

Artículos centrales

Derecho a la Salud y Sistemas Integrados Lecciones de la Pandemia

Mario Rovere^{a 1}

Fecha de recepción:	13 de julio de 2021
Fecha de aceptación:	19 de julio de 2021
Correspondencia a:	Mario Rovere
Correo electrónico:	roveremario@gmail.com

- a. Médico Sanitarista. Director de la Escuela de Gobierno “Floreal Ferrara”, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Ex Viceministro de Salud de la Nación. Ex Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de la Matanza.

Resumen:

Se presenta a consideración una reflexión en tono ensayo, sobre las reformas necesarias en el sistema de salud de la Argentina; tomando en cuenta el desempeño del mismo, en la pandemia de SARS Covid19. Se refieren diversas iniciativas políticas de reformas de carácter sistémico, considerando que ellas solo pueden ser encaradas a través de decisiones legislativas, las únicas que, por principio, pueden cambiar las reglas de juego alcanzando a todos los agentes que convergen en el amplio campo de la salud en un país federal. El trabajo concluye con una serie de preguntas interpretando que el momento histórico que atraviesa el país y el mundo requiere una profunda revisión para enfrentar problemáticas similares o mas complejas que la actual que dista mucho de haber concluido.

Palabras clave: Reformas de los sistemas de salud - Agentes de salud - Financiamiento - Recursos humanos - Fuerza laboral - Tecnologías - Legislación - Políticas de salud - Pandemia.

1. Aunque las opiniones aquí vertidas son de mi exclusiva responsabilidad la preparación del presente trabajo coincidió con el fructífero intercambio con un equipo de sanitaristas experimentados en técnica legislativa y en gestión del subsector público y de la seguridad social: Virginia López Casariego, Francisco Leone, Giglio Prado, Norberto Schaposnik, mi agradecimiento hacia ellos.

Summary

This article, in an essay genre, tries to promote a discussion about the necessary reforms in the Argentine health system; considering its performance in the Sars Covid 19 pandemic. Various political reform initiatives in a systemic perspective are referred to, considering that it only could be addressed through legislative decisions, the only ones that, in fact, can change the rules of the game, reaching every agents that converge in the broad field of health in a federal country. The work concludes with a series of questions interpreting that the historical moment that the country and the world is going through requires a deep review to face similar or more complex problems than the current one that is far from being concluded.

Key words: Health systems reform, health agents, financing, human resources, labour force, legislation, health politics, pandemics.

Introducción

El segundo semestre del año 2021 ofrece una coyuntura excepcional para pensar y debatir sobre el sistema de salud que tenemos, el que el país necesita y el que nuestro pueblo se merece. Tras 18 meses de pandemia el mundo ha visto cambiar a una velocidad inaudita políticas, posiciones, valores, desarrollos científico- tecnológicos, comportamientos sociales, adhesiones y rechazos, en un caleidoscopio tan variado de acciones y de reacciones que, ciertamente, dificultan su más profunda comprensión.

En un somero intento de caracterizar la situación y casi desde el comienzo de la pandemia en marzo del 2020, se percibió a nivel mundial que *entre enfermar y no enfermar* cada Estado ponía en juego su capacidad política, su capacidad de gobernar, la de construir consensos, la de regular, la de comunicar, la que, cada país, cada sistema político, había construido a lo largo de muchas décadas. Así pudimos percibir gobiernos displicentes o negacionistas que minimizaron los riesgos o la importancia de la enfermedad, aquellos que ocultaron las cifras que permitieran medir la magnitud de la catástrofe, aquellos que dilataron todo lo posible las inevitables medidas y quienes pudieron sostener y asumir medidas cuarentenarias con distinto grado de acompañamiento de sus propias sociedades.

Pero, otra partida simultánea se disputaba *entre enfermar y no agravarse o entre enfermar y no fallecer*, es decir en la capacidad de los sistemas y servicios de salud -tan debilitados en las últimas décadas- para enfrentar, no solo la cantidad, sino la intensidad y gravedad de los casos, que puso a los sistemas de salud de todos los países del

mundo al borde del colapso. Entendiendo por colapso la imposibilidad material de brindarle a los ciudadanos y a las ciudadanas de sus respectivos países la información adecuada, la detección temprana, el seguimiento de contactos, el monitoreo de pacientes domiciliarios, los cuidados comunitarios y ambulatorios, y los cuidados intermedios o intensivos que según las formas clínicas de la enfermedad se pudieran necesitar.

Muchos han visto en esta pandemia una nueva prueba del desequilibrio planetario generado por el avance irrefrenable del ser humano sobre la naturaleza, un hecho que multiplica la posibilidad que diferentes agentes patógenos, en este caso un virus pueda saltar de unas especies a otras, e igual que en otros casos como viene sucediendo sistemáticamente frente a cada crisis del actual modo de producción dominante la ciencia y la tecnología resultan constituir la salida de emergencia, el salvavidas que puede llegar en su ayuda.

Semejante afirmación surge porque existe suficiente evidencia que la amenaza de pandemias, con microorganismos saltando entre especies es consecuencia directa de un modo expansivo y sin control de explotación de los recursos naturales. Y justamente eso es lo que cambió -para algunos países mucho más que para otros- el panorama 2021 respecto al 2020: ahora existen vacunas seguras y eficaces, pero no son para todos.

La generación, a velocidad nunca antes vista, de múltiples vacunas, seguras y eficaces, casi todas ellas con soportes que se utilizan por primera vez: como la aplicación modificada de otros virus o el uso de ARN mensajero, que en menos de un año comenzaron a ofrecer una salida, a construir una esperanza. Sin embargo, al

mismo tiempo comenzaron a disputar en un mercado oligopólico que tiene por el momento escasos compradores, básicamente los gobiernos, alcanzando a aplicar al momento que se escribe este artículo 2.700 millones de dosis aplicadas, pero el 80 % de ellas en el selecto grupo de los siete países de más altos ingresos del planeta.

La necesidad de una discusión sobre el sistema de salud alcanza niveles críticos cuando como consecuencia de una pandemia todos los sectores del Estado, la totalidad de los agentes económicos y la vida cotidiana de un pueblo se ven afectadas.

El sistema de salud argentino, como todos luego de esta catástrofe mundial, necesita ser revisado, actualizado, rediseñado y las fuentes principales para alimentar un debate nacional son básicamente los antecedentes políticos que procuraron reformarlo en el pasado, la herramienta de los “sistemas de salud comparados” -ahora actualizada en función de su capacidad de respuesta frente al vendaval- y los aprendizajes de una epidemia que como una verdadera “ergometría” puso a los actuales sistemas al límite y develó ampliamente sus debilidades y fortalezas.

Pero no solo eso, sino que citando aquella frase de Clemenceau sobre que “la guerra es un asunto demasiado serio para dejarla (solo) en manos de los militares” la sociedad y la política ahora más que nunca quieren “saber de qué se trata”.

Kamala Harris vicepresidenta de los Estados Unidos lo expresó con claridad durante la reunión del G20 dedicado a la salud convocando a que la salud pública deje de ser un campo reservado a los expertos, insinuando que debe formar parte de la formación de las nuevas generaciones políticas: en sus términos “A nivel nacional debemos planificar la seguridad sanitaria tal como lo hacemos con la seguridad nacional. Durante mucho tiempo la salud fue dominio de los líderes, de los expertos en salud; en esta era todos debemos ser líderes en salud. Esto es un imperativo” (Harris, 2021).

Los rasgos básicos de un sistema equitativo de salud

El costo de la promoción de la salud y de la atención de la enfermedad puede resultar inabordable para una buena parte de la población, y resulta especialmente penoso

si se espera un desembolso justo cuando la enfermedad *per se* afecta o destruye la economía familiar. La histórica frase “no hay nada más injusto que el pago de bolsillo cuando uno se enferma” continúa por décadas orientando las reformas progresivas de los sistemas de salud. Cuando se privilegia a salud como uno de los principales ejemplos entre los denominados “mercados imperfectos”, es decir aquellos en que la demanda no cuenta casi nunca con la información precisa y adecuada sobre lo que “compra”, en donde, además, a través de una prolija segmentación se constituyen monopolios u oligopolios para fijar precios abusivos o incluso se promueven prestaciones innecesarias, se entiende porque salud constituye uno de los sectores más atractivos de la economía mundial para la rápida y desproporcionada generación de riqueza.

Por ello de una manera u otra todos los sistemas hacen hincapié en diversas formas de concentración cooperativa de la capacidad de compra; para poder discutir la formación de precios, generalmente a través de la constitución de fondos a través del pago solidario y/o anticipado de servicios que por una combinación de factores, entre ellos la fuerte dependencia de insumos y de tecnologías extranjeras- incrementan sus costos incluso por encima de la inflación general de precios en la mayoría de los países.

Un sistema de salud equitativo pasa a ser entonces, aquel en que cada uno aporta según su riqueza y/o sus ingresos y en el que todos pueden ejercer su derecho a la salud en forma igualitaria.

Impuestos generales, tasas específicas, aportes salariales y de empleadores, cuotas de seguros privados y el pago directo de parte o de la totalidad de las prestaciones, configuran las diferentes formas como, con mayor o menor predominio de una u otra, se genera el financiamiento de la salud.

Otro factor a tener en cuenta es la cantidad de subsectores y de instituciones que tienen a su cargo la gestión de los servicios de salud ya que el costo de intermediación puede resultar muy significativo en función del grado de agregación o de fragmentación del sistema.

Estos rasgos generales se combinan de diferente manera ya que la mayoría de los sistemas de salud en el mundo son mixtos, es decir que conviven en diferente proporción subsectores públicos, privados y de la seguridad social.

Una dimensión adicional lo constituye la mayor o menor diferenciación entre instituciones que brindan efectivamente servicios de salud y aquellas que se dedican a administrar el financiamiento. Este debate instalado en la década de los 90's se orientaba a separar netamente la función "prestadora" de servicios del financiamiento con el objetivo de tratar de acotar o limitar el rol del Estado al de un mero financiador.

El sistema de salud "...que supimos conseguir"

Todos los actores y formadores de opinión del sector salud ya mucho antes de la pandemia expresaban "esto no da para más". Pero claro que muchos de ellos se sienten más cómodos cuando el debate sobre el sistema de salud no escala de las mesas de negociación sectoriales hasta instalarse en la arena política.

Fragmentación, sobreoferta relativa de factores, grave inequidad territorial y/o por rama de actividad, descreme, multi-empleo profesional, precarización laboral, enormes subsidios encubiertos, gastos excesivos en múltiples unidades de gestión, fuerte dependencia de insumos y de tecnologías importadas, opacidad en el sistema de financiamiento, baja reinversión en el sector y desvío de fondos hacia el circuito financiero, son algunos de los rasgos que a lo largo de las décadas hemos recogido de analistas de todos los signos políticos.

Las cifras son bastante precarias, pero alcanzan en su imprecisión -que es otro síntoma de la debilidad del sistema- para perfilar las dimensiones del sector. A lo largo de las décadas se asume que entre un 8,5 y un 10 % del PBI de la Argentina se dedica a salud (a lo largo del tiempo, en un país en el que la inflación forma parte del paisaje no solo se ha dudado razonablemente del porcentaje sino también del valor real de la moneda y de cómo se ha medido el PBI en cada momento histórico). Asumiendo que las cifras más optimistas lleven ese total a unos 40.000 millones de dólares por año, por debajo, pero no tan lejos, de los 1.000 dólares promedio por habitante por año, resulta imprescindible contrastar este nivel de gasto, o de inversión en salud con el de los Estados Unidos que hace años que ya superó los 10.000 dólares por habitante por año.

Si se nos permite la referencia para entender de que "mercado mundial" se trata: el impacto expansivo del denominado Complejo Médico Industrial de los Esta-

dos Unidos absorbe más de un 16 % del PBI más grande del planeta, constituyendo una masa monetaria superior a todo el PBI de Brasil. Como encuentra fuertes restricciones para crecer en su propio país en las últimas dos décadas se ha expandido y ha ido por la privatización total o parcial de los sistemas de salud, aun los más sólidos del planeta, llegando a debilitar la propia seguridad social europea. Y son justamente esos mismos sistemas -alguna vez admirados- quienes debieron enfrentar la pandemia con resultados marcadamente inferiores a los que históricamente hubiéramos esperado.

Volviendo a nuestro país, los recursos están distribuidos -como es habitual en los sistemas mixtos- en forma marcadamente inequitativa. Así la puja distributiva establece una inversión por habitante totalmente dispar: si se trata de quienes tienen como única cobertura el subsector público (UCSP) han estado muy por debajo de la inversión promedio del país por habitante, del mismo modo ocurre con las Obras Sociales pequeñas o de aquellas ramas de actividad que reúnen trabajadores con salarios bajos (peones rurales, construcción) subiendo en la escala hacia las Obras Sociales más poderosas y de allí a quienes cuentan con los planes más elevados de los seguros privados. Todo ello sin contar a quienes teniendo cobertura de Obra Social han transferido aportes a otras instituciones, generalmente los asalariados de ingresos más altos lo que se conoce en la jerga del sector como "descreme".

Si en el análisis del financiamiento del subsector público, que se realiza a través del libre acceso a una amplia red de servicios de salud, -único recurso para una parte significativa de la población, que por definición carece de un empleo estable-, se le restara el amplio subsidio en prestaciones a quienes sí lo tienen, que podría alcanzar la friolera de 1 % del PBI, la inversión per cápita queda reducida más aún.

A lo largo de un siglo el sistema de salud argentino ha estado en permanente deconstrucción como consecuencia de diferentes políticas que operaron en algunos casos intentando unificar y universalizar el acceso y la cobertura de los servicios de salud generalmente a partir de un rol protagónico del Estado y otros gobiernos que intencionadamente buscaron su debilitamiento y facilitaron procesos de privatización progresivos de baja visibilidad.

La actual infraestructura de servicios públicos configura un parque arquitectónico que incluye algunos edificios

que han superado holgadamente un siglo de existencia. Este extenso capital social reconoce oleadas de inversión muy diferentes a lo largo de ese período destacándose por orden de aparición los edificios construidos o inspirados por la ley que promovió el Dr. Domingo Cabred. Son en general, edificios pabellonados, inspirados en los hospitales franceses, con galerías cubiertas y techos muy elevados. Según Veronelli (2002), la Ley 4.953 de 1906, crea como dependencia del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto (el cual tenía ya relación con la Sociedad de Beneficencia), la “Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales”

Contrasta esta iniciativa de “filantropía” con la generación de establecimiento de la denominada “revolución de la capacidad instalada” construidos con el liderazgo del Dr. Ramón Carrillo y la Fundación “Eva Perón” en el primer y el segundo gobierno peronista. En el período 1945-1954 se construyeron en el país 60 Institutos especializados, 52 centros de higiene materno-infantil, 141 hospitales, 37 centros sanitarios y 40 laboratorios (Ministerio de Cultura de la Nación, 2021).

A partir de 1956 la inauguración de nuevos hospitales o el mantenimiento de los existentes pasó a ser una práctica esporádica y excepcional. Casi hasta el 2011 en que una nueva oleada de “hospitales del bicentenario” expandió la oferta con énfasis en aquellos distritos más postergados. La relación camas públicas por habitante había venido retrocediendo y hubo que esperar casi 55 años para que la construcción de hospitales volviera a ser objetivo de política pública a través de los denominados “Hospitales del Bicentenario”, muchos de ellos inaugurados luego de cuatro años de una planificada suspensión de obra, pese a estar casi terminados.

Una fundamentada prédica de más de 40 años hacia el desarrollo de una atención desconcentrada y la generación de infraestructura de centros de salud intentó polarizar con la inversión en hospitales en nombre de la atención primaria de la salud (APS). Sin embargo, la pandemia puso de manifiesto hasta que punto el énfasis debe estar colocado en la organización de una red de servicios de complejidad creciente y amplia flexibilidad si se piensa en cambios súbitos en la morbilidad y en el genio epidémico de nuevas o renovadas amenazas sanitarias.

El subsector privado prestador de servicios creció en volumen e importancia merced fundamentalmente al financiamiento del PAMI, al de las Obras Sociales Sin-

dicales, las Provinciales y las de regímenes especiales y más tardíamente el de los seguros privados -conocidos en nuestro país como prepagas-. Así resulta posible estimar, que a principio del milenio ya constituían holgadamente más del 50 % de las camas del país.

Una parte significativa de este flujo de inversión en las últimas cinco décadas esconde un importante subsidio del subsector público que no logra transparentarse. Aunque no existen datos confiables del volumen de prestaciones que el subsector público brinda con demora o sin contraprestación alguna a Obras Sociales, a Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) a Seguros de siniestro automotor, etc. Pero si tomáramos como referencia un dato sistemático como el que publica año tras año el sistema de estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación (2021) podríamos observar por ejemplo para el 2019 (último reporte disponible) un dato curioso y preciso: cuando se analiza la proporción de personas embarazadas que cuentan con cobertura de Obra Social o Prepaga en la Argentina, sobre 282.174 mujeres, 57.156, el 20,5 % o más precisamente una de cada cinco eligieron tener su parto en un establecimiento del subsector público.

Un rápido sobrevuelo sobre el desempeño del sistema de salud en los últimos 75 años, nos permiten afirmar que: i. han existido gobiernos que apostaron fuertemente a crear infraestructura pública y gobernanza para el sistema de salud representada en buena medida en el nivel que se le otorgó a Salud en el Gabinete Nacional. Que ii han existido gobiernos democráticos o dictatoriales que se orientaron a fragmentar, descentralizar y privatizar el sistema de salud y que iii en todas las crisis económicas, sociales y sanitarias se probó una y otra vez que el subsector público es el principal recurso contra-cíclico, con que cuenta el país para enfrentarlas.

Otra lamentable constante es que sistemáticamente se desaprovecharon -en ocasiones intencionadamente- las oportunidades que las crisis generan para debatir, para argumentar, para decidir democráticamente el futuro del sistema de salud de nuestro país

Quien decide lo que hay que hacer, o lo que hay que reformar

La salud es una responsabilidad indelegable del Estado nacional en sus tres poderes y existen una abrumadora cantidad de argumentos históricos, jurídicos, económi-

cos, políticos y sanitarios para probar dicha afirmación. La Constitución Nacional reformada en 1994, aunque no menciona explícitamente el derecho a la salud de los y las ciudadanas de nuestro país, ni la responsabilidad del Estado Nacional en garantizarlo, resulta muy claro respecto al carácter superior a las leyes de los tratados internacionales aprobados por el Congreso y a la obligación de éste de "Legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes..." (Art 23)

Al incluir entre los tratados expresamente mencionados con rango constitucional "Los tratados y concordatos tienen jerarquía superior a las leyes" (Art 22) el "Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales" puede leerse en su artículo 12.

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.

Entre las medidas que deben adoptar los Estados parte 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 y servicios médicos en caso de enfermedad.

Resulta en consecuencia por demás evidente que más allá de poder delegar la ejecución concreta de estas obligaciones de rango constitucional, el Estado Nacional y sus tres poderes tiene la responsabilidad primaria e indelegable de garantizar estos principios.

Quizás por ello resulte tan desafortunada -y por lo que parece contraria a derecho- la acordada de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, debilitando la autoridad sanitaria del Poder Ejecutivo Nacional, en el auge de la segunda ola de la pandemia, dando razón a un Gobierno subnacional al desobedecer un Decreto de Necesidad y Urgencia.

Una nueva convocatoria, pero esta vez frente a una crisis sanitaria

En diciembre del 2020 en el Estadio único de La Plata y cinco meses después nuevamente en un acto frente al Hospital de Niños "Sor María Ludovica", la Vicepresidenta de la Nación sorprendió, con una invitación a discutir, a pensar, a construir un sistema nacional integrado de salud. Un mensaje ratificado pocos días después por el presidente Alberto Fernández en un acto dedicado al envío al Congreso de la Nación de un proyecto de Ley de Enfermería.

Podría parecer prematuro si se considera que aun el enfrentamiento de la Pandemia está plenamente vigente, incluso en aquellos países que tienen altísimos niveles de vacunación. Pero justamente el mensaje incluyó la alineación de la propuesta como una forma de mejorar la capacidad de respuesta tanto a las impredecibles y sorprendentes mutaciones de este virus, como a nuevas amenazas que los expertos a nivel mundial prevén.

Tampoco se trató de un anuncio realizado en el vacío o sin antecedentes, ya que durante su propio mandato presidencial se había recuperado la iniciativa en la construcción de hospitales públicos, y 10 años atrás al promulgar la ley de regulación del sistema de empresas de medicina prepaga, (Ley 26.682) que parecía imposible de lograr ya expresaba:

"...creo que todos podemos hacerlo sin necesidad de pelearnos, ni de considerarnos enemigos porque estamos legislando y creo que así vamos a poder lograr muchísimas cosas, vamos a acordar que funcionen las prepagas, que funcionen las obras sociales y que lo hagan acorde con los verdaderos intereses, que nosotros sí debemos cuidar, que son los de los argentinos y de las argentinas..." (Cristina Fernández, 2011).

Importantes antecedentes en democracia

No se trata de la primera vez que desde la política se plantea una convocatoria de esta importancia. Una larga tradición de presidentes en democracia, se han ocupado personalmente del campo de la salud asistidos por algunos ministros, cuyos nombres, por su desempeño, por su trayectoria y por el respaldo político recibido han resistido el paso del tiempo.

"Aunque parezca increíble, hasta 1946 no existía en la República Argentina un organismo estatal encargado de velar por la salud"

de su población” Escribiría años después Juan D. Perón refiriéndose primero a la Secretaría de Salud que luego de la Reforma Constitucional de 1949 alcanzó el rango de Ministerio conducido por el Dr. Ramón Carrillo.

En una brevísima referencia a la magnitud de la tarea de Carrillo durante sus 9 años de gestión Flores (2007) menciona que *“Los trabajos, que se llevaron a cabo por intermedio del entonces Ministerio de Obras Públicas, por la Subsecretaría de Construcciones del Ministerio de Salud y por la Fundación Eva Perón, darían como saldo la creación de 4.229 establecimientos sanitarios con 130.180 camas”* (Flores, 2007, p. 9). Muchos de esos establecimientos continúan brindando servicios, muchos constituyen el principal hospital de sus respectivas provincias y municipios y muchos están hoy enfrentando la pandemia.

Años después, un gobierno electo, aunque con la prescripción del Peronismo volvería a interesarse por la salud. *“Defenderemos la salud del ser humano en todos los ciclos de su existencia, con suficiente y sana alimentación, erradicando endemias y previniendo epidemias, aplicando científica y moderna medicina social, sanitaria y asistencial”*. Así se expresaba Arturo Umberto Illia médico y político radical en su mensaje de asunción presidencial. el 12 de octubre de 1963 en una gestión que quedó marcada por la férrea lucha contra los laboratorios multinacionales liderada por el Dr. Arturo Oñativia.

Quedará para la interpretación si esos mismos intereses afectados se incluye entre los argumentos sobre las razones que desencadenaron otro golpe militar como todos de nefastas consecuencias para el sistema de salud y para el país.

Diez años después otro profesional de la salud asumiría la presidencia de la Nación. *“Nuestro Gobierno propugnará el establecimiento de un sistema único Nacional de la Salud para el que no deben existir fronteras nacionales, provinciales o comunales y sindicales. Será el responsable de asegurar el flujo ascendente de la programación, canalizando las expectativas y necesidades populares, y tendrá como fin promover la integración entre las acciones de los equipos técnicos y las necesidades de la población y a su vez promoverá la toma de conciencia de otras necesidades en salud”*. Así se expresaba el presidente electo Héctor Cámpora el 25 de mayo de 1973 encomendándole al Dr. Domingo Liotta el diseño del que con modificaciones se denominó Sistema Nacional Integrado de Salud. Fue el propio presidente Perón quien en su tercer mandato generó las condiciones para que se convierta en Ley. El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), se con-

cretó a través del marco legal de dos leyes la 20748 y la 20749 de carrera sanitaria y fue implementado desde el año 1974 hasta que fue derogado por la dictadura militar.

El involucramiento personal de Perón en el SNIS quedó registrado por el propio Liotta en una entrevista periodística muchos años después. *“Perón reunió a toda la oposición para crear el Sistema Nacional de Salud (SNIS), que después fue ley. El SNIS fue importante: estaba destinado a ordenar la Salud Pública. Lástima que lo bajaron los milicos... Todavía hoy no se ha podido ordenar eso, y mire los años que han pasado. ¡Más de cuarenta!. Para hacer el SNIS llamó a casi toda la oposición. Para el SNS nosotros habíamos convocado gente de cualquier partido, Estaba la UCR, con Balbín. Perón siempre ponderaba lo bien que andaba con los radicales”*.

El SNIS comenzó su implementación en cuatro provincias argentinas pero pronto algunas más iniciaron procesos similares con fuerte financiamiento provincial. Una de sus principales características fue la incorporación de profesionales a dedicación exclusiva, muchos de ellos ex residentes, lo que generó un gran impacto en la población, pero en algunos casos fuertes tensiones con los colegios y asociaciones médicas locales que consideraron este fortalecimiento del subsector público como “competencia desleal”.

Pasaron otros 10 años para volver a escuchar un pronunciamiento en algún sentido convergente. *“No queremos una atención de la salud para los pobres y otra para sectores más favorecidos. Debemos por lo tanto profundizar el ejercicio de la solidaridad nacional, dentro de la amplia concepción de la seguridad social expresada en el artículo 14 bis de nuestra Ley Fundamental. Por ello una decidida participación del Estado, junto a los trabajadores, en la gestión de las obras sociales, encuadrará su acción dentro de una política nacional de la salud unificada y coherente, garantizando además el uso irreprochable de sus recursos para los solidarios a que están destinados”*. Requisito indispensable para alcanzar muchas de nuestras metas en la salud en el ordenamiento y jerarquización de las profesiones y tareas técnicas que se cumplen en esta área. ... toda esta acción se desarrollará como parte de un sistema nacional de salud, destinado a cubrir las necesidades de toda la población, que será estructurado y puesto en marcha a través de las leyes que vuestra honorabilidad analizará y sancionará oportunamente.” (Raúl Alfonsín, 1983). En su mensaje inaugural de gestión el presidente Raúl Alfonsín, en diciembre del 1983 anunciaba la compleja negociación que su Ministro, el Dr. Aldo Neri llevaría adelante y que se plasmaría en la Ley 23.661 promulgada en enero de 1989 una Ley nunca implementada, ni derogada que define claramente que su objetivo fundamental

“es proveer el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones eliminando toda forma de discriminación en base a un criterio de justicia distributiva”.

Pasaron otros 13 años para que el presidente Néstor Kirchner en su discurso de toma de posesión el 25 de mayo del 2003 declarara: *“Es objetivo de gobierno concretar un Sistema Nacional de Salud, que se consolidará en una red en la que el hospital público será un eje referencial, con los demás centros de salud, públicos o privados, para ser pilares estratégicos de la atención primaria de salud, integrándose con las políticas de contención social para avanzar en la tarea de prevención. El objetivo de dar salud a los argentinos impone que se asuman políticas de Estado que sean impermeables a las presiones interesadas, por poderosas que sean, provengan de donde provengan”.*

La década que allí se inicia será caracterizada por un plexo de leyes que expandieron y concretaron diversos derechos entre los que merecen mencionarse la Ley 25.871 de Política Migratoria sancionada en diciembre del 2003 y reglamentada en ocasión del Bicentenario de nuestro país, que explícitamente habla del derecho a la salud de los migrantes, sean estos documentados o no, la Ley 25.929 de Parto Humanizado sancionada en agosto del 2004, la ley 26.061 de Protección Integral de los derechos de Niñas, Niños y Adolescentes sancionada en octubre del 2005, la ley 26.529 de Derechos del Paciente en su relación con los profesionales e Instituciones de la Salud sancionada en octubre del 2009, que fijó pautas sobre derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado, la Ley 26.586 de creación del Programa Nacional de Educación y Prevención sobre las Adicciones y el Consumo Indebido de drogas, la Ley 26.618 conocida como de Matrimonio igualitario de diciembre del 2010, la Ley 26.657 de Protección de la Salud Mental sancionada en noviembre del 2010, la denominada ley de fertilización asistida 26.862, mas precisamente de “Acceso Integral a los Procedimientos y Técnicas Médico-asistenciales de Reproducción Asistida” de junio del 2013.

No puede dejar de mencionarse, entre los avances legislativos de la década la sanción de un nuevo Código Civil y Comercial sancionado en octubre del 2014 bajo la Ley 26.994 que viene a cerrar un ciclo de “las 26 mil”, las denominadas leyes garantistas y que cambia hasta dimensiones instituyentes aun poco estudiadas los marcos para, a partir de su sanción, poder hablar más sólidamente del derecho a la salud en nuestro país.

Los grupos más activos del campo de salud mental, de

perspectiva de género y de derechos de las personas con discapacidad resaltan el carácter progresista del Código. Al respecto Rebaudi Basavilbaso (2018) señala *“Los operadores del sistema de justicia, en el caso del derecho a la salud, abogados, jueces, peritos médicos, partes involucradas, irán analizando y aplicando el Código Civil y Comercial de la Nación, a la luz de la Constitución Nacional y de los tratados de Derechos Humanos en los que la Argentina es parte, lo que va a implicar un cambio tanto de la jurisprudencia como de la doctrina, y en definitiva de la solución de los casos concretos de los justiciables, los que seguramente ampliarán el sentido de justicia del derecho a la salud de todos los ciudadanos”* (Rebaudi Basavilbaso, 2018, p.15).

Como curiosidad en un mundo en que las noticias falsas y la denominada “infodemia” están siendo monitoreadas como parte central de la problemática de salud el artículo 1101 del nuevo Código establece “Está prohibida toda publicidad que: a) contenga indicaciones falsas o de tal naturaleza que induzcan o puedan inducir a error al consumidor, cuando recaigan sobre elementos esenciales del producto o servicio. C) sea abusiva discriminatoria o induzca al consumidor a comportarse de forma perjudicial o peligrosa para su salud o seguridad.

Una buena parte del plexo de estas y otras leyes garantistas de derechos se han sancionado no solo por la voluntad de los legisladores sino por una activa participación ciudadana con frecuencia los interesados directos, militantes, profesionales, organismos de derechos humanos, movimientos sociales que progresivamente van creando condiciones para una democracia participativa.

Sin embargo, resulta más difícil identificar ¿quiénes serían los protagonistas de un debate nacional sobre un Sistema Nacional de Salud, para impedir que quede limitado a un debate de lobistas, de grupos de interés, para ampliar la base de discusión y facilitar el involucramiento de ciudadanos y de trabajadores de salud?

Una tarea posible es la de convocar a quienes han militado estas leyes, o las mas recientes como la ley 27.610 de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo o la Ley 27.611 de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia conocida como la Ley de los 1.000 días en el entendido que en largo ciclo que va desde que una Ley es sancionada, promulgada y reglamentada hasta que logra instalarse en la cultura de la sociedad y sobre todo de las instituciones, pasa mucho tiempo y se requiere mucho esfuerzo. Justamente tiempo y esfuerzo que se ven aliviados cuando un país cuenta con un Sistema Integrado de Salud.

Ejes posibles para la construcción de un Sistema Nacional Integrado de Salud

A modo de un breve listado de posibles interrogantes y ejes de debate se puede plantear en forma de preguntas organizadas de tal manera que faciliten su caracterización.

Alcances del Sistema de Salud

La noción de sistema de salud en la bibliografía internacional, por complejo que esto resulte para los legisladores no se limita a articular una red de servicios, en consecuencia, cabe la pregunta:

¿Estaría en discusión apenas la articulación de jurisdicciones y de subsectores?, o debería incluirse en esta consideración los “subsistemas” i. de formación, ii. de producción e incorporación de recursos humanos (relación con las Universidades y las Escuelas Técnicas Superiores por ejemplo) y iii. de materiales sanitarios (como insumos, medicamentos, tecnologías, edificios).

¿Un sistema nacional integrado de salud podría concretarse a través de una ley como ocurre con la ley nacional de Educación?

¿El amplio plexo legal existente justificaría ser reunidas en una suerte de Código Sanitario como ocurre en otros países al estilo del Código Alimentario?

Gobierno y Gobernanza

¿Debería crearse un Consejo de Seguridad Sanitaria, de carácter intersectorial e interinstitucional con un equipo técnico político capaz de monitorear amenazas globales e involucrarse más activamente en los organismos internacionales en donde se discute la salud internacional?

¿Debe darse por cerrado el debate para establecer en que se traduce concretamente el rol rector del gobierno nacional en salud? ¿Es admisible la libre interpretación de los vacíos constitucionales para minimizar el rol del gobierno nacional?

¿Debería modificarse el decreto ley 22373/81 del Gobierno militar que regula el funcionamiento del Consejo Federal de Salud (COFESA)? ¿Debería el COFESA tener atribuciones decisorias?

¿Qué instancia o instancias deben garantizar la equidad global del sistema?, es decir ¿Cómo y quienes desarro-

llaran los mecanismos compensatorios (en dinero o en recursos o ambos) para que todos los habitantes del país tengan acceso a servicios de calidad, con la capacidad resolutoria que, el mejor estado del arte del momento exige, sin diferencia de edad, de empleo, de territorio o de cobertura?

¿Cómo poner en red toda la infraestructura pública de servicios de salud del país, articulando diversas instancias de gobierno?; (Nación, Provincias, Municipios, hospitales universitarios. o de las Fuerzas Armadas).

¿Cómo generar mecanismos compensadores para evitar que Provincias y sobre todo Municipios se sientan tentados “a alambra”?, es decir a exigiendo domicilio efectivo en su territorio para poder acceder a servicios públicos?

¿Cómo compatibilizar en un sistema en donde el subsector público se organiza territorialmente con una lógica federal y en algunos casos municipalizada con una seguridad social y empresas prepagas que son predominantemente unitarias y deciden la asignación de recursos desde la Capital Federal?

¿Cuál es el rol de las Obras sociales provinciales en el juego?

¿Qué formas de retribución del trabajo profesional permiten articular mejor los sistemas? ¿Pago por prestación?, ¿Pago per cápita o cartera? ¿Salario directo e indirecto?

¿Cómo garantizar el cumplimiento de la vigilancia epidemiológica de todas las enfermedades incluidas en el sistema por parte de efectores privados y de la seguridad social?

Financiamiento

Considerando los impuestos, los aportes salariales y el pago o prepago de bolsillo como las principales fuentes de financiamiento del sector:

¿Cómo enfrentar las estrategias de los formadores de precios nacionales e internacionales que detentan posiciones oligopólicas sobre insumos críticos?

¿Cómo transparentar los múltiples subsidios cruzados entre subsectores?

¿Cómo garantizar la equidad en la distribución territorial de fondos públicos proporcionales al tamaño de

población que solo tiene como cobertura al subsector pública?

¿Debería inhibirse que los agentes financieros del sector diversifiquen sus inversiones invirtiendo en otros sectores como el financiero o el de los medios de comunicación?

¿Cuál es la evaluación sobre las consecuencias de la libre elección de Obras Sociales y/o el pasaje a las prepagas sobre el financiamiento del sector a 20 años de su implementación?

👉 Eficacia de gestión

Entendiendo que existen innumerables unidades de gestión que se han ido consolidando con el tiempo por diversos motivos:

¿Es imaginable la creación de Escuelas de Gobierno en Salud, en todas las provincias? ¿sería exigible tener formación específica y dedicación exclusiva para dirigir servicios de salud?

¿Cómo mejorar la gestión sanitaria en el sentido de una calidad que esté centrada en las y los ciudadanos?

¿Es imaginable una clave única sanitaria que incluya a toda la población documentada del país como en el caso del CUIT o del CUIS, que sea utilizado por el subsector público y por todas las instancias aseguradoras? ¿Se deben reducir las instancias de gestión? ¿Podrían ingresar en formas cooperativas, por ejemplo para compras consolidadas de insumos estratégicos?

👉 Gestión del trabajo

¿Dedicaciones extensas, dedicación exclusiva o multitiempo?

Contamos con una fuerza laboral muy diversa, estratificada, con contratos laborales precarios, muchas veces sobreespecializada, y que, en innumerables casos, alcanza su expectativa de ingresos trabajando en diversos servicios.

¿Procede entonces la pregunta sobre la pertinencia de promover sistemas de dedicación completa o exclusiva para una proporción razonable de la fuerza laboral? ¿Para que profesiones? ¿Para qué servicios?

¿Alcanzaría a constituir un mecanismo protector para los denominados contagios horizontales?

Al menos así parece, para que cuando se enfrenta un panorama epidemiológico complejo, no solo en el caso de pandemias sino para reducir -lo que es hoy ya una preocupación mundial- el riesgo cierto de incremento de la resistencia de múltiples bacterias a los antimicrobianos conocidos.

¿Debería existir una carrera sanitaria nacional?; o tal vez ¿Una paritaria de referencia nacional como existe en Educación?

Probablemente la posibilidad que, una significativa porción de los trabajadores de salud tenga una dedicación completa en un solo subsector, especialmente cuando se trate de atención directa de pacientes puede generar un mejor control epidemiológico además de un mayor compromiso con las instituciones contratantes.

👉 Modelo de atención y de cuidado

¿Es hora de replugar o de desplegar la Atención Primaria?

El modelo de atención y cuidado de la población ha sido desde hace 45 años tensado en el ámbito internacional por la denominada Atención Primaria de la Salud. A pesar de diversas experiencias exitosas se puede afirmar que hasta el momento no ha constituido un concepto organizador del sistema de salud argentino, pese a avances parciales en el subsector público y experiencias más acotadas en algunas redes de hospitales privados y obras sociales con infraestructura propia.

¿Podría la atención primaria de la salud constituir una base de acuerdo para modificar el modelo de atención y lograr que los subsectores privados y de obras sociales vayan más allá de constituir seguros de enfermedad?

👉 Nuevas tecnologías

La pandemia ha impulsado un enorme interés y visibilidad sobre el sistema científico tecnológico. Tecnologías de la información y la comunicación, secuenciadores genómicos distintas técnicas de diagnóstico rápido, terapias inmunológicas, vacunas realizadas sobre soportes, nunca antes utilizados, equipamientos portátiles. En definitiva, un fuerte impacto sobre los sistemas socio-técnicos que, en nuestro sector se suele mover con desconfianza y parsimonia.

¿Serán los aprendizajes de la pandemia generadores de una mayor atención sobre la investigación y los desarrollos tecnológicos?

¿Se abrirán nuevos canales de dialogo “traslacionales” entre investigadores y tomadores de decisión?

¿Impulsará la pandemia la producción nacional y la producción pública de vacunas, de medicamentos, de kits de diagnóstico?

¿Será el momento de ingresar definitivamente y en gran escala en tele- salud y en tele- educación saldando en parte la tendencia a la concentración geográfica de las oportunidades?

👉 La universalidad a un costo accesible

¿Se puede combinar o compatibilizar la lógica de sistemas con la lógica de seguros?

Elegir el nombre “sistema” en América Latina es una opción que supone reafirmar que se está hablando de una reforma de carácter predominantemente político y no predominantemente dictada por la negociación de intereses económicos.

Es cierto que, a grandes rasgos solo el Estado trabaja con base territorial y poblacional, concentra las medidas preventivas y promocionales realiza inteligencia epidemiológica y puede desde allí articular con otros sectores medidas excepcionales de carácter preventivo.

Pero ¿Qué Estado? ¿El nacional?, ¿El provincial?, ¿El municipal?

¿Qué tipo de instalaciones necesitaremos a futuro?

Antes de la pandemia el repliegue de las enfermedades infecciosas y el incremento de enfermedades crónicas promovió una tendencia que parecía consolidarse: concentrar en grandes establecimientos hipercomplejos las camas hospitalarias para intervenciones complejas reducir el número de camas y promover el alta precoz y la internación domiciliaria.

La pandemia ha puesto sobre la mesa la importancia de articular mejor la red de servicios y las estrategias de atención y cuidado y pensar infraestructuras mucho más flexibles capaces de ampliar rápidamente su capacidad instalada.

👉 El carácter didáctico de las crisis

A pesar de los rasgos ya descriptos, tal vez por aquello de “no nos une el amor sino...la necesidad”, el sistema

de salud fue de alguna manera y en diversas proporciones según los territorios, capaz de articularse en la crisis. La circulación de la pandemia dentro del país, desde los sectores de mayores ingresos hacia los de menores ingresos, desde el área metropolitana hacia el interior, desde las ciudades más pobladas hacia las más pequeñas fue alternando que servicios, que subsectores estaban saturados y quienes contaban con capacidad disponible. La pandemia pasó en todos los países como un resaltador de inequidades. Las inequidades en el riesgo de enfermar, se asociaron con las inequidades en la posibilidad de atenderse entre provincias, entre localidades entre obras sociales, entre municipios, etc., etc.

Frente a ese espectáculo el Estado, el subsistema público volvió a demostrar tal como ya ocurrió en otras crisis no solo capacidad de expandir dramáticamente su capacidad resolutive sino de asumir el rol coordinador de los esfuerzos sectoriales incluyendo la resolución de problemas insolubles para operadores más pequeños.

Importación en gran escala de insumos y equipamiento vital para enfrentar la pandemia, sistemas integrados de información y de gestión de camas, complementaciones territoriales, protocolos estandarizados, adquisición y organización de la campaña de vacunación más amplia y extensiva de la historia, entre otros ejemplos de diverso alcance de aplicación, complementación con el PAMI y algunas Obras Sociales provinciales demuestran que una mayor integración del sistema es posible sin perjudicar a nadie.

👉 A modo de invitación: los derechos y el derecho

Los diversos subsectores de salud han acumulado a lo largo del tiempo fortalezas y debilidades que al ser confrontados con una posibilidad de integración requieren importantes adecuaciones. La tensión entre mercantilizar o burocratizar el cuidado de la salud no es una opción aceptable.

No pareciera que se trata de subsumir un subsistema al otro, parecería más bien que se trata de poner en el centro a las y los ciudadanos, con sus necesidades, con sus expectativas y con su participación.

Resultan medidas inmediatas el abrir un debate con la sociedad porque de lo contrario el tema quedaría encerrado en apenas una mesa de negociación de grupos de interés.

El subsector público luego del desempeño en la pandemia no puede ni debe retroceder ni en su capacidad de respuesta, ni en su rol articulador con los otros subsectores. Este no es un juego de suma cero. No se trata de que un subsector avance sobre otros se trata mas bien de un gran acuerdo para enfrentar juntos un complejo médico industrial transnacionalizado que viene inviabilizando los sistemas de salud en el mundo.

Estrategias compartidas tales como sustitución de importaciones, producción pública, compras conjuntas, complementariedades territoriales en capacidad resolutive, investigaciones multicéntricas colaborativas, formación técnica y profesional hay en la integración muchos más beneficios que suspicacias o que amenazas que dialogando se pueden disipar.

No podemos copiar modelos de otros países, aunque si podemos aprender de ellos. El Sistema que surja de la discusión política, de la discusión de los actores y fuerzas sociales será sin dudas un modelo adecuado a las necesidades y a las posibilidades de nuestro país.

Muchas problemáticas específicas han devenido derechos especialmente en las últimas dos décadas, en muchos casos por iniciativa, por movilización de diferentes estamentos de nuestra sociedad. Resulta hasta cierto punto más sencillo convocar, discutir y movilizar por causas tangibles, por resultados visibles que discutiendo sobre el funcionamiento del sistema como un todo.

Por ello resulta fundamental convocar a todos y todas quienes en el pasado reciente se movilizaron por las leyes de Salud Mental, Interrupción Voluntaria del Embarazo, Derechos del Paciente, Salud Sexual y reproductiva, ley de prepagas entre otras tantas en el entendido que es la hora de poner en consideración la integración de un sistema mixto y pluralista pero capaz de garantizar igualdad de derechos a todos y todas.

Cada vez que surge una tecnología eficaz para prevenir o modificar favorablemente el curso de una enfermedad nace un derecho, en consecuencia, el derecho a la salud se configura como un verdadero objetivo móvil, como una permanente conquista.

Es por ello necesario convocar a todos los sectores involucrados ministerios provinciales, sindicatos, legisladores, universidades y empresarios pero sin dejar de lado la invitación expresa a la sociedad civil y especialmente a los y las simpatizantes, activistas y formadores/as de opinión del plexo de derechos generados en las dos últimas décadas, invitación a sumarse, a discutir a fondo, los derechos conquistados inscriptos en el más amplio e integrador concepto de derecho a la salud, herramienta fundamental para consolidar que cada uno de los derechos adquiridos, legislados y reglamentados se instituyan definitivamente en la cultura institucional de un sistema integrado de salud.

Bibliografía

- Dirección de Estadísticas e Información en Salud (2021). Estadísticas vitales. Información básica Argentina - Año 2019. Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica, Ministerio de Salud de la Nación. Serie 5 Número 63. ISSN: 1668-9054 Buenos Aires. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie5numero63.pdf>
- Fernández, Cristina [Casa Rosada] (16 mayo de 2011) [Video]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=qs_dn421I2U
- Flores, María Elena. (2007). Una política de salud basada en derechos sociales: la propuesta sanitaria del Dr. Ramón Carrillo. Argentina. VII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Disponible en <https://cdsa.academica.org/000-106/77.pdf>
- Kamala Harris (2021). Presentación en la Cumbre G20 dedicada a la salud.
- Mensaje presidencial del Dr. Raúl Alfonsín a la Honorable Asamblea Legislativa, Buenos Aires, 1983. Disponible en <https://www.el-historiador.com.ar/raul-alfonsin-tenemos-un-metodo-la-democracia-para-la-argentina-tenemos-un-combate-vencer-a-quiénes-desde-adentro-o-desde-afuera-quierén-impedir-esa-democracia/>
- Ministerio de Cultura de la Nación (7 de marzo 2021) Ramón Carrillo, el primer ministro de Salud de la Argentina. Disponible en: <https://www.cultura.gob.ar/ramon-carillo-el-primer-ministro-de-salud-de-la-argentina-10215/>
- Rebaudi Basavilbaso, Ignacio M. (2018) El Derecho a la Salud a la luz del Código Civil y Comercial de la Nación. Revista Jurídica, N°1. Disponible en <https://www.amfjn.org.ar/2018/02/20/el-derecho-a-la-salud-a-la-luz-del-codigo-civil-y-comercial-de-la-nacion/>
- Veronelli JC y Veronelli M. (2002) “Los Orígenes Institucionales de la Salud Pública Argentina” Tomo 2 Buenos Aires OPS/OMS

