
Cobertura Universal de Salud:

¿anomalía histórica o profundización de un modelo?

*Universal Health Coverage:
¿historical anomaly or a model-deepening?*

Guido Crespi

Médico
(Universidad Nacional de Rosario)

Colaborador Docente en la Cátedra
Medicina y Sociedad
Facultad de Ciencias Médicas
(Universidad Nacional de Rosario)

Docente invitado en la materia electiva
Salud pública: aspectos históricos y epistemológicos.
Perspectivas y debates actuales
Facultad de Ciencias Médicas
(Universidad Nacional de Rosario)

Correo: guidocrespi@outlook.com

Resumen

A lo largo del presente trabajo se aborda la Cobertura Universal de Salud (en adelante CUS) en Argentina, trabajando bajo la tesis de que esta estrategia no solo no es una anomalía o un cambio de paradigma respecto a la organización del sistema sanitario, sino que además se corresponde con una línea histórica de desarrollo del mismo en función de la fragmentación del sistema, el empobrecimiento del rol del Estado en tanto principal jugador y la adopción de políticas sanitarias en torno a la estrategia de aseguramiento público en salud que se hacen explícitas a partir de fines de la década del 80 y principios de la del 90. Para ello, fueron analizadas producciones historiográficas sobre el sistema sanitario, archivos y decretos oficiales, entrevistas y artículos de investigación publicados en fuentes indexadas. De esta manera, se avanzará en el interrogante que titula este trabajo: la CUS ¿anomalía histórica o profundización de un modelo?

Palabras clave

Salud pública, Sistemas de salud, Cobertura Universal del Seguro de Salud, Historia.



Abstract

This paper addresses the Universal Health Coverage (hereinafter CUS) in Argentina, working under the thesis that this strategy not only represents an anomaly or a paradigm shift regarding the organisation of the health system, but also corresponds to a historical line of its development in terms of the fragmentation of the system, the impoverishment of the role of the state as the main player and the adoption of health policies around the strategy of public health insurance that become explicit from the late 1980s and early 1990s onwards. For this purpose, historiographic productions on the health system, official archives and decrees, interviews and research articles published in indexed sources were analysed. In this way, progress will be made on the question that is the title of this paper: the CUS: historical anomaly or deepening of a model?

Keywords

Public Health, Health Systems, Universal Health Insurance, History.



Breve perspectiva histórica

Entre higienistas, mutuales y ministerio

En la porción de territorio latinoamericano que se constituirá a mediados del siglo XIX como la República Argentina, desde la aparición del protomedicato en los albores de la Revolución de Mayo de 1810 y hasta el primer gobierno peronista en 1945, encontramos un sistema sanitario que se consolidará a partir de dos procesos. Por un lado, entre la prestación médica en forma privada y mutuales de inmigrantes –sector privado– y, por el otro, un espacio público ocupado entre la participación del Estado –en sus incipientes formaciones higienistas– y las agrupaciones de beneficencia que respondían principalmente al poder eclesiástico bajo cuyo control se encontraban varias camas en los asilos hospitalarios (Belmartino, 2005a).

La principal función del Estado estaba regida por el control de focos de infección, el cuarentenazgo y la vigilancia del cumplimiento del tránsito de mercancías, al cual muchas veces se supeditaban las medidas sanitarias (Partenio, 2009), mientras que la atención médica corría por cuenta del gasto propio, la pertenencia a un sector mutual o la asistencia de caridad.

En este marco, no se darán grandes cambios en la estructura central de la forma de organización sanitaria hasta 1946 cuando se crea la secretaría de Salud Pública que más tarde devendrá en el Ministerio Nacional de Salud, ambas carteras con Ramón Carrillo a la cabeza. En paralelo a la creación del Ministerio, se produce la reforma constitucional de 1949 donde se institucionalizan por primera vez los conceptos de salud como derecho y la seguridad social. Este último habilita constitucionalmente a las obras sociales sindicales (Constitución Nacional, 1949). En este momento, y con las leyes 13012 y 13019, empieza a vislumbrarse una dualidad entre la salud de los excluidos y la salud de los trabajadores formalizados (Borini, 2013).

Desarrollismo y corporaciones. SNIS y dictadura

En 1955, el Poder Ejecutivo Nacional de la autoproclamada Revolución Libertadora que derrocó el gobierno constitucional peronista

emitió el decreto 1.357/57 mediante el cual se decide descentralizar la gestión hospitalaria nacional a las provincias. El basamento técnico de dicha medida fueron los informes encargados a la Organización Panamericana de la Salud en 1954 entre los que figuran el de Odair Pedroso y el Informe de los consultores Internacionales, a pesar de las contradicciones entre especialistas que advertían incapacidad técnica y financiera en las jurisdicciones del interior del país (Veronelli y Veronelli Correch, 2004).

En esta línea, entre los años 60 y 70 las tensiones por el poder entre las obras sociales, los gremios médicos, los sindicatos y los sucesivos gobiernos se reflejan no sólo en una heterogénea y fragmentada oferta sanitaria –con la prestación pública a la baja, por ejemplo en capacidad de camas (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2011)–, sino también, y hacia finales de los 60 y luego del Cordobazo, con la conformación de la ley 18610 (1970) y la creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (en adelante, INSSJP) (1971). La ley 18610 se tradujo en una cuota de poder político sindical incalculable como además en el crecimiento del sector privado, el cual efectuará las veces de prestador, financiamiento mediante de las entidades sindicales (Veronelli y Veronelli Correch, 2004). De aquí en más, el rol del Estado será limitarse a ser árbitro y regulador de ciertas reglas del juego entre obras sociales y privados (Belmartino, 2009).

Durante los años siguientes, infructuosas iniciativas como la de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (en adelante, SNIS) del gobierno camporista pasarán desapercibidas e irán desapareciendo de los presupuestos ya entrada la dictadura genocida del 76 (Borini, 2013). Durante este periodo, se apostará a profundizar el interjuego entre subsistemas de seguridad social y aseguramiento privado, buscando “el traspaso gradual de la población beneficiaria del sistema desde las organizaciones públicas de naturaleza solidaria hacia las empresas privadas de cobertura prepaga” (Belmartino, 2005a:175).

Vuelta de la democracia. Crisis y seguros. Leyes 23.660 y 23.661

Con la vuelta de la democracia se retoma la idea de integrar el sistema de salud bajo un mismo manto financiero, aunque permitiendo a su interior una oferta heterogénea. El medio sería el Seguro Nacional de Salud. Este proyecto se proponía universalizar la cobertura complementando los aportes y contribuciones con fondos públicos (Tobar, 2012). Frente a esto, la resistencia de los sindicatos, que entendían este movimiento como un intento de arrancarles el poder que les había otorgado la ley 18.610, no se hizo esperar. El gobierno de Alfonsín, debilitado políticamente, se vio obligado a modificar la propuesta del seguro de salud casi hasta desvirtuar su objetivo primero, hecho que se traducirá en la sanción de las leyes 23.660 y 23.661 que no podrán modificar en lo sustancial las estructuras y tensiones que cimentaron la 18.610 (Veronelli y Veronelli Correch, 2004).

Si bien el sistema sanitario argentino ya llevaba varios años virando hacia una organización del tipo de seguro en salud (Tobar, 2012), es a partir de este marco regulatorio de fines de los 80 donde podemos identificar, por primera vez y de manera explícita en el sistema sanitario argentino, el concepto de Seguro de salud.

En este punto, es posible afirmar la existencia histórica de un sistema oscilante que se tensiona entre un Estado que interviene en pocos momentos como jugador principal y un sistema de salud heterogéneo y fragmentado que se regirá principalmente bajo la lógica de los seguros de salud –o, mejor dicho, aseguramiento al riesgo de enfermar–, ya sea en el subsistema de las mutuales, las obras sociales o las prepagas. Incluso, esto se refleja en proyectos donde el Estado mismo lidere un seguro nacional y que, en la medida que progresa el debilitamiento de él mismo como jugador, se hace más latente la necesidad de solo dedicarse a cubrir a la población que no está cubierta, es decir, crear seguros públicos. Esto es lo que nos permitirá más adelante comprender el presente y la CUS.

Los 90: reforma neoliberal global y local. Invertir en salud

El plano internacional

16 años después de la declaración de Alma Ata, precisamente en el año 1993, aparece el informe del Banco Mundial *Informe sobre el desarrollo mundial: Invertir en salud*. Allí, se instó a los gobiernos de los países pobres muy endeudados a modificar sus políticas sanitarias en aras de mejorar la eficiencia y disminuir los costos innecesarios en salud a partir de estimular servicios clínicos esenciales para la salud pública mientras el resto se cubriría mediante financiamiento privado, vía seguros privados o públicos. Cobertura, control de costos, fortalecimiento de mercados y competencia administrada fueron conceptos clave en dicho informe (Banco Mundial, 1993). Vista así, como un lugar seguro de inversión y ganancia, la presión internacional para allanar el camino al mercado de la salud no se hizo esperar.

En Latinoamérica, los servicios de salud reorientaron su estructura de la oferta para la demanda incluyendo esta operatoria una serie de elementos de mercantilización que cuestionan en su esencia al derecho a la salud –*managed care*¹, estructuración pública/privada, privatización, focalización, etc.–. Adherir a estas estrategias implicó la aceptación de las nuevas condiciones económicas y su carácter de inexorables –caída del muro, consenso de Washington, etc.–, además de cimentar la obligación de asumir condicionalidades de los préstamos financieros internacionales para efectuar las políticas del cambio (Almeida, 2004).

El plano nacional

Reforma menemista

El principio de los 90 encuentra al sistema de salud argentino en un estado de avanzada fragmentación y heterogeneidad, con un subsistema de cobertura altamente estratificado y diferenciado entre obras

.....

1 Atención gerenciada. Hace referencia al modelo impuesto por las gerenciadoras que hacen las veces de intermediarias en el financiamiento a la prestación, en los sistemas basados en la financiarización y mercantilización de la salud.

sociales y un gran deterioro en el subsistema público, compartiendo ambos subsistemas un déficit financiero producto de la crisis de fines de los 80. En este último, puntualmente, la crisis traducida en un aumento del gasto de bolsillo de la población llevó a una sobrecarga caracterizada por el fenómeno de subsidio cruzado: efectores públicos atendiendo demanda de población asegurada por otra vía (Belmartino, 2005b).

El grueso de la reforma en salud ordenada desde el Estado para todos los subsectores vendría hacia el año 1993. Entre las principales reformas encontramos el decreto 9/93, el cual daría origen a la famosa desregulación de las obras sociales. Entre sus postulados encontramos que la “libertad para elegir la obra social contribuirá a la eficiencia del sistema de obras sociales por el clima de mayor competencia que se derivará de esta situación” (Decreto 9/93).

La penetración de la lógica de mercado hacia adentro de los sistemas de solidaridad terminaría de generar un quiebre no sólo entre las distintas obras, sino dentro de ellas. Entre estos mecanismos de mercado podemos citar la incorporación de diferentes planes de atención conforme a nivel de aporte y la disposición del beneficiario a realizar pagos extra (Belmartino, 2005b). Por su parte, para el subsistema público llegarían dos reformas clave que generarían un gran impacto en su estructuración. La primera fue la creación de la figura del Hospital Público de Autogestión: surgido a partir del decreto 478/93, tenía como objetivo delegar la administración de ingresos extrapresupuestarios a cada hospital y autorizaba a cada efector a cobrar “los servicios a las personas con capacidad de pago y con fondos originados en las contrataciones con empresas de seguro privado de salud, mutuales y obras sociales” (Belmartino, 2005b:159). La otra reforma fue la implementación de las políticas de Seguros Públicos de Salud, que será abordada más adelante.

En 1994 se reformó la Constitución Nacional, dejando como única mención natural de la carta magna a la salud el artículo 42, el cual se refiere a los ciudadanos como “consumidores y usuarios de bienes y servicios”. El derecho a la salud consagrado como tal sólo estará garantizado legalmente gracias a los tratados firmados internacional-

mente que toman rigor de ley a partir del artículo 75 inciso 22 (Constitución Nacional, 1994).

En 1995 con el decreto 492/95 apareció el Programa Médico Obligatorio (en adelante PMO), el cual constituyó, a grandes rasgos, una canasta básica de prestaciones obligatorias para las agencias de aseguramiento en salud –obras sociales y prepagas–. Este programa tiene –a juicio del autor– un carácter dual ya que, por un lado, permite definir la atención sanitaria a partir del concepto de prestaciones esenciales o servicios médicos básicos (Resolución Ministerio de Salud de la Nación 201/02), mientras que, al mismo tiempo, se convierte en herramienta respaldatoria para aquellos clientes o abonados que contratan un servicio de prepaga, e incluso para trabajadores que quedan bajo sujeción de la cobertura de una obra social descremada.

Toda esta serie de reformas estuvieron enmarcadas en premisas neoliberales: libre elección de obra social, liberalización de contratos entre financiadores y proveedores, hospitales con autarquía financiera, escasa o nula regulación de los mercados, canasta básica de prestaciones –traducida esta última en el PMO–. En este punto, podemos ver una correlación con lo que el informe del Banco Mundial proponía, convirtiendo el objeto salud en una mercancía que se agota y se resuelve en el consumo individual.

Alianza y estallido

Hacia finales de los 90 y comienzos de los 2000, entre el agotado proyecto menemista y quizás la mayor crisis económica, social y política de la historia Argentina reciente, Fernando De La Rúa acabó su gobierno prematuramente con indicadores récord. Un 53% de la población estaba bajo la línea de pobreza, y de esa composición un 24,8% bajo la línea de indigencia. El 21,5% de la población económicamente activa se hallaba sin empleo y otro 37,7% empleada informalmente, formando un total de 48% sin cobertura de obra social o prepaga. En salud, el subsector público tenía que contener ahora casi a un 50% de la población (INDEC, 2001).

A principios del milenio, el gasto de bolsillo representaba aproximadamente el 40% del gasto general en salud de la población, un nivel

altísimo comparado a países ricos donde esa participación no pasa el 25% (Borini y Migueles, 2013).

Así, la dependencia de los créditos para sostener los seguros públicos en salud se acrecentó. Esto generó que se declare la Emergencia Sanitaria por medio del decreto 486/02 donde se reconoce la grave crisis institucional de los efectores y se faculta al Ministerio de Salud a “definir las prestaciones esenciales que deberán brindar los Agentes del Seguro de Salud, con arreglo a sus recursos, a fin de no profundizar el actual endeudamiento” (Decreto 486/02), entre otras disposiciones que buscaron asegurar la provisión de medicamentos y atención a la población. Esta emergencia se prorrogó hasta nuestros días por medio de sucesivas leyes aprobadas año a año en el Congreso Nacional. En el marco regulatorio que declara esta emergencia (Ley 27541) podemos seguir viendo como el Estado asume su intervención en salud en función de la situación de los agentes del seguro de salud.

Plan federal de salud 2004 – COFESA

Las gestiones de Eduardo Duhalde –presidente provisional 2001-2003– y Néstor Kirchner (2003-2007) compartieron el mismo ideólogo sanitario: Ginés González García. Fue él quien propuso y llevó adelante el Plan Federal en Salud, donde comienza reconociendo que las bases de dicho plan son producto de la “más fenomenal crisis que el país y el sector atravesaron” (Consejo Federal de Salud COFESA, 2004:1).

Bajo las premisas de fortalecer la rectoría del Estado y orientar el sistema a un modelo preventivo, e identificando problemas característicos tales como cobertura desigual, fragmentación, inequidad entre jurisdicciones, crisis del sector privado, entre otras, se propone para la visión del plan:

(...) un sistema de salud equitativo e integrado, con un rol activo de un “Estado garante” del bienestar de la población. El sistema posibilitará el acceso a una canasta de bienes y servicios esenciales en salud a través del aseguramiento que brinde cobertura universal básica a toda la población, con un fuerte componente preventivo y que res-

ponda a la resolución de patologías de una manera eficiente y eficaz (COFESA, 2004:13).

Más adelante, en el punto 7.1.7 de *Seguros en salud* se propone:

(...) reorientación de los recursos humanos y presupuestarios hacia esquemas que contemplen la identificación de población cubierta de acuerdo con criterios de riesgo y bajo responsabilidad nominal; la definición del conjunto de prestaciones garantizadas; la fijación de objetivos y metas sujetas a sustentabilidad económica, y la determinación de las responsabilidades jurisdiccionales (...) Tal es el caso del Programa Nacional para el Desarrollo de Seguros de Salud Materno Infantiles Provinciales (COFESA, 2004:35).

Posteriormente, para el período 2010-2016 se planteó nuevamente un Plan Federal de Salud desde el Ministerio que, aun siendo otro, respondía a una gestión nacional que siguió los lineamientos del año 2003. Allí se hace una evaluación positiva del impacto de los ya implementados seguros públicos y, en consecuencia, se propone profundizar el accionar estatal sobre dicha política (COFESA, 2010).

La continuidad y fortalecimiento de las políticas de seguros públicos en salud nos demuestra que la CUS no es una anomalía histórica ni mucho menos un cambio de paradigma en la organización de nuestro sistema sanitario.

Seguros públicos de salud y CUS

Los seguros públicos son parte de la ya mencionada estrategia del Banco Mundial de focalización de programas sociales. Constituyen políticas para los “Países Pobres Muy Endeudados” que consisten en alivio de la deuda externa en la medida que se cumplan condicionalidades que el mismo banco recomienda. Según el Banco Mundial, esta estrategia se basa en cuatro áreas de acción relacionadas con la adopción de un seguro básico de salud, la implantación de un programa ampliado de inmunización, modernización de seguros de salud basados en sistemas de seguridad social y descentralización y fortale-

cimiento institucional. Para estas actividades el Banco brinda, además, apoyo financiero, técnico, logístico y formativo (Almeida, 2004).

En este marco, Argentina adoptó por primera vez la estrategia de aseguramiento público en 1993 con planes como el Programa Materno Infantil (ProMIN), el cual se prolongó hasta nuestros días con sucesivas actualizaciones². Esto lo precisa bien un informe de la OPS publicado en 1998:

El ProMIN, se orienta a atender las necesidades de los pobres estructurales, en el marco del proceso de transformación económica y social emprendido por el gobierno nacional. (...) La población objetivo del programa es aquella correspondiente a los radios censales donde el 40% o más de los hogares tienen necesidades básicas insatisfechas (OPS, 1998:26).

Respecto al rol del Estado en función de los Seguros Públicos, autores como André Médici aseguran que “bajo el punto de vista de la *eficiencia económica*, la acción del Estado en salud se justifica fundamentalmente para corregir fallas de mercado en el acceso, provisión y consumo de los servicios por los ciudadanos (...)” (Médici, 2004:10).

También, propone que es la relación entre Estado y Mercado la que permite un intensivo avance del uso de contratos entre todos los segmentos –públicos y privados– y que, en ese marco, Estado y Mercado son “socios en la estructuración del pluralismo” (Médici, 2004:15) donde el Estado es un gran contratante y el Mercado un gran cliente. Allí, profundiza los conceptos que sostienen las lógicas de aseguramiento público, tales como paquetes definidos de prestaciones, focalización en los sectores más empobrecidos, etc. (Médici, 2004).

La Cobertura Universal de Salud, según la OMS

En el año 2010 la OMS publica el documento *Informe sobre la salud en el mundo, 2010. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal*. Este documento es el que se

.....

2 Fue reemplazado por el plan NACER en 2005, actualmente convertido en plan SUMAR

considera como fundacional de la CUS. En él podemos encontrar nuevamente conceptos relacionados a atención esencial, canasta básica de prestaciones, financiación de la demanda y seguros de salud como sistemas pertinentes para evitar el gasto de bolsillo en la población, además de asegurar el financiamiento del sistema a partir de diversas fuentes.

Margaret Chan, directora de la OMS en ese entonces, declara en el discurso de aceptación pronunciado ante la 65.ª Asamblea Mundial de la Salud que la cobertura Universal de Salud es el concepto más poderoso que la salud pública puede ofrecer (Chan, 2010).

Diversos autores latinoamericanos han criticado en profundidad esta concepción sanitaria y sus consecuencias. Jose Carvalho De Noronha hace foco en la transformación semiótica que se ha realizado sobre el concepto de la salud como derecho frente al término Cobertura en Salud el cual está asociado a la protección del riesgo financiero, y la búsqueda de mecanismos alternativos para el financiamiento del sector salud. Además, agrega que, *a priori* y si no se profundiza en el término, “cobertura difiere de acceso y utilización” (De Noronha Carvalho, 2017:41). Por su parte, Asa Cristina Laurell además de señalar las consecuencias de la CUS en México, sostiene que el modelo neoliberal...

(...) intenta en un solo movimiento solventar un tema económico –como el de abrir la salud como terreno pleno de generación de ganancias privadas- y apelar a un valor social ampliamente compartido –el de garantizar el derecho a la salud para que nadie muera o quede incapacitado por la falta de dinero– (Laurell, 2017:60).

Según la autora, esto se da en un contexto donde los fracasos económicos del modelo son cada día más evidentes con la Gran Recesión.

En otro orden, Mario Hernández denuncia las consecuencias que las políticas de seguro en salud han generado en Colombia, país pionero en la aplicación de la lógica CUS donde la acción preventiva quedó relegada a un plano casi inexistente, la judicialización de la salud creció exponencialmente en denuncias por servicios y medicamentos y la inequidad entre sectores de cobertura se expresa de manera tal que

las mujeres gestantes cubiertas por el Régimen Subsidiado –el “seguro público”– tienen el doble de riesgo de morir que aquellas que están cubiertas por el Régimen Contributivo –el de los trabajadores en blanco– (Hernández, 2017).

La CUS en Argentina

Si bien hasta el 2016 no hubo una estrategia sanitaria consolidada bajo el nombre de Cobertura Universal, podemos reconocer una serie de políticas hacia el sistema de salud que fomentaron el desarrollo de una lógica cada vez más cimentada en el financiamiento vinculado a seguros públicos –y, por ende, en el subsidio a la demanda– y una fragmentación entre subsistemas cada vez mayor, con predominio en el debilitamiento del subsector público.

Hacia el año 2010 sólo el plan NACER contemplaba una población objetivo de 1.500.000 personas (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud ISAGS, 2012), y un 50% o más de la financiación de estos programas provenía de créditos internacionales (Borini y Miguéles, 2013). En 2011 el por entonces Superintendente de Servicios de la Salud, Ricardo Bellagio, declaraba que los objetivos de la secretaría a su cargo contemplaban que toda la población argentina esté dentro de la seguridad social (Bellagio, 2011). En el año 2014, durante el 53° consejo de OPS-OMS del 2014, el Consejo Directivo del Comité Ejecutivo de la OPS aprobó en resolución CE154.R17 la *Estrategia para la Cobertura Universal de Salud*, recomendando a todos los estados miembros avanzar en dicha estrategia. Argentina ese año participa como Estado Miembro, no parte del Comité Ejecutivo.

El cambio en la administración nacional en 2015 generó un quiebre en varias políticas de Estado y el Ministerio de Salud no fue la excepción. La cartera, por entonces con Jorge Lemus a la cabeza –ex consultor y director de programas del BID y del Banco Mundial–, tomó como política central adaptar el sistema de salud público a la estrategia de la Cobertura Universal de Salud. Mediante la resolución 475/16 del Ministerio de Salud de la Nación se instruyó a todas las áreas y programas del ministerio a colaborar con la implementación de la estrategia. El artículo 2 propone la creación de un sistema único

de información en cuya base de datos figure “toda la población con cobertura provista y financiada por el Estado Nacional, Provincial y de la ciudad autónoma de Buenos Aires” (Resolución Ministerio de Salud 475/16:art. 2). Además, el artículo 4 instruye a la secretaría de relaciones nacionales e internacionales a “participar del diseño de los lineamientos estratégicos en la ejecución de los créditos internacionales a efectos de permitir el logro en forma adecuada, de los objetivos propios de la Cobertura (...)” (Res. Ministerio de Salud 475/16: art 4).

Cuatro meses más tarde, en agosto, el Poder Ejecutivo Nacional publica el decreto 908/16, mediante el cual propone adoptar la estrategia CUS para la totalidad del territorio. Dicho decreto destina ocho mil millones de pesos provenientes del Fondo Solidario de Redistribución para financiar, por única vez, la mentada estrategia. Este monto equivaldría, para una población objetivo de aproximadamente quince millones de personas, a \$42 por persona por mes. Según consultoras privadas, el costo del PMO calculado en 2016 fue de \$658 mensuales (Comunicar Salud, 2016).

Concomitantemente con estas disposiciones, un mes antes el Poder Ejecutivo envió al Congreso el Proyecto de Ley para la creación de la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías de la Salud. Los fines que persigue tal agencia, además del seguimiento y monitoreo en tecnologías médicas y evidencia científica, tenían íntima relación con los conceptos de optimización en la prestación pública y de seguridad social, y la jerarquización de las prestaciones esenciales que para ellas se destinen. A la fecha, este proyecto se encuentra en la Cámara de Senadores esperando su tratamiento. Durante la gestión Rubinstein se aceleró mediante la resolución 623/18 la creación de una comisión ministerial para que lleve adelante dicha labor hasta que se debata en el Congreso Nacional.

Desde la renuncia de Lemus al frente de la cartera nacional de salud en el año 2017 hasta el día de la fecha, han ido sucediendo diversos acontecimientos que, de un modo u otro, han contribuido a que la temática de la CUS pierda agenda. La degradación del Ministerio de Salud a secretaría en el año 2018 bajo la administración de Adolfo Rubinstein, las negociaciones con las provincias para la aplicación de la estrategia a nivel nacional y la falta de una comunicación activa

oficial en relación a los avances o no de dicha política hicieron que al llegar las elecciones del año 2019 la CUS no estuviera sino en la agenda de ciertas instituciones y/o sindicatos que bregaban por mantener la discusión por el derecho a la salud.

Octubre del 2019. Fernández-Fernández y pandemia

La victoria de la fórmula Fernández-Fernández en octubre del 2019 coloca en escena un gobierno que volvió a apelar a la dirección en salud de Ginés González García designado al frente del por entonces restituido Ministerio de Salud y Acción Social.

En la plataforma de salud que ha impulsado el Partido Justicialista –quizás el partido de mayor peso del frente gobernante– y en la cual ha participado activamente Ginés G. García, se apuntan varias políticas en relación a equidad, acceso, etc. En dicha plataforma se resalta que durante el período 2015-2019 no hubo avances reales en la Cobertura Universal de Salud y, como en 2003, se propone fortalecer la rectoría para:

- a) garantizar el derecho al acceso a las prestaciones sanitarias esenciales de todos los grupos sociales; b) mejorar la calidad de la atención en todos los prestadores de salud; y c) disminuir las arbitrariedades de los prestadores y las inequidades que incrementan el gasto de bolsillo de las familias (Partido Justicialista, 2019:4).

En la actualidad, la pandemia de COVID-19 que golpea a la comunidad internacional desde principios de año y a la Argentina en particular desde marzo, ocupa la mayor de las relevancias en lo referido a la salud pública, quitando de escena nuevamente la estructura del sistema salud para abocarse a la coyuntura. Tanto es así que incluso el mismo Ginés González García ha sido parte de un escándalo en relación a la distribución de vacunas que tuvo como resultado final el pedido presidencial de su renuncia a la cartera sanitaria (Télam, 2021).

Discusión

Existe una línea histórica coherente en la conformación de seguros públicos de salud –lógica en torno a la cual gira la CUS– que se caracteriza por dos hechos relacionados entre sí. Por un lado, y salvo excepciones, una muy pobre intervención estatal capaz de imponer un sistema único y universal, orientado a la oferta de servicios –con estrategias activas de promoción y prevención–. Por otro lado, un amplio sector poblacional que por las sucesivas crisis económicas, la falta de desarrollo productivo, etc., no entra nunca al sistema de cobertura y seguridad social el cual, dicho sea de paso y a partir de los 90, adopta lógicas que detonan su estructura de solidaridad, aumentando así las estrategias de mercantilización y aseguramiento en el sistema en general.

Así, podemos pensar la CUS a partir de la adaptación a sistemas relacionados con la refinanciación del crédito externo que llevó a la consolidación de los seguros públicos de salud como estrategia central del subsector público para insertar a toda esa población excluida en la lógica del aseguramiento –mercantilización– de la salud. Pero también puede ser pensada a partir del consecutivo e histórico desfinanciamiento del subsistema que la ocupa –con la consecuente pérdida en la capacidad de acción, planificación, prevención y promoción– producto de la avanzada de las lógicas y sujeciones del capital sobre las construcciones discursivas, políticas e institucionales de un Estado argentino que, con ciertas salvedades, ha constituido su sistema sanitario en relación a ellas.

Canasta básica de prestaciones, eficiencia, prestaciones esenciales, financiamiento a la demanda, manejo gerenciado, entre otras, no son categoriales ingenuas a la hora de organizar el sistema sanitario en un contexto de comprensión de la promoción, prevención y atención en salud como gasto y no como derecho. Estos renuncian a la universalidad del derecho a la salud convirtiéndolo en una mercancía pasible de ser estratificada según a qué sector poblacional se pertenezca. Del mismo modo, anunciar la función del Estado como de rectoría lo pone en un rol pasivo en tanto la planificación y la ejecución de los dispositivos que garantizan la accesibilidad, más aún, lo convierten en legitimador

de prácticas que reproducen la estratificación desigual en el acceso a los servicios.

En este contexto, la CUS es presentada como garante de acceso sin barreras, seguridad para les excluides, garantía de derechos, etc. (Lemus, 2016). Sin embargo, se omite mencionar que su fuente de financiamiento está atada a organismos internacionales, operadores de condicionalidades al refinanciamiento de deuda. Se omite criticar las condiciones que generan que haya que administrar recursos escasos para necesidades infinitas –axioma ad-infinitum de las corrientes de la economía ortodoxa–. Se omite recordar que quiere aplicarse esta lógica en uno de los países que más porcentaje del PBI representa el campo salud en términos de gasto (Organización para la cooperación y el desarrollo económicos OCDE, 2020), y cuya historia muestra una serie de luchas y tensiones hacia dentro de la organización del sistema sanitario que superan ampliamente no sólo la propuesta de cubrir población no asegurada, sino también la lógica de diseño de programas que proponen los seguros públicos y la CUS, pensados y ejecutados para una cápita de cobertura, para una demanda coyuntural, para el riesgo de enfermar, etc; que se digitan por fuera de las necesidades de los pueblos y desde el corazón de los intereses del capital en salud.

Los sucesivos gobiernos de la democracia que supimos conseguir no han podido superar las tensiones entre el capital privado de inversión en salud, los intereses sindicales por las cajas de financiamiento a las obras sociales y el Estado, siquiera a los fines de generar un sistema integrado sanitario. Por el contrario, se profundizó la dependencia del crédito externo y, en términos de salud pública, se apeló principalmente a aquellas políticas que dependen de los órganos internacionales crediticios antes mencionados.

La actual administración del gobierno de Alberto Fernández se encuentra no sólo debiendo atender una pandemia y sus reveses económicos, sino además al frente de un Estado deudor de una nueva deuda récord con fondos internacionales y que aún sostiene una gran parte de sus prestaciones en el subsector público a partir de planes de aseguramiento, incluso existiendo en los membretes y el packaging de los materiales que llegan al territorio vinculados a esos planes el rótulo de *cobertura universal de salud*.

Ahora bien, aunque al día de hoy no está consolidada en términos oficiales una política activa en torno al título de CUS, tampoco está derogada su legislación durante el período de gobierno de Macri. Además, en los reportes de gobierno persisten promociones de políticas de financiamiento basadas en la demanda vía planes de seguro público como el SUMAR –que es la continuidad del NACER– (Ministerio de Salud de la Nación, 2021) o el PROTEGER (Ministerio de Salud Pública de Chaco, 2020). Estas políticas suelen promocionarse a partir de intervenciones en provincias o territorios con altas tasas de necesidades básicas insatisfechas. Allí, si bien es cierto que la posibilidad de compra que otorgan los financiamientos que redirige el Estado Nacional vía el aseguramiento público permite una mejora en ciertos procesos de producción de salud, es necesario poner en balanza aquello que no se promociona. Nos referimos a que los Estados Nacional y Provinciales dejan libradas políticas de financiamiento y organización del sistema a la actuación de cada espacio de gestión sanitaria territorial –un municipio, comuna, pueblo, etc.– en pos de indicadores que están diagramados desde organismos internacionales –con una falsa presunción de homogeneidad entre territorios– y que además permiten a las gestiones locales y provinciales especular con el dinero que llegará o no de dichas instancias a la hora de armar los presupuestos. ¿Es posible pensar que este tipo de políticas que consolidan la fragmentación del sistema permitirán abordar integralmente las inequidades en salud?

Finalmente, me permito abrir algunos interrogantes necesarios para seguir abordando este fenómeno. Uno es tomado de José Carvalho de Noronha quien se hace –nos hace– una pregunta necesaria en torno a la CUS:

(...) ¿estaremos con “el concepto más poderoso que la salud pública tiene para ofrecer” avanzando rápidamente hacia la transformación de la salud en una mercancía y aniquilando el principio de que son las necesidades de salud –y no la capacidad de pagar por las prestaciones o de contribuir a fondos específicos– las que deberían determinar el acceso y el uso de los servicios de salud? (De Noronha Carvalho, 2017: párr. 18).

Para abrir un segundo interrogante, primero es preciso señalar que según datos de la OPS en conjunto a la Secretaría de Gobierno en Salud de la Nación en 2019 en la composición del gasto en salud en relación al PBI el Estado aporta el 2,7%, el 3,9% las obras sociales y el 2,8% restante es del subsector privado (Secretaría de Gobierno en Salud, 2019). Entonces: ¿existe la posibilidad, en términos políticos, de que un Estado que tiene la participación más pequeña de inversión tenga real injerencia en la toma de decisiones dentro de la totalidad del sistema? ¿Cómo evitar entonces la mercantilización de la salud si son los subsectores que contienen la principal concentración del capital privado de inversión en salud los que mayor porcentaje del gasto representan?

El subsistema público así planteado choca contra su propio discurso: no hay universalidad posible mientras perduren los mecanismos y resortes que permiten altos niveles de estratificación en el acceso a la salud según a qué sector poblacional se pertenezca, altos niveles de fragmentación entre las mismas administraciones del Estado y organización de los servicios a partir de un financiamiento a la demanda que además está vinculado a las condicionalidades de los organismos de crédito internacional. En este contexto, se aceleran inevitablemente los procesos de burocratización en la administración, allí donde debe dirimirse, por ejemplo, si las prestaciones dadas a personas con tal o cual cobertura pueden cobrarse o no, generando tensiones tanto en las instancias de la gestión de recursos como en los procesos de resolución de los conflictos de salud y cuidados. Al mismo, se delega a la responsabilidad y capacidad individual de las personas los procesos por los cuales deben acceder a determinada prestación, reflejado en calidad de prestaciones según cobertura, copagos y gasto de bolsillo, tiempos de demora en atención, etcétera.

Así, la posibilidad de que las políticas sanitarias en el subsector público nacional, provincial y/o municipal tengan un carácter progresivo acaba definiéndose en cada territorio en función de la capacidad de inventiva de las gestiones, la voluntad política dirigencial, el posicionamiento de los trabajadores en el terreno y la correlación de fuerzas de los distintos actores que se manifiestan políticamente por la salud sea un derecho universal, dando como resultados procesos de produc-

ción de salud altamente heterogéneos incluso dentro de los mismos territorios provinciales.

Es importante resaltar que, allí donde se generan momentos de organización comunitaria en torno a los procesos que constituyen el vivir, enfermar y morir, se aprecian discusiones colectivas sobre los sufrimientos individuales. Avanzar en estos sentidos se vuelve conceptualmente contrapuesto a las lógicas del financiamiento y la fragmentación que se propone en el aseguramiento en salud, lógica que gobierna, como hemos visto, también a la CUS.

La actual pandemia de COVID-19, pero no sólo ella, ha puesto de manifiesto la necesidad de tener una planificación en salud que vaya más allá de la lógica mercantilista y que invista al concepto salud como el derecho tantas veces proclamado. De no generar una estrategia de planificación estatal y comunitaria, por y para la emancipación de sus individuos, una legislación que contemple y organice la salud como derecho y una intervención política efectiva alrededor de los determinantes y necesidades de la ciudadanía en general y cada territorio en particular, se seguirá consolidando la no existencia de un verdadero sistema de salud en el territorio nacional, que sepa dejar de lado su fragmentación y heterogénea organización y avance verdaderamente en corregir las inequidades que tanto lo atraviesan como son reforzadas por el mismo, comprendiéndose garante de un derecho humano y no rector de un bien de mercado.

Referencias bibliográficas

Almeida, Celia (2004). “Desafíos de los seguros públicos de salud en el contexto latinoamericano”. En E. P. Báscolo (Ed.) *Seguro público de Salud: Aportes para un debate abierto* (23-41). Rosario, Argentina. Instituto de la Salud Juan Lazarte.

Banco Mundial (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial: invertir en salud*. Washington D.C., Estados Unidos. Banco Mundial. Recuperado de: <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/282171468174893388/pdf/121830WDR0SPANISH0Box35456B01PUBLIC1.pdf>

Banco Mundial (2015). BM/Argentina: cobertura universal efectiva de salud para más de 5 millones de personas. *Comunicado de Prensa*. Recuperado de: https://www.bancomundial.org/es/news/press_release/2015/07/07/effective-universal-health-coverage-for-more-than-5-million-people

Bellagio, Ricardo (2011). Nuestro gran objetivo es que toda la población argentina esté dentro de la Seguridad Social. *FEMECON INFORMA*. Recuperado de: http://www.fimecon.com/pdf/2011_mar.pdf

Belmartino, Susana (2005a). *La atención médica en el siglo XX: instituciones y procesos*. Buenos Aires, Argentina, Siglo XXI Editores.

Belmartino, Susana (2005b). Una década de reforma en la atención médica en Argentina. *Salud Colectiva, Revista UNLA*, 1(2), 155-171.

Belmartino, Susana (2009). Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos. *5° Foro del Bicentenario. Panel Políticas de Salud Pública en el siglo XX*. Buenos Aires, Argentina. Secretaría de Cultura de la Nación. Recuperado de: http://www.unsam.edu.ar/escuelas/politica/centro_historia_politica/material/190.pdf

Borini, Mario (2013). *Cuadernos para trabajadores de la salud - Fascículo 1: La organización del sistema de salud en la Argentina*. Buenos Aires, Argentina, ATE-IDEP. Recuperado de: <http://idepsalud.org/idep-argentina-cuadernos-para-trabajadores-de-la-salud/>

Borini, Mario y Migueles, Luis (2013). *Cuadernos para trabajadores de la Salud – Fascículo 2: Financiamiento de la salud poblacional en la Argentina*. Buenos Aires, Argentina, ATE-IDEP. Recuperado de: <http://idepsalud.org/publicacion-del-2-fasciculo-de-los-cuadernos-para-trabajadores-de-la-salud/>

Chan, Margaret (2012). Discurso de aceptación. *65ª Asamblea Mundial de la Salud*. Ginebra, Suiza. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: http://www.who.int/dg/speeches/2012/wha_20120523/es/

Consejo Federal de Salud (COFESA) (2004). *Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007*. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Recuperado de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/065_salud1/material/archivos/documentos/plan_federal_de_salud_2004_2007.pdf

Consejo Federal de Salud (COFESA)(2011). *Plan Federal de Salud 2010-2016*. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina Recuperado de: <https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/ARG%202010%20Plan%20federal%20de%20salud%202010-2016.pdf>

Constitución Nacional Argentina (1949). Ciudad de Buenos Aires, Argentina, Congreso General Constituyente. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>

Constitución Nacional Argentina. Texto de la reforma (1994). Ciudad de Buenos Aires, Argentina, Congreso General Constituyente. Recuperado de <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ar/ar146es.pdf>

Decreto 9/93 Obras Sociales (1993). Ciudad de Buenos Aires, Argentina, Poder Ejecutivo Nacional. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/10000-14999/11554/texact.htm>

Decreto 492/95 Seguridad Social (1995). Ciudad de Buenos Aires, Argentina, Poder Ejecutivo Nacional. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/27540/norma.htm>

Decreto 486/02 Emergencia Sanitaria Nacional (2002). Ciudad de Buenos Aires, Argentina, Poder Ejecutivo Nacional. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=72887>

Decreto 908/16 Cobertura universal de salud (2016). Ciudad de Buenos Aires, Argentina, Poder Ejecutivo Nacional. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/275000-279999/276747/norma.html>

De Noronha Carvalho, José (2017). Cobertura Universal de Salud: Cómo mezclar conceptos, confundir objetivos, abandonar principios. *Revista Soberanía Sanitaria - Dossier Sistemas de Salud*, 39-42.

Ginés presentó su renuncia con un mensaje al presidente (19 de Febrero de 2021). *Agencia Télam*. Recuperado de: <https://www.telam.com.ar/notas/202102/545118-gonzalez-garcia-presento-formalmente-su-renuncia-con-un-mensaje-al-presidente.html>

Hernández, Mario (2017). Consecuencias de la Cobertura Universal de Salud en Colombia. *Revista Soberanía Sanitaria - Dossier Sistemas de Salud*, 56-60.

INDEC (2001). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del año 2001*. Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Isalud y Prosanity Consulting presentaron el costo del PMO 2016 (2016) *Comunicar-Salud (virtual)*. Recuperado de: <https://www.comunicar-salud.com.ar/2016/11/02/isalud-y-prosanity-consulting-presentaron-el-coste-del-pmo-2016/>

ISAGS (2012). “Sistema de Salud en Argentina”. En L. Giovanella, O. Feo, M. Faria y F. Tobar (Eds.) *Sistemas de salud en Sudamérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad* (71-165). Rio de Janeiro, Brasil. ISAGS.

Laurell Asa, Cristina (2014). ¿Cobertura universal en salud en América Latina? *Revista Medicina Social*, 9(1), 60-61. Recuperado de: <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/826/1608>

Lemus, Jorge (2016). Cobertura Universal de Salud. *Revista Argentina de Salud Pública*, 7(27), 33-39. Recuperado de: <http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen27/33-39.pdf>

Ley 27541 Emergencia pública. Ley de solidaridad social y reactivación productiva (2019). Ciudad de Buenos Aires, Argentina, Honorable Congreso de la Nación. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/330000-334999/333564/norma.htm>

Médici, André (2004). “Seguros Públicos de Salud en América Latina. ¿Cuáles son las perspectivas?” En E. P. Báscolo (Ed.) *Seguro público de Salud: Aportes para un debate abierto* (7-23). Rosario, Argentina, Instituto de la Salud Juan Lazarte

Ministerio de Salud de la Nación (2021). “El programa sumar brinda cobertura de salud a todas las personas que no cuentan con obra social ni prepaga”. *Argentina.gob.ar*. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/salud/sumar>

Ministerio de Salud Pública de Chaco (30 de octubre de 2020). “COVID-19: El programa PROTEGER garantizó el control y seguimiento de enfermedades crónicas a pacientes de riesgo” *Chaco.gov.ar* Recuperado de: <https://chaco.gov.ar/noticia/62184/covid19-el-programa-proteger-garantizo-el-control-y-seguimiento-de-enfermedades-cronicas-a-pacientes-de-riesgo>

Organización para la cooperación y el desarrollo económico (2020). *Gasto en Salud en América Latina y el Caribe*. Datos Clave. OCDE. Recuperado de: <https://www.oecd.org/health/panorama-de-la-salud-latinoamerica-y-el-caribe-2020-740f9640-es.htm>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010). *Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud: El camino hacia la cobertura*

universal. Ginebra, Suiza, OMS. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44373/9789243564029_spa.pdf;jsessionid=6D343258A57EF91FAD10EA09737FFC7C?sequence=1

Organización Panamericana de la Salud (1998). *Transformaciones del sector salud en la Argentina. Estructura, proceso y tendencias de la reforma del sector entre 1990 y 1997*. Buenos Aires, Argentina, OPS. Recuperado de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6260/1999-ARG-transformaciones_sector-salud.pdf?sequence=4

Organización Panamericana de la Salud (2014). *154ª sesión del Comité Ejecutivo*. Washington DC, Estados Unidos. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9415:2014-154th-session-executive-committee&Itemid=40453&lang=es

Partenio, Florencia (2009). Rosario en cuarentena: normalización y disciplinamiento de la población durante las epidemias, 1860-1904 *Urvio Revista Latinoamericana de Seguridad Ciudadana*, (7), 83-97.

Programa Naciones Unidas para el Desarrollo (2011). *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo*. Logros alcanzados y desafíos futuros. Buenos Aires, Argentina, PNUD. Recuperado de: <https://www.undp.org/content/dam/argentina/Publications/Desarrollo%20Humano/El%20sistema%20de%20salud%20argentino%20-%20%20pnud%20ops%20cepal%20version%20final.pdf>

Partido Justicialista (2019). *Aporte de los equipos técnicos de la unidad*. Recuperado de: <https://assets.iprofesional.com/assets/pdf/2019/10/485080.pdf>

Proyecto de ley Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (2018). Honorable Cámara de Senadores de la Nación. Recuperado de: <http://www.senado.gov.ar/parlamentario/parlamentaria/404459/downloadPdf>

Resolución 201/2002 Apruébase el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (2002). Ciudad de Buenos Aires, Argentina, Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/sssald/programa-medico-obligatorio>

Resolución 475/2016 Implementación y Desarrollo de la Estrategia de Cobertura Universal de Salud (2016). Ciudad de Buenos Aires, Argentina, Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/260000-264999/261130/norma.htm>

Resolución 623/2018 Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (2018). Ciudad de Buenos Aires, Argentina, Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/resolucion_623-18.pdf

Resolución CE154/LP Listado de Participantes (2014). Comité ejecutivo de la OPS, 154ª Sesión. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CE154-LP-s.pdf>

Resolución CE154.R17 Estrategia para la cobertura universal de salud (2014). Comité ejecutivo de la OPS, 154ª Sesión. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CE154-R17-s.pdf>

Rovere, Mario (2017). Una reforma regresiva en medio de la tormenta. *Revista Soberanía Sanitaria Dossier Sistemas de Salud*, 42-45.

Secretaría de gobierno en Salud (2019). ¿Cuánto gasta Argentina en salud? Buenos Aires, Argentina, Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

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

Veronelli, Juan Carlos y Veronelli, Correch Magalí (2004). *Los orígenes institucionales de la salud pública en la Argentina. Tomo 2*. Buenos Aires, Argentina, OPS editorial.

Recibido: 09/08/2021

Aceptado: 16/12/2021