. (coord.), *Responsabilidad profesional de los médicos, ética, bioética y jurídica. Civil y penal*. Buenos Aires, La Ley.
- Tobar, F., Olaviaga, S., y Solano, R. (2012). “Complejidad y fragmentación: Las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino”. *Documento de Políticas Públicas/Análisis*, N° 108. Buenos Aires, Cippec.
- Vaca Narvaja, G. A. (2020). *Sobre el Seguro Provincial de Salud y el Consejo Provincial de Salud*. Documento aportado por el autor para esta publicación.
- Vallejo, G. (2018). “La hora cero de la eugenesia en la Argentina: Disputas e ideologías en el surgimiento de un campo científico, 1916-1932”. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 25(suppl. 1), pp. 15-32. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702018000300002>
- Varela, T., Giovacchini, C., Angeleri, P., Morales, M., Fabbri, C., y Luppo, V. (2019). “Elaboración de criterios epidemiológicos para estratificar por departamento el riesgo poblacional de Dengue grave”. *Rev Argent Salud Pública*, 10(39), pp. 38-41.
- Verdejo, G. (1998). *Argentina. Situación de salud y tendencias 1986-1995*. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6262/1998-ARG-situacion-salud-tendencias.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Veronelli, J. C., y Testa, A. (2002). *La OPS en Argentina. Crónica de una relación centenaria*. Organización Panamericana de la Salud.
- Veronelli, J. C., y Veronelli Correch, M. (2004a). *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en Argentina*, t. 2. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3477/argentina-salud-publica-historia-tomo2.pdf?sequence=1>
- Veronelli, J. C., y Veronelli Correch, M. (2004b). *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en Argentina*, t. 1. Organización Pana-

mericana de la Salud. <https://www.paho.org/arg/publicaciones/otras%20pub/Tomo%20I.pdf>

Villela Cortés, F., y Linares Salgado, J. E. (2011). "Eugenesia: Un análisis histórico y una posible propuesta". *Acta bioethica*, 17(2), pp. 189-197. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2011000200005>

Virchow, R. (2008). "Reporte sobre la epidemia de tifo en Alta Silesia". *Medicina Social*, 3(1), pp. 5-20.

Williams, A. (1988). "Priority setting in public and private health care: A guide through the ideological jungle". *Journal of Health Economics*, 7(2), junio 1988, pp. 173-183.

Williams, G. (2015). "Intersectorialidad en las políticas de recursos humanos en salud. Experiencia argentina y perspectivas de regulación en el ejercicio profesional". Reunión regional de recursos humanos para la salud. *Los equipos de Salud frente a nuevos y renovados desafíos*, Buenos Aires.

Williams, G., Duré, I., Dursi, C., y Pereyra, J. L. (2014). "Médicos en Argentina: Red federal de registros de profesionales de la salud". *Revista Argentina de Salud Pública*, N° 4.

Williamson, O. (1993). *Las instituciones económicas del capitalismo*, México, Fondo de Cultura Económica.

Yelicic, C. (1999). *Ponencia de la Diputada Clori Yelicic (Bloque Frepaso) en la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires al tratarse en general la Ley Básica de Salud*. 111.

Zubeldía, L., y Hurtado, D. (2019). "Política tecnológica e industrial en contexto semiperiférico: La producción pública de medicamentos en Argentina (2007-2015)". *Revista Perspectivas de Políticas Públicas*, vol. 8, N° 16, 29 (enero-junio 2019) ISSN 1853-9254.

SOMOS GENTE DE PALABRA

Tomamos de ella su capacidad de construir comunidad, conciencia y una cultura de hermandades.

Palabra escrita hecha libros/semilla que nos ayuden a transitar el camino hacia una sociedad más justa e igualitaria, rumbo al Buen Vivir. Palabras puentes y no muros.

Corren tiempos en los que se las manipula para el desencuentro, la división, la xenofobia. Se las usa como excavadoras para ensanchar y profundizar grietas; como señuelos consumistas que enmudecen el daño a nuestra casa común.

Si la verdad nos hará libres, el engaño premeditado persigue esclavizarnos, colonizarnos. Palabrerío irresponsable de pícara impostura, enfermando el entendimiento común de los sentidos, martillando informaciones falsas. Naturalizar la posverdad no es otra cosa que la celebración de la mentira. Nosotros somos los que le gritan al rey desnudo.

Queridos lectores: reciban y circulen los libros de CICCUS como una buena nueva, más allá de la temática que aborden, como un don para el discernimiento, la paz y el amor a la vida, que no es poca cosa.

CONSEJO EDITORIAL:

Juan Carlos Manoukian, Mariano Garreta, Hugo Chumbita, José Muchnik, Diana Braceras, Héctor Olmos, José Luis Coraggio, Roberto Benencia, Nerio Tello, Federico Giménez, Pablo Medina, Adrián Scribano, Gabriela Merlinsky, María Miguel, Enrique Del Percio

EDICIONES
ciccus

CENTRO DE INTEGRACIÓN
COMUNICACIÓN, CULTURA Y SOCIEDAD



Foto: "Trashumancia en el norte neuquino", Daniel Manoukian





*La presente edición está impresa
en papel ilustración de 90 grs. de producción nacional.*

*Se utilizó tipografía
Georgia cuerpo 10,5 con interlínea 14.*

Se terminó de imprimir en febrero de 2021
en Colorgraf Servicios Gráficos
Dr. Antonio Caviglia 27 - Wilde
Buenos Aires - Argentina
Tel: (54-11) 4353-4563
imprentacolorgraf@gmail.com