

# UNA NUEVA OPORTUNIDAD PARA LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

Al fin y al cabo, somos lo que hacemos para cambiar lo que somos.

*Eduardo Galeano (1940-2015)*

**Por Dr. Mario Glanc\***

Los sistemas de salud de América latina no surgieron como consecuencia de un modelo planificado y congruente. Se constituyeron por oposición de iniciativas sectoriales a partir de la confluencia del modelo asistencialista tradicional basado en la provisión de servicios y cuidados médicos con el Estado como proveedor a través de establecimientos hospitalarios financiados con recursos públicos, el modelo bismarckiano de neto corte contributivo y el crecimiento simultáneo del sector privado del aseguramiento en salud, muchas veces como producto secundario de su desempeño inicial como prestador.

Esta simultaneidad se produce de un modo general a partir de mediados del siglo pasado, lo cual es contemporáneo a la consolidación de los principales sistemas de salud de Europa y América del Norte, que sin embargo habían iniciado su conformación a partir del Siglo XIX: el Zemstvo de la Rusia zarista (1865), financiado con ingresos tributarios y dirigido a población campesina; las leyes de enfermedad y maternidad (1883), de accidente de trabajo (1884), y de envejecimiento, invalidez y muerte (1889) de la Alemania bismarckiana; y su correla-

to en Bélgica (1894) y Noruega (1909). La primera Ley de Seguro Nacional de Salud en Gran Bretaña (1911) y el Sistema Soviético de Servicios de Salud (1917), el sistema sanitario japonés (1922) y el surgimiento de lo que se constituiría como el Estado de Bienestar de los “dorados” años del Siglo XX a partir del Informe Beveridge (1942) en Inglaterra, la Blue Cross y el primer diseño de un seguro social (Henry Kaiser) en los Estados Unidos y el primer seguro provincial de salud canadiense en la provincia de Saskatchewan constituyendo lo que posteriormente se conoció como la Primera Generación de Reformas de los Sistemas de Salud<sup>1</sup>.

En nuestro continente, Chile en 1924 impulsó la primera legislación de un seguro sanitario seguida por Costa Rica en 1941, y México creó en 1943 el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Secretaría de Salud. En la Argentina se creó la Secretaría de Salud, posteriormente ministerio, en 1946 y al año siguiente se sancionó la ley de bases o Código Sanitario y de Asistencia Social (ley 13.012)<sup>2</sup>.

Pero este inicio relativamente sincrónico de iniciativas bismarckianas y beveridgianas pronto dio paso las dos características centrales de nuestros sistemas: la fragmentación de sus componentes, con su consecuente su-

perposición e ineficiencia agregada; y lo que es más importante, la subsectorialización y segmentación según el segmento poblacional al que estén dirigidos, diferenciándose en términos de canasta prestacional, calidad ofrecida, alcance de la cobertura y capacidad de respuesta, básicamente de acuerdo a la inserción laboral, capacidad de pago (voluntario o compulsiva) o posición social del beneficiario.

Esta condición implica la inexistencia de un marco regulatorio común que permita asegurar y/u ofrecer un paquete homogéneo de servicios a toda la población, por lo que el alcance de los servicios en cuestión termina siendo función de posición relativa del demandante, y más directamente de su capacidad de pago, sea voluntaria o compulsiva, replicando sectorialmente una constante de inequidad verificable en toda la región.

## Diferentes tipos de reforma

La verificación de tal condición indujo a la formulación del concepto de “reforma”, entendida como “un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sistema con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones, y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población”<sup>3</sup>, los que a partir de

\*El autor es médico cardiólogo, máster en Salud Pública y Economía y Gestión en Salud, doctor en Medicina Área Salud Pública y director de la Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social de la Universidad ISALUD. E-mail: [mglanc@isalud.edu.ar](mailto:mglanc@isalud.edu.ar)



**El comienzo relativamente sincrónico de iniciativas bismarckianas y beveridgianas pronto dio paso las dos características centrales de nuestros sistemas: la fragmentación de sus componentes, con su consecuente superposición e ineficiencia agregada, y la subsectorialización y segmentación poblacional, diferenciándose en términos de canasta prestacional, calidad ofrecida, alcance de la cobertura y capacidad de pago o posición social del beneficiario.**

las premisas de cobertura universal, protección social en salud y sistemas basados en atención primaria de salud establecen como metas la eficiencia y la calidad de los servicios, la equidad, respuesta a las necesidades de los clientes y la sustentabilidad de los sistemas.<sup>4</sup>

Las así denominadas segunda y terceras generaciones de reformas de los sistemas de salud, inseparables de los contextos políticos, económicos y, por ende, ideológicos de las épocas que les dieron cabida, impactaron de diverso modo en los países de la región generando cambios aún en curso. Esas transformaciones, pese a las particularidades nacionales, pueden agruparse en dos tipos principales que sin dudas se entrelazan en variedades complejas.<sup>5</sup>

**a.** Basados en la consolidación de recursos provenientes de fuentes contributivas y no contributivas.

**b.** Basados en la igualación de derechos.

En el primer grupo es particularmente notable el caso de Uruguay, con integración de recursos no contributivos. A partir de 2005 se inicia un proceso de reforma profunda del sector salud en sus bases jurídica y económica a través de un cronograma de implementación hacia la construcción de un Sistema Nacional de Salud integrando al sector público o Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y a las entonces mutuales y/o cooperativas

médicas (IAMC), a partir de un modelo de gobernanza central por parte del ministerio de Salud Pública (MSP) y la consolidación de un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y un Seguro Nacional de Salud (SNS) desde la complementación y coordinación entre efectores públicos y privados.

Fueron tres las principales normas que le dieron origen: Ley 18.131 (2007), de creación del Fondo Nacional de Salud (Fonasa), Ley 18.211, de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), y Ley 18.161, de descentralización de ASSE, en camino hacia un modelo de articulación de subsistemas público y privado, complementación asistencial con requerimientos comunes a ambos sistemas, mecanismo de financiación único (Fonasa) y la creación de un único Fondo Nacional de Recursos (FNR) para las prestaciones de medicina altamente especializada en el que el MSP hace prevalecer su condición monopólica.<sup>6</sup>

En Brasil, el punto de partida de la reforma se dio a partir de la reforma constitucional (1988) y la creación del Sistema Único de Salud (SUS) y la promulgación de la Ley Orgánica de Salud (Ley 8080/90) en 1990. En esencia, la creación del SUS como “un sistema, que garantiza acceso integral, universal e igualitario a la población brasileña, desde la simple atención ambulatoria hasta el trasplante de órganos”,<sup>7</sup> a partir de explicar la salud como un derecho de los ciu-

dadanos y como una obligación del Estado, pretendió la sustitución de un modelo bismarckiano de seguro social de salud por un sistema de prestación de servicios público, universal, integral y gratuito, sin necesidad de aporte previo o directo.

Este servicio público se concretó a través de la descentralización de la provisión de servicios hacia los estados y los municipios con apoyo financiero del nivel federal (transferencias per-cápita del nivel federal a municipios), la unicidad de la coordinación mediante un mando único en cada nivel de gobierno, y la participación social en la gestión del seguro. Esto último buscó sustituir progresivamente el modelo de seguro social imperante particularmente en las grandes ciudades del país hasta entonces a cargo del Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Seguridad Social (Inamps) por una formulación universal y basada en recursos no necesariamente ligados al aporte singular del trabajador. Al mismo tiempo, mantuvo al sector privado, conformado por un sistema de aseguramiento conocido como salud suplementaria, en el entendimiento de que el SUS brinda servicios universales para toda la población la que no obstante puede “suplementar” el seguro si así lo desea y está en condiciones de hacerlo.

Chile y Colombia son ejemplos del segundo grupo de países.

Chile organizaba su sistema sanitario hasta

los años setenta iniciales a través de cuatro instituciones: el Ministerio de Salud (MS), el Servicio Nacional de Salud (SNS), financiado con recursos provenientes tanto del mundo del trabajo como fiscales, el Servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena), financiado con recursos directos de los beneficiarios y el sector privado. En 1979, a la luz de las reformas instituidas por la dictadura pinochetista, a través del Decreto Ley 2.763, se fusionaron el SNS y el Sermena, reformulándose el rol del Ministerio de Salud y creándose el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), el Instituto de Salud Pública (ISP) y la Central de Abastecimientos del SNSS (Cenabast). Poco más adelante, y en simultáneo con la progresiva municipalización del primer nivel de atención, Chile instaura las Instituciones de Salud Previsional (Isapres) conformando un sistema aún vigente.

El modelo chileno que según indicadores sanitarios tradicionales ostenta uno de los mejores resultados regionales con un gasto menor a la mayoría de sus vecinos (Argentina incluido) ha dado continuidad a sus iniciativas de reforma esencialmente en la búsqueda de atenuar la inequidad verificable. La ley más importante es la 18.469 (1985) que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud; luego, en 2004, se sancionó la ley que dispone un régimen general de garantías en salud, que establece las garantías explícitas en salud (GES) relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de

programas, enfermedades o condiciones de salud en lo referido a calidad, acceso, oportunidad, acreditación de prestadores y protección financiera dirigidos inicialmente a un conjunto de 25 problemas de salud que actualmente ascienden a 80.<sup>8</sup>

Tras la sanción de la ya célebre Ley 100, en 1993, Colombia inició el camino de una reforma sanitaria que expandió los horizontes de cobertura casi hasta el 100%

**Argentina se posiciona en un lugar de privilegio en la región, en términos comparativos con algunos de sus vecinos. Sin embargo, y a pesar de la sostenida mejora en la mayoría de sus indicadores sanitarios, esa ubicación relativa va deteriorándose en una situación de retroceso incluso en el dinamismo de sus resultados.**

de su población, a través de la implementación de un modelo de aseguramiento que sin embargo introdujo en el Plan Obligatorio de Salud (POS) serias diferencias de equidad y justicia entre las canastas prestacionales de aquellos que financiaban contributivamente el seguro (POS contributivo), y quienes no podían hacerlo porque su ingreso/inserción laboral no lo permitía (POS subsidiado). El modelo sufrió sucesivas reformas hasta la reciente consolidación de un único menú prestacional que elimina las diferencias iniciales. El Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) integra recursos obligatorios de los beneficiarios, cuotas patronales y recursos provenientes

de rentas generales en un modelo tripartito de clara diferenciación entre regulación, financiamiento y provisión de servicios.<sup>9</sup> Otros países de la región orientaron sus iniciativas ya no a una reforma integral sino a la conformación de modelos de seguros públicos parciales, a través de canastas definidas de prestaciones financiadas por recursos públicos, como son los casos del Seguro Básico de Salud de Bolivia; el Seguro Campesino en Ecuador; el Seguro Popular de Salud de México, o incluso el Piso de Atención Básica (PAB) en Brasil, gestionado a través del Programa de Salud de la Familia. En ese mismo sentido pueden considerarse en nuestro país los Programas Nacer, Sumar y Remediar + Redes.

La característica central de estas iniciativas consiste en que, si bien permiten cierto uso tal vez más racional de los recursos en curso y el seguimiento de los resultados sanitarios en su población objetivo, no conforman un proyecto de reforma en el sentido estricto, sino que se plantean como atenuantes de la fragmentación y la segmentación imperante, como un intento de incrementar la protección en salud en los sectores más desfavorecidos.

### La clasificación de la Cepal

La Comisión Económica para América latina (Cepal), más allá de la tradicional clasificación según fuentes de financiamiento, distingue tres grupos de modelos en nuestra región (ver tabla).<sup>10</sup>

Cierto es que ninguna de las iniciativas comentadas logró el pleno cumplimiento de los propósitos que le dieron origen. Tan cierto como que ello es raramente verificable en las ciencias sociales. Aun así, resul-

	Tipo I	Tipo II	Tipo III
<b>Financiamiento</b>	Rentas generales, sistemas integrados a partir de financiamiento no contributivo"	Integración de rentas generales y cotizaciones a la seguridad social	Baja o nula integración de rentas generales y cotizaciones a la seguridad social
<b>Prestación</b>	La estructura de la prestación es heterogénea entre prestadores públicos y privados	Hay separación explícita de funciones de financiamiento y prestación. Varía el nivel de integración del financiamiento	La estructura de la prestación pública es heterogénea, y existen distintos tipos de vinculación entre el sector público y privado
<b>Países</b>	"Prestación pública y privada: Brasil, Uruguay, Venezuela Prestación solo a través del sistema público: Cuba"	Costa Rica / Chile	Argentina, Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú


ta decepcionante que nuestro país forme parte del Grupo III.

Argentina se posiciona en un lugar de privilegio en la región, en términos comparativos con algunos de sus vecinos. Sin embargo, y a pesar de la sostenida mejora en la mayoría de sus indicadores sanitarios, esa ubicación relativa va deteriorándose en una situación de retroceso incluso en el dinamismo de sus resultados.<sup>11</sup>

De hecho, a pesar de que el sistema de salud argentino fue capaz de amortiguar y contener el cataclismo social de hace una década, el nuestro es el único país de peso regional que no ha emprendido en ese lapso procesos de reforma sustantiva en su sistema de salud, y que paradójicamente, ostenta uno de los mayores gastos per cápita de toda la región.

Es posible que reformas sustantivas requieran de decisiones políticas de dudosa viabilidad en los años pasados y tal vez en los presentes. Sin embargo, igualación de derechos en salud a través de redes integrales

e integradas de servicios de salud, canastas universales (ampliación de PMO o similar PMO a población sin cobertura explícita, obras sociales provinciales y PAMI), extensión de la protección financiera a través de la universalización del actual Fondo Solidario de Redistribución actualmente sólo aplicable a las obras sociales nacionales,

optimización de los recursos provinciales a través de la convergencia del sector público local con la seguridad social provincial y una agencia nacional de tecnología vinculante y ex ante a la aprobación de la misma podrían marcar la senda de un camino que por postergado sigue siendo de tránsito improrrogable. 

- 1 Vergara C. El contexto de las reformas del sector de la salud. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 8(1/2), 2002
- 1 Veronelli C. Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina. OPS / OMS Repr. Argentina 2004
- 3 Mesa Lago, Carmelo. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. CEPAL. (2005). Cap. 2 pág. 29-37
- 4 OPS/OMS. Lecciones aprendidas sobre las reformas de los sistemas de salud para lograr la cobertura universal: la visión de la OPS/OMS. Disponible en [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4\\_uibd.nsf/E6A383A216E7DC0905257BCE0077DE82/\\$FILE/07.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/E6A383A216E7DC0905257BCE0077DE82/$FILE/07.pdf)
- 5 TALAVERA P. ARMÍJO M. Instituciones y desarrollo: reformas de segunda generación en América Latina Universidad de Barcelona 2007
- 6 Gallo L. E El proceso de reforma de la salud en el Uruguay: Pasado, presente y futuro. Superintendencia Nacional de Salud. R.O.U
- 7 Ministerio de Saude. Conselho Nacional de Saude. 2008
- 8 <http://web.minsal.cl/hitos-de-la-salud-chilena/>
- 9 <http://govco.co/fosyga/>
- 10 Cruces G. "Los sistemas de salud y de protección social frente a los nuevos escenarios epidemiológicos y demográficos" Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe 14 y 15 de Noviembre 2006, Santiago, Chile Organizado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CELADE-División de Población, con el auspicio del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) Protección social y sistemas de salud
- 11 <http://www.paho.org/arg/images/Gallery/publicaciones/El%20sistema%20de%20salud%20argentino%20-%20pnud%20ops%20cepal.pdf?ua=1>



Atendiendo a las nuevas necesidades de la Comunidad, Fecliba propone espacios de formación continua con tecnología de punta a través del Campus Virtual ISS (Instituto Superior en Salud), generando posibilidades de capacitación profesional, independientemente de la localización geográfica y la administración del tiempo de los participantes implicados.

Además, Fecliba invita a los interesados en ampliar su oferta de formación profesional en el ámbito de la Salud, sumándose a esta nueva forma de educación en línea. Como beneficio se brindará asesoramiento y seguimiento continuo, garantizando una prestación de excelencia y calidad.



Visite nuestro Campus virtual y conozca nuestros servicios:

[cursos.fecliba.org.ar](http://cursos.fecliba.org.ar)