

1

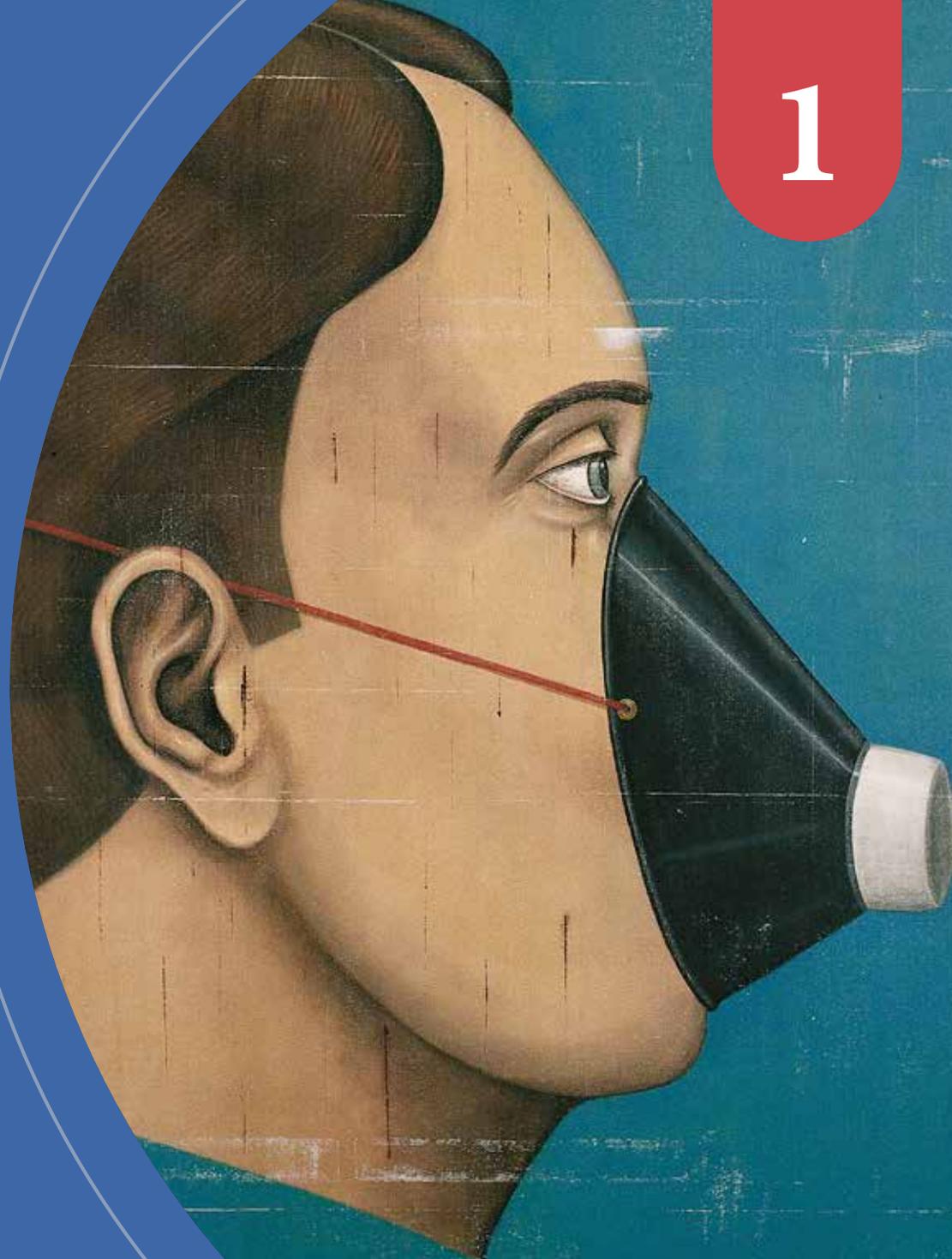
REVISTA ACADÉMICA
seys

*Salud, Educación
y Sociedad*



UGR Universidad
del Gran Rosario

Semestral / Vol. 1 / Núm. 1 / marzo 2022



*Daniel García - "No abras tu boca al mal"
Acrílico sobre lienzo - 144x148cm*

Reflexiones sobre una reforma sanitaria argentina

Reflections on an Argentinean Health Reform

Autores/as

María Cecilia Arnaudo - mcarnaudo@gmail.com -
Departamento de Ciencias de la Salud - CESCOS (Centro de estudios en salud colectiva del Sur). Universidad Nacional del Sur, Argentina.

Natalia De Marco - navedema@gmail.com -
Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados (INSSJP - PAMI), Argentina.

María Verónica Grunfeld Baeza - veronica.grunfeld@uns.edu.ar -
Departamento de Ciencias de la Salud - CESCOS (Centro de estudios en salud colectiva del Sur). Universidad Nacional del Sur, Argentina.

Emiliano López - emilianolpz@gmail.com -
Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

Diego Martín Palomo - diego.palomo@uns.edu.ar -
Departamento de Ciencias de la Salud - CESCOS (Centro de estudios en salud colectiva del Sur). Universidad Nacional del Sur, Argentina.

RECIBIDO 13/11/2021

ACEPTADO 01/12/2021

Resumen

La pandemia por SARS-CoV-2 ha instalado una preocupación común que azota en el mismo momento a cada ciudadano/a en todo el mundo, y ha puesto en el centro del debate a los sistemas de salud. Esta problemática supera lo individual, y los países necesitan sistemas de salud disponibles, accesibles, de calidad, eficientes, articulados y con enfoque de derechos.

Los/as distintos/as agentes sociales cuestionan el sistema de salud y ponen en evidencia la necesidad de modificarlo para reorientarlo en un marco de derechos. Es en este contexto que nos proponemos reflexionar sobre estos posibles cambios y su orientación. Para esto, nos preguntamos acerca de la acción de reformar, sus razones, los antecedentes de reformas sanitarias, sus posibles fundamentos y el porqué de este momento para impulsar esta reforma.

Palabras clave

- reforma de la atención de salud
- sistemas de salud
- derecho a la salud

Summary

The SARS-CoV-2 pandemic has installed a common concern that hits every citizen around the world at the same time and has put health systems at the center of the debate. This problem goes beyond the individual and countries need health systems that are available, accessible, quality, efficient, articulated and rights-based. The different social agents question the health system and highlight the need to modify it to reorient it in a framework of rights. It is within this framework that we intend to reflect on these possible changes and their orientation. For this we ask ourselves: about the action of reforming, its reasons, the antecedents of health reforms, its possible foundations and the reason for this moment to promote this reform.

Keywords

- health care reform
- health systems
- right to health

Introducción

La pandemia por SARS-CoV-2 ha instalado una preocupación común que azota en el mismo momento a cada ciudadano/a en todo el mundo. Todas y todos tenemos mayor o menor riesgo de sufrir las consecuencias de esta enfermedad y de padecer las dificultades y falencias del campo de la salud para afrontarla. La posibilidad está latente y pone en evidencia las precariedades y deudas de nuestro sistema sanitario. Dependemos de una serie de circunstancias indeterminadas para no contraer el virus, y de otras tantas del sistema de salud para recibir –o no– la mejor atención posible. El problema supera lo individual, y los países necesitan sistemas de salud disponibles, accesibles, de calidad, eficientes, articulados y con enfoque de derechos.

La política, la ciencia, las organizaciones sociales y la ciudadanía interrogan al campo de la salud, que adolece de problemas no resueltos, políticas antagónicas, intereses encontrados y reformas inconclusas, que, sumadas a períodos de violencia institucional, cuestionan el sistema de salud y ponen en evidencia la necesidad de modificarlo para reorientarlo en un marco de derechos.

Sobre reformar

Una reflexión que merece ser abordada es la de acordar de qué hablamos cuando hablamos de reforma y, a partir de allí, determinar a qué nos referimos cuando trabajamos el concepto de reforma del sistema de salud.

Reformar es, según la Real Academia Española (RAE, 2021), “volver a formar, rehacer” y también “modificar una cosa o situación en pos de mejorarla”. Cabe preguntarnos si, en términos de los problemas sociales, políticos e históricos, existen posibilidades materiales de volver a formar o siquiera rehacer. Está claro que el pasado es inmodificable y que, en tanto síntesis acumulada, constituye nuestra realidad, sus contradicciones y posibilidades. En este sentido, una reforma sería, entonces, una propuesta que intente superar o confrontar con esa acumulación en la coyuntura actual: acumulación de leyes y regulaciones, de agentes e intereses. Por lo tanto, hablar de reforma significa, por ejemplo, hablar de redefinición de roles entre quienes asumen responsabilidades en la producción de salud en nuestro país.

El concepto de reforma tiene un significado histórico en el campo de la salud. El término “reforma sanitaria” fue usado por primera vez por la reforma sanitaria italiana y fue recuperado en Brasil, en los debates previos a la Octava Conferencia Nacional de Salud (1986), “para referirse al conjunto de ideas que se tenía en relación a los cambios y transformaciones necesarios en salud” (Arouca, s/d). Si bien en la Argentina este término también se asocia a las reformas del Estado regresivas en relación con los derechos –entre ellos el derecho a la salud– que se promovieron en el contexto del consenso de Washington en los años 90 (Duarte, 2002), en este texto retomamos aquella tradición reformista orientada al derecho a la salud, expresada en las reformas sanitarias italiana y brasileña.

Nuestro enfoque no abarca solo las organizaciones y/o centros de salud que categorizamos habitualmente como sistema de salud. Este concepto simplifica la complejidad, en lo relativo al proceso de salud y enfermedad, su atención y cuidado, tanto en términos individuales como

colectivos. La idea del sistema de salud como un “todo”, dividido en un sector público, otro de obras sociales y un tercero privado, no incorpora instancias de atención y cuidado que estén por fuera de la respuesta formal del Estado, que configuran una parte importante de los modos de cuidado de la ciudadanía. Ocultan agentes e intereses que condicionan las políticas en salud y relegan la determinación social de la salud a una categoría analítica, poniéndola “fuera”, como externa y sin relación con las políticas, ni con la gestión de salud. Por esto, proponemos una metodología de abordaje e interpretación desde el concepto de campo de la salud, entendido como

la convergencia de actores y actrices, 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).

Este concepto nos permite una comprensión amplia en lo referente al derecho a la salud, a partir de que los procesos que se impulsen deben estar orientados a mejorar las condiciones de vida de toda la población, en el marco de los Derechos Humanos. A su vez, permite comprender que el derecho a la salud es interdependiente con el de vivienda, educación o trabajo, entre otros. Por lo tanto, en adelante nos referiremos al “sistema de salud” en relación con la organización formal de servicios de atención y cuidados, para dar cuenta de lo arraigado de este concepto. Por su parte, haremos alusión al “campo de la salud” para interpretar la mirada amplia y compleja en lo relativo a los poderes y agentes en pugna entre la salud como mercancía o como derecho.

Finalmente, pensamos la reforma en el sentido en que lo plantea Carlos Matus, impulsada para centrar la organización en las necesidades y

demandas de la ciudadanía, enmarcadas en el derecho a la salud como arco directriz, pero también una reforma contra el centralismo extremo y la irresponsabilidad en la organización burocrática. Se trata de una reforma que incluya también la discusión y el cambio de las reglas del juego organizativo, y que mejore y adecue la eficacia de los procesos de gestión. Es preciso dotar al país de una política y leyes de salud amplias y centradas en el derecho. Esto debe abordarse con la misma fuerza y es necesario otorgarle la misma importancia que a la construcción de una organización burocrática a la altura de ese proyecto (Matus, 2020).

¿Por qué hacer una reforma?

La intención de una reforma parte necesariamente de la detección de uno o varios problemas y del interés en trabajar sobre ellos desde una determinada posición política e ideológica. Cabe entonces responder a otra pregunta: ¿cuáles serían los problemas del campo de la salud en nuestro país? Empecemos por intentar una primera respuesta a partir de los datos y la información disponible. Para ello, tomamos como referencia, en principio, uno de los indicadores reconocidos universalmente como marcador del nivel de salud de un país: el índice de mortalidad. En función de esta información, podríamos interpretar que, durante la última década, la tasa de mortalidad se ha mantenido estable y que incluso en el último quinquenio ha ido en baja (7,79% en 2010; 7,6% en 2018; y un 7,55% estimado para 2020, sin medir el impacto de la pandemia, es decir, con el país en condiciones sanitarias esperadas). Sin embargo, existen diferencias significativas entre provincias, en problemas claves como la tuberculosis, el VIH-SIDA y la mortalidad materno

infantil (Tobar, 2010; INDEC, 2019a; DEIS, 2020).

Con respecto a la tuberculosis, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), en 2017 la tasa de mortalidad en la provincia de Buenos Aires fue de 1,3%, mientras que las provincias de San Luis y Córdoba registraron los índices más bajos, con una tasa de 0,2% y 0,4%, respectivamente. Por su parte, los índices más altos se registraron en Jujuy (4,4%), Chaco (4,2%) y Formosa (4,1%) (INDEC, 2019a). Para el mismo período, Salta y Formosa presentaron los índices más altos de mortalidad en relación con el SIDA (6,4% y 4,2%, respectivamente). Si observamos otro indicador para nuestro ejemplo –infaltable al momento de hacer referencia al nivel de salud de un país–, la tasa de mortalidad infantil, Formosa tiene una tasa significativamente más alta que el resto de las provincias (16%), seguida por Corrientes, con un 12,8%, y los números más bajos se encuentran en Mendoza (7,8%), provincia de Buenos Aires (6,9%) y Chubut (6,8%). Finalmente, queda decir que la provincia de Formosa, en relación con la mortalidad materna, también presenta la tasa más alta del país, con un 10,4%, frente a una media argentina de 2,9% (INDEC, 2019a).

El índice de mortalidad también presenta diferencias en relación con el estrato socioeconómico de las personas. Es decir, ricos y pobres mueren por diferentes causas, y los perfiles de mortalidad varían dentro de las mismas provincias en función de ese criterio. En los sectores con menos privaciones económicas, prevalecen como causa de muerte las enfermedades cardiovasculares, los tumores y las enfermedades respiratorias, mientras que, en los sectores más desfavorecidos, las principales causas son las enfermedades infecciosas, las mal definidas y las lesiones (Tobar, 2010; INDEC, 2019a).

En principio, entonces, podemos decir que uno de los problemas del sistema de salud argentino consiste en una profunda inequidad en múl-

tiples dimensiones. Un capítulo aparte merecería el estudio de las causas que conducen a esa situación, para poder trabajar en ellas: las diferencias en cuanto a la inversión en salud que realiza cada provincia o territorio, el nivel y tipo de cobertura, la relación entre condiciones de vida y ambientales, y los problemas de salud prevalentes, entre otros.

En un intento de respuesta provisoria y más general, coincidimos con diversos autores y autoras en señalar que la cuestión económica ha prevalecido como la variable a la que más se hace referencia cuando se intenta explicar la ineficiencia, ineficacia e inequidad del sistema. En ese sentido, se comprende el hecho de que los enfoques de las políticas públicas de salud han sido sistemáticamente económicos y se han desviado de satisfacer las verdaderas necesidades de salud de la población (Laurell y Herrera Ronquillo, 2010).

En el mismo orden de cosas, la renombrada “fragmentación” del sistema de salud argentino resulta una de las ideas que con mayor fuerza surgen al momento de analizar los problemas sanitarios. Hablar de un sistema fragmentado y segmentado es un tecnicismo que encierra dos realidades: por un lado, la de los diferentes intereses en juego, donde diversos/as agentes intentan imponer reglas propias a su conveniencia y que, en algunos casos, poca relación tienen con las necesidades de salud de las personas; por otro lado, la deficiente regulación estatal que acompaña esa situación. Hay que comprender que esta fragmentación a la que nos referimos es el resultado de un proceso histórico que alejó de manera paulatina al Estado nacional como regulador del sistema de salud. Así, dejó este complejo campo libre de restricciones para aquellos/as agentes que ven en él una oportunidad para instalar sus negocios (Rovere, 2016). Cuando hablamos de un sistema fragmentado, nos referimos a la ausencia de principios y criterios integradores. La fragmentación debe

entenderse como la disolución de las responsabilidades por los cuidados y la atención de la salud en perjuicio del derecho a la salud. En nuestro sistema de salud, la fragmentación se evidencia en los distintos subsectores que lo conforman: el público, el de las obras sociales y el privado, que se superponen e interrelacionan de forma competitiva. Ejemplo de esto son los subsidios cruzados que se producen, como el que otorga el subsector público a las obras sociales y a la medicina prepaga cada vez que uno/a de sus afiliados/as es atendido/a en el sistema público, o en los casos de doble cobertura, entre otros. Cada vez que se concreta alguno de estos casos, se disuelve la responsabilidad de la salud de la ciudadanía, se afecta el rendimiento de cada subsistema y no se garantiza plenamente el derecho a la salud, para financiar los consumos y prácticas que poca relación tienen con resultados en salud.

Esta fragmentación, expresada en subsectores, no es patrimonio exclusivo del campo de la salud. Se evidencia también en una visión fragmentada de las políticas sociales, donde cada proyecto responde a una lógica propia y es consistente en sí mismo, pero persigue objetivos que pueden o no estar articulados con los de otros proyectos. Si profundizamos un poco más, es la misma fragmentación que se genera producto de una economía basada en argumentos liberales, donde la fragmentación social –consecuencia ineludible de la desigual distribución del ingreso– trae aparejada diferencias sustanciales en los niveles de consumo y bienes de capital (Barillas, 1997).

Por lo tanto, la fragmentación no es una desviación particular del sistema de salud, sino que forma parte de las políticas sociales y las concepciones ideológicas asociadas con el Estado mínimo y con el rol protagónico del mercado como ordenador social que han atravesado parte importante de la historia argentina. Tener esta mirada amplia nos

permite trabajar sobre su determinación, y no reducirla a un mal diseño tecnopolítico del sistema de salud.

Ahora bien, volvamos a la información que nos ayuda a describir el problema que hoy nos convoca a pensar en una reforma del sistema de salud argentino, y analicemos, entonces, un indicador relevante en este tipo de reflexiones: el índice costo/resultado.

La pregunta, en este caso, sería: ¿existe un equilibrio entre costo y resultados? Uno de los obstáculos para responder tiene que ver con las dimensiones o variables que se incluyen en este análisis. A modo de ejemplo, uno de los principales problemas con relación a esta cuestión es la alta participación que el gasto de bolsillo directo de las personas y hogares tiene dentro del costo total de salud en Argentina. En relación con el gasto de bolsillo, en el bienio 2017-2018, los hogares que no tenían adultos/as mayores destinaban el 5,1% del gasto de consumo a salud; los hogares con un/a adulto/a mayor destinaban el 9,5%; y la cifra ascendía a 14,2% cuando había dos o más adultos/as mayores en el hogar (INDEC, 2019b). ¿Por qué vemos en esta cuestión uno de los problemas fundamentales? Justamente, porque en este punto es en donde con mayor claridad se observa la inequidad de un sistema en el que quien más dinero tiene mejor acceso logra. Así como el derecho de la salud no puede estar sujeto a una condición de empleo, tampoco puede estar condicionado por la capacidad de pago.

La inversión en salud en Argentina representó, en el año 2017, el 9,4% del PBI. Se trata de una de las inversiones más elevadas de América Latina. Cuando se desglosa ese número, la inversión pública y de la seguridad social representan un 6,6% (2,7% es de inversión directa del Estado y 3,9% de la seguridad social), mientras que la inversión del sector privado alcanza un 2,8%, con un gasto de bolsillo de 3,46%

(Argentina.gov.ar, 11/11/2019). Alrededor del 67,4% de las personas tiene cobertura con alguna obra social prepaga, mutual y/o servicio de emergencia. Por su parte, el 32,5% posee cobertura médica a través del sistema público (INDEC, 2019b). Un punto crucial es que, en épocas de crisis económica y desempleo, gran parte de ese 67,4% pasa a depender exclusivamente del sistema público. Otro dato interesante a observar es que, a pesar de la inversión pública, las personas particulares, en gran medida, terminan por financiar el sistema, sobre todo en lo referido a la compra de medicamentos y la contratación de servicios que se encuentran por fuera de los ofrecidos por su obra social. Todo esto evidencia una alta dispersión de financiamiento.

Al cuadro de situación descrito deben sumarse múltiples variables, como los cambios demográficos y epidemiológicos; las enfermedades crónicas asociadas a los modos de vida; los sucesivos brotes de dengue; las enfermedades endémicas –por ejemplo, Chagas–; y la reciente pandemia, así como las potenciales futuras. A su vez, es necesario ponderar la tecnología aditiva (no se reemplaza, se acumula nueva tecnología); el ejercicio profesional ultraespecializado, centrado en tecnología con alta concentración de capital y ejercido para grupos privilegiados de la población; el rol pasivo del Estado en el desarrollo y producción de tecnología sanitaria; el incremento en los costos de producción de los servicios; los cuestionamientos a la calidad y seguridad de las prestaciones; y una práctica profesional con acento en el diagnóstico y la terapéutica, sin trabajar en la determinación de los problemas (Silva Paim, 2009). Asimismo, es preciso considerar el creciente aumento del gasto de bolsillo; el desmedido y poco transparente costo de los medicamentos; la poca o nula participación y control por parte de la ciudadanía de las organizaciones sanitarias; y la inviabilidad económico-financiera del modelo sanitario

centrado en la figura del hospital. Todo ello, además de otras tantas variables, termina por configurar un cuadro complejo que requiere desnaturalizarse para poner en agenda y avanzar en propuestas de reforma.

Podríamos concluir que el sistema de salud presenta, por un lado, marcadas inequidades en cuanto a resultados sanitarios (expresados en las diferencias en las tasas de mortalidad que se esconden bajo un promedio nacional aceptable). Por otro lado, muestra profundos problemas de gestión y de financiamiento (evidenciados en las múltiples dependencias administrativas y en las superpuestas fuentes de financiamiento), así como la acumulación de importantes deudas en relación con la realidad epidemiológica de nuestra población. En ese sentido, mantiene y profundiza un modelo de atención centrado en los aspectos biológicos y en la producción de prácticas y servicios que no siempre están ligados a las necesidades de las personas.

El campo de la salud está hegemonizado mayoritariamente por agentes con intereses mercantilistas, y el Estado queda reducido a un agente con poca capacidad de control y regulación. Aún más, termina por subsidiar el sector privado en aquellos aspectos y/o situaciones de escasa rentabilidad.

¿Qué antecedentes de reformas sanitarias reconocemos en nuestra historia?

Reflexionar sobre los antecedentes de reforma nos traslada inmediatamente al año 1945. Ese año ocurrió, probablemente, una de las mayores transformaciones que haya tenido lugar en el sistema de salud. Más precisamente, ocurrió entre 1946 y 1951, durante el gobierno de Juan

Domingo Perón y bajo el mandato de su sanitarista, el Dr. Ramón Carrillo. Tal como ocurrió en cada una de las reformas, el caso al que aludimos tuvo un encuadre social y político específico, presentado con claridad por R. Carrillo en su libro *Teoría del hospital*:

[...] desde que el general Perón afirmó que su programa consistía en asegurar un mínimo de bienestar a los argentinos, y en evitar que en nuestra patria existiesen demasiados ricos y demasiados pobres, desde ese momento quedó colocada la piedra angular de una política médico social argentina, la que es consecuencia lógica y natural de esos enunciados peronistas (Carrillo, 1974: 28).

Esta reforma generó la construcción de 230 establecimientos sanitarios de internación, 50 institutos de salud especializados, 3.000 centros de salud y 2 fábricas nacionales de alta tecnología sanitaria, lo que permitió pasar de 66.300 camas hospitalarias a 134.000. A la par, se impulsó un trabajo para modificar la concepción y el funcionamiento de los hospitales, de “centros de cura, a centros de medicina preventiva y centros de salud” (Carrillo, 1974: 13). Todas las políticas sociosanitarias modificaron de manera sustancial el perfil epidemiológico de la Argentina. La esperanza de vida pasó a ser de 48 a 60 años, y la mortalidad infantil disminuyó drásticamente (Flores, 2007).

Podemos decir que su reforma consistió en construir el sistema de salud argentino allí donde prácticamente no existía, y de este modo se pasó de la beneficencia a la responsabilidad del Estado. Sus políticas permitieron una reorientación hacia un amplio acceso a la atención y cuidado de la salud. Se logró instalar la idea de “la salud como un derecho y por ende responsabilidad del Estado”. El corolario de este proceso fue la Constitución de 1949, que, en lo relativo a la salud, expresamente, establecía en el Capítulo III, titulado “Derechos del trabajador, de la

familia, de la ancianidad y de la educación y la cultura”, artículo 37, los derechos especiales, que incluía en la sección I (“Del trabajador”), ítem 5, el derecho a la preservación de la salud. Por su parte, en la sección III, relativo a la ancianidad (ítems 5 y 6), postulaba el derecho al cuidado de la salud física y moral.

Otro antecedente lo encontramos en las leyes 16.462 y 16.463, que en conjunto fueron denominadas Ley de medicamentos o Ley Oñativia, justamente durante el período 1963-1965, cuando el Dr. Arturo Oñativia fue ministro de Salud de la Nación. El aporte de Oñativia sería el antecedente de la Ley 26.688 –de julio de 2011–, que tuvo como objeto, por un lado, promover la accesibilidad de medicamentos, vacunas y productos médicos y, por otro, propiciar el desarrollo científico y tecnológico a través de laboratorios de producción pública (Roman y Salas, 2020; Ramacciotti y Romero, 2017).

En el tercer gobierno de Perón, en 1973, se propuso la creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que en sus fundamentos declaraba la salud como derecho básico de todos/as los/as habitantes de la República Argentina. Asimismo, postulaba al Estado nacional como responsable de hacer efectivo ese derecho, en tanto “financiador y garante económico en la dirección de un sistema que será único e igualitario para todos los argentinos” (Medina y Narodowski, 2015: 18). De este modo, se remediaba, por la derogación de la Constitución de 1949 y la ausencia en la de 1853, el vacío legal en torno a la salud como derecho. La propuesta básica se vinculaba entonces con la integración y coordinación de las políticas de salud que articulan a los prestadores públicos, privados y de las obras sociales (Medina y Narodowski, 2015). Fueron solamente cuatro las provincias que adoptaron acciones enmarcadas en el SNIS –Chaco, Formosa, La Rioja y San Luis–, ya que la

férrea oposición de los Colegios profesionales (sobre todo porque el proyecto planteaba la dedicación exclusiva de los/as médicos/as a la actividad hospitalaria) impidió expandir el proyecto hacia otras jurisdicciones (De Lellis, s/f).

Antes de abordar ciertos hitos durante el retorno de la democracia, no podemos soslayar las “reformas” regresivas que caracterizaron a las diferentes dictaduras, sobre todo la “Revolución Libertadora” de 1955, la dictadura de Onganía de 1966 y el “Proceso de Reorganización Nacional” de 1976 (Medina y Narodowski, 2015).

Durante la autodenominada “Revolución Libertadora”, se logró poner límites al Estado como garante del derecho a la salud. Una de las acciones más representativas fue derogar la Constitución de 1949 (Medina y Narodowski, 2015).

Otro antecedente de reforma regresiva en relación con los derechos lo encontramos en la transferencia hospitalaria a provincias y municipios, que generó espacios para el desarrollo de la medicina privada, a partir de la desfinanciación de la salud pública. Esta situación se dio durante la dictadura de Onganía, quien inició su gestión con el reemplazo del Ministerio de Asuntos Sociales y Salud Pública por el Ministerio de Bienestar Social. De este modo, desjerarquizó la salud pública a Secretaría, política coherente con la que repetirían dictaduras y gobiernos neoliberales (Medina y Narodowski, 2015).

La última dictadura militar (1976-1983) tuvo consecuencias nefastas en múltiples dimensiones de la salud. La desaparición forzada y muerte de miles de personas ha borrado una generación de jóvenes que lucharon por una sociedad inclusiva, y por mantener los logros en salud en términos de derechos. En aquellos años, la violencia del Estado se constituyó como la primera causa de muerte en jóvenes de entre 20 y 24 años (Spinelli, s/d).

Una de las primeras medidas del gobierno militar fue la eliminación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) a través de la Ley 21.902, en 1978. Se retomó la descentralización de los hospitales nacionales, que pasaron a la esfera provincial o municipal. A su vez, se transfirieron los recursos a las provincias, que pasaban a asumir la responsabilidad de financiar los servicios, lo cual configuró distintos sistemas provinciales de salud (Medina y Narodowski, 2015).

Podemos sintetizar que el paso de las dictaduras argentinas permitió la penetración de una reforma social basada en el Estado mínimo, lo que dejó al mercado como el asignador y distribuidor de recursos. Allanaron el camino para la instauración del modelo neoliberal como conductor de políticas, pero, sobre todo, silenciaron con violencia, desaparición y muerte todo intento de transformación social (Rovere, 2016).

Con el retorno de la democracia, durante el gobierno de Raúl Alfonsín emergen nuevas propuestas de mejora. Se promueve la sanción de las leyes 23.660 y 23.661 del Sistema Nacional del Seguro de Salud. El proyecto, encabezado por Aldo Neri, fue un intento de reforma concebido desde una perspectiva integradora, que otorgaba al Estado las competencias y las herramientas reguladoras para asegurar el cumplimiento del derecho a la salud desde una concepción basada en la universalidad del acceso (Belmartino y Bloch, 1994; Neri, 2001).

En 1988, en el contexto del gobierno peronista de Antonio Cafiero en la provincia de Buenos Aires, su ministro de Salud, Floreal Ferrara, desarrolló el Programa de Atención Ambulatoria de la Salud (ATAMDOS), que significó una profunda reforma, en términos propositivos y simbólicos, del primer nivel de atención. Se conformaron más de cien equipos de salud comunitaria, integrados por un/a médico/a, un/a enfermero/a, un/a trabajador/a social, un/a trabajador/a de salud mental y, cada dos

equipos, un/a odontólogo/a y un/a administrativo/a. Cada equipo tenía 300 familias bajo su responsabilidad. Este programa significó –y significa hoy en día– la posibilidad concreta de pensar la reforma sanitaria desde el nivel comunitario y del primer nivel de atención (Medina y Narodowski, 2015).

Durante los años noventa (1989-1999), se realiza la Reforma del Sector Salud, con una impronta neoliberal y de libre mercado como marco económico-social. La propuesta impulsada se denominó de competencia regulada, basada en la libre elección de la entidad aseguradora por parte del/la afiliado/a o cliente/a. Se implementó un cambio paulatino orientado a la descentralización, la introducción de mecanismos de competencia en el interior de los sistemas, la fijación de un paquete de prestaciones mínimas o básicas y la privatización y tercerización de servicios (Belmartino, 2005).

Estas reformas atomizaron más el sistema, fortalecieron lógicas de mercado y generaron inequidad dentro de los servicios de salud, poco accesibles o accesibles solo para quienes contaran con empleos privilegiados o con la posibilidad de afrontar costosos gastos de bolsillo. De este modo, se desfinanció el sistema público en general (Acuña, 2000).

Entre 2009 y 2015, en consonancia con la revalorización del Estado como garante de derechos, se sancionó un conjunto de leyes que impactó positivamente sobre la salud pública y sobre el acceso a derechos de ciertos subgrupos tradicionalmente excluidos de la protección social. Este período se reconoce como la “década de construcción de un plexo de derechos”, que incorporó las leyes de salud sexual y procreación responsable, de prohibición de impedir la escolaridad de alumnas embarazadas, de salud mental, de producción pública de medicamentos, de derechos del/la paciente, de creación del programa nacional de

educación y prevención sobre las adicciones y el consumo indebido de drogas, de fertilización asistida, entre otras (De Lellis, s/f).

En 2016, en un puente con las reformas de los años noventa, nuevamente con una lógica neoliberal, centrada en la salud como gasto y con el objetivo de recortar la Atención Primaria de la Salud (APS) a una canasta básica de servicios, se propone como reforma, y mediante el Decreto 908/2016, la “Cobertura Universal de Salud”. Estas políticas utilizan herramientas que tienen como metas centrales disminuir costos, orientarse hacia la eficiencia e incorporar a las empresas en la evaluación de los servicios de salud. Se emparentan con un estilo de administración vinculado con la nueva gestión pública de corte neoliberal, con el recorte de derechos y con la responsabilización individual sobre la cobertura de salud y atención ante situaciones de enfermedad (De Lellis, s/f).

¿Cuáles son los fundamentos posibles de una propuesta de reforma?

La propuesta de reforma se orienta y enmarca conceptualmente en reconocer a cada ciudadano/a como titular de derecho, y al Estado como el responsable de garantizarlo. El Estado debe concretar políticas, leyes, reglamentos y programas orientados a hacer concretas y efectivas las obligaciones jurídicas, imperativas y exigibles, impuestas por la Constitución, sus tratados, pactos internacionales y leyes (Abramovich, 2006; Ase y Burijovich, 2009). Esto implica incluir los siguientes aspectos, para pensar y analizar como fundamento o marco de la reforma sanitaria:

1. La integración de la determinación social de la salud a las políticas de salud. Esto implica incorporar, desde el análisis, las acciones y el control

de dichas acciones, que tiendan a garantizar la cobertura y acceso a:

- a. agua potable y condiciones sanitarias adecuadas;
- b. alimentos aptos para el consumo;
- c. la igualdad de género;
- d. la protección y prevención ante la trata de personas, la violencia por cuestiones de género, los feminicidios, la tortura, penas crueles, tratos inhumanos o degradantes;
- e. vivienda adecuada;
- f. condiciones de trabajo dignas y justas;
- g. cuidado y protección ambiental.

2. La incorporación de los sujetos de derecho en la gestión de las diferentes instancias y organizaciones sanitarias –hospitales, centros de salud, hogares de larga estadia, centros de rehabilitación, discapacidad, Secretarías de Salud, regiones sanitarias, Ministerios, entre otras– y su participación en:

- a. el proceso de asignación de recursos a las organizaciones, programas y políticas de salud;
 - b. el proceso de toma de decisiones a nivel de cada organización y comunitario, municipal, provincial y nacional;
 - c. en las instancias de decisión sobre la realización de experimentos e investigaciones sobre los/as usuarios/as de las organizaciones de salud, la comunidad o la población, como modo de garantizar que nadie sea sometido/a a alguna intervención médica sin el propio consentimiento;
 - d. en la evaluación de la gestión de las organizaciones sanitarias.
3. Ser sujeto de derecho de políticas poblacionales de protección de la salud ante violencias, accidentes y catástrofes.
4. Ser sujeto de derecho de políticas poblacionales de prevención y tratamiento de las enfermedades.

Secretarías de Salud, regiones sanitarias, Ministerios, entre otras– y su participación en:

- a. el proceso de asignación de recursos a las organizaciones, programas y políticas de salud;
 - b. el proceso de toma de decisiones a nivel de cada organización y comunitario, municipal, provincial y nacional;
 - c. en las instancias de decisión sobre la realización de experimentos e investigaciones sobre los/as usuarios/as de las organizaciones de salud, la comunidad o la población, como modo de garantizar que nadie sea sometido/a a alguna intervención médica sin el propio consentimiento;
 - d. en la evaluación de la gestión de las organizaciones sanitarias.
3. Ser sujeto de derecho de políticas poblacionales de protección de la salud ante violencias, accidentes y catástrofes.
 4. Ser sujeto de derecho de políticas poblacionales de prevención y tratamiento de las enfermedades.
 5. El acceso igual y oportuno a los servicios, tanto de prevención y atención de la enfermedad como de rehabilitación de la salud desde un abordaje centrado en el sujeto y situado en su contexto familiar y comunitario.
 6. Recibir la educación y la información pertinentes sobre cuestiones relacionadas con el proceso de salud, enfermedad, atención y cuidado.
 7. Recibir oportunamente acciones de promoción de salud a nivel poblacional, familiar y comunitario.
 8. Recibir oportunamente acciones de prevención primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria.
 9. Recibir un tratamiento de las enfermedades eficaz y accesible económica, cultural, geográfica y socialmente.
 10. Tener acceso a medicamentos necesarios, a un costo accesible, con

un control científico eficaz, con información que permita un consumo informado y con transparencia de las relaciones entre laboratorios y prescriptores de medicamentos.

¿Por qué impulsar una reforma en este momento?

El sistema de salud evidencia dificultades no resueltas desde los primeros intentos de reforma, y renueva otras a la luz de cambios socioeconómicos, epidemiológicos, demográficos y geopolíticos, particularmente en el contexto de la pandemia por SARS-CoV2. La pandemia ha provocado al menos dos crisis, que se afectan y profundizan mutuamente. Una es sanitaria; la otra, económica. Ambas amenazan la salud de las personas, como así también la vitalidad del sistema sanitario.

Por otra parte, la pandemia no solo sintetizó los motivos para trabajar hacia una reforma sanitaria, sino que también puso en evidencia la respuesta heterogénea entre jurisdicciones y los subsistemas que la habitan. Para las y los sanitaristas estos problemas existen desde hace mucho tiempo. La ciudadanía los sufre también desde entonces, pero hoy más que nunca toda la población está afectada por la crisis del sistema de salud. Son las personas quienes buscan una respuesta adecuada para los momentos que vivimos. Probablemente, estos sean los años donde más se haya instalado la salud en la agenda política, pero sobre todo en el imaginario colectivo de la población.

Entendemos que un proceso de reforma debe convocar e interpelar a la sociedad, la ciudadanía, las organizaciones sanitarias, los partidos políticos, los sindicatos, las asociaciones profesionales, los/as legislado-

res/as y los Poderes Ejecutivos municipales, provinciales y nacionales. Tenemos claro que debemos generar espacios de debate e intercambio que permitan incorporar todas las visiones e intereses, y dar esta discusión en conjunto con la ciudadanía y sus organizaciones, para que formen parte, no como beneficiarios de la reforma, sino como protagonistas, con decisión y acción en el proceso (Spinelli, 2020).

Una reforma no puede diseñarse en soledad desde un escritorio y resolverse en el Congreso sin legitimación popular. Quizá este sea el mejor argumento de por qué impulsar la reforma en este momento: el involucramiento social y gubernamental en los temas de salud, producto de la pandemia, genera un contexto político, cultural y social permeable para impulsar políticas que promuevan equidad, cobertura y acceso a la atención y cuidado de la salud, en el marco del derecho a la salud de los/as argentinos/as.

Bibliografía

Abramovich, V. (2006). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. *Revista de la CEPAL*, 88, 35-50.

Acuña, C. (2000). Evolución y Reforma de los Sistemas de Protección de la Salud en los países del Mercosur y en Chile. <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/argentiniem/50163.pdf>

Argentina.gob.ar (11 de noviembre 2019). El gasto en salud representó el 9,4% del PBI en el año 2017. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-gasto-en-salud-represento-el-94-por-ciento-del-pbi-en-el-ano-2017>

Arouca, S. (s/f). Reforma Sanitaria. Biblioteca virtual Sergio Arouca. Fundación Oswaldo Cruz. <https://bvsarouca.icict.fiocruz.br/reforma-sanitaria/>

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

Barillas, E. (1997). La fragmentación de los sistemas nacionales de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1(3), 246-249.

Belmartino, S. y Bloch, C. (1994). *El sector salud en Argentina. Actores, conflictos de intereses y modelos organizativos 1960-1985*. Publicación 40. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.

Belmartino, S. (2005). Una década de la reforma de la atención médica argentina. *Salud Colectiva*, 1(2), 155-171.

Carrillo, R. (1974). *La teoría del hospital*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

De Lellis, M. (s/d). *Reforma Sanitaria y Seguros de Salud: Apuntes desde una perspectiva de derechos*. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/-sitios_ctedras/obligatorias/065_salud1/material/archivos/fichas/reforma_sanitaria.pdf

Dirección de estadísticas e información de salud (2020). Indicadores básicos. <http://www.deis.ms.gov.ar>

Duarte, M. (2002). El consenso de Washington y su correlato en la reforma del estado en la Argentina: Los efectos de la privatización. En M. Schorr, A. Castellani, M. Duarte y D. Sánchez, *Más allá del pensamiento único. Hacia una renovación de las ideas económicas en América Latina y el Caribe* (pp. 143-188). Buenos Aires: Clacso.

Flores, M. E. (5 al 9 de noviembre de 2007). Una política de salud basada en derechos sociales: la propuesta sanitaria del Dr. Carrillo Ramón. Argentina. *VII Jornadas de Sociología*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INDEC] (2019a). *Indicadores de condiciones de vida de los hogares en 31 aglomerados urbanos. Condiciones de vida*. Buenos Aires: Instituto de Estadísticas y Censos-INDEC, 4(6).
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INDEC] (2019b). *Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares 2017-2018. Resultados preliminares*. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos-INDEC.
- Laurell, A. C. y Herrera Ronquillo, J. (2010). La Segunda Reforma de Salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios. *Salud Colectiva*, 6(2), 137-148.
- Matus, C. (2020). *Adiós, señor presidente*. Remedios de Escalada: UNLa.
- Medina, A. y Narodowski, P. (2015). *Estado, integración y salud: La gestión en red de un hospital público*. Buenos Aires: Imago Mundi.
- Neri, A. (2001). La reforma del sistema de salud. *Colección*, 7(11), 135-161. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/10107>
- Ramacciotti, K. y Romero, L. (2017). La regulación de medicamentos en la Argentina (1946-2014). *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad*, 12(35), 153-174.
- Real Academia Española [RAE] (2014). *Diccionario de la lengua española. Edición del Tricentenario*. <https://dle.rae.es/>
- Roman, V. y Salas, E. (2020). *Arturo Oñativia y la ley de medicamentos*. Cuadernos del Instituto de Ciencias de la Salud, 4. Florencio Varela: Ed. UNAJ.
- Rovere, M. (2016). El Sistema de Salud de la Argentina como Campo; Tensiones, Estratagemas y Opacidades. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 6(12), 23-42.
- Silva Paim, J. (2009). Medicina comunitaria. Introducción a un análisis crítico. *Salud Colectiva*, 5(1), 121-126.
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 6(3), 275-293.
- Spinelli, H. (2020). Construir una nueva hegemonía institucional en el campo de la salud. *Salud Colectiva*, 16, 1-11. <http://doi.org/10.18294/sc.2020.3360>
- Spinelli, H. (s/d). La violencia como problema de salud pública: El terrorismo de Estado en Argentina 1976-1981.
- Tobar, F. (2010). *¿Qué aprendimos de las Reformas de Salud? Evidencia de la experiencia internacional y propuestas para Argentina*. Buenos Aires: Fundación Sanatorio Güemes.

María Cecilia Arnaudo, Natalia De Marco, María Verónica Grunfeld Baeza, Emiliano López, Diego Martín Palomo. "Reflexiones sobre una reforma sanitaria argentina". *Revista Salud, Educación y Sociedad*, Año 1, Número 1, Marzo 2022, pp. 8-21.

Corrientes 1254, Rosario (2000)

Santa Fe, Argentina

341 - 4838100

revistaseys@ugr.edu.ar



UGR

Universidad del
Gran Rosario