

# REFORMA SANITARIA Y SEGUROS DE SALUD: APUNTES DESDE UNA PERSPECTIVA DE DERECHOS<sup>1</sup>

MARTÍN DE LELLIS

“Estar en la inseguridad permanente es no poder ni dominar el presente ni anticipar positivamente el porvenir. Cómo podría proyectarse hacia el futuro y planificar su existencia aquel a quien la inseguridad corroe todos los días? La inseguridad social hace de esa existencia un combate por la supervivencia librado en el día a día y cuyo resultado es siempre y renovadamente incierto. Podría hablarse de *desasociación social* (lo opuesto a la cohesión social) para nombrar este tipo de situaciones, como la de los proletarios del siglo XIX. Condenados a una precariedad permanente, que es también una inseguridad permanente por no tener el menor control sobre lo que les ocurre”.

Robert Castel. *“La inseguridad social Qué es estar protegido?”* (pág. 40)

## EL DERECHO A LA PROTECCION SOCIAL

El presente trabajo se basa en una perspectiva que considera centralmente el protagonismo de los movimientos sociales en torno a la exigencia de garantizar un conjunto cada vez más amplio y significativo de derechos humanos, y el proceso de legitimación de tales derechos que se fue gestando mediante la intervención progresiva del Estado.

Así como la lucha encarnada por los movimientos sociales se ha articulado a través de demandas expresadas a la opinión pública y a los poderes públicos, el involucramiento estatal se ha manifestado de forma recurrente mediante la sanción de normativas cuyo objetivo es la garantía de ciertos derechos, ya sean concebidos de modo universal o bien para el acceso de determinados grupos sociales.

---

<sup>1</sup> Agradezco los aportes de Eduardo Tissera al borrador preliminar de este Documento.

El derecho se encarna en una conciencia de derechos o, más específicamente, en una expectativa psicosocial y cultural que se concreta en aquello que es viable satisfacer en un determinado contexto socio-histórico, y según la posición relativa que cada sujeto ocupa en el espacio social.

El relato histórico en torno a los avances logrados en el acceso a derechos suele señalar como uno de los hitos sobresalientes la promulgación de los Derechos Universales del Hombre sancionada en Francia en 1789, pues consagró un plano de igualdad que otorgó renovado impulso a todos los procesos emancipatorios desarrollados en la modernidad, alguno de los cuales (ej: la revolución soviética acaecida en 1917) tuvieron un impacto decisivo en la conformación de los Estados y la implementación de políticas sociales en gran parte del siglo XX.

No obstante la consideración efectiva de que la Declaración de 1789 conforma un punto de inflexión respecto de la etapa histórica precedente, dicho relato suele ignorar o escamotear evidencias en torno a cuestiones de no menor importancia:

- a) Que los derechos del hombre rigieron para los varones de raza blanca, europea y burguesa, pero dejaba fuera las etnias consideradas inferiores, la enorme mayoría de quienes residían en las colonias, las mujeres y – claro está – los pobres, pues la misma concepción liberal indicaba que quienes podían sumarse a las decisiones públicas eran las personas con bienes, es decir los *propietarios u hombres de bien*.
- b) Que en el Estado de Derecho se ha aceptado o promovido la esclavitud, la represión sangrienta de las sublevaciones populares que contrariaban los supuestos del régimen colonial y de las minorías que por entonces no alcanzaban el status de sujetos de derecho.

Sin ignorar el sesgo etnocéntrico contenido en su formulación, no cabe duda que el movimiento de los derechos humanos que allí germina ha resultado una contribución fundamental para poner en cuestión dialécticamente el ser y el deber ser, lo normativo y lo que efectivamente acontece y aconteció en la realidad. En tal sentido, cabe señalar que subsiste una profunda brecha entre la retórica dominante sobre los derechos humanos y su efectiva aplicación a grupos específicos de población, muchos de los cuales no han logrado constituirse a sí mismos como sujetos de derechos.

De allí que la importancia del movimiento de derechos humanos radica en las conquistas históricamente obtenidas, pero también en aquellas promesas aún incumplidas por tratarse de concesiones perpetuamente aplazables en la medida que no existen las condiciones materiales para su concreción.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos promulgada en el año 1948 por la Sociedad de las Naciones plantea la cuestión con una vocación de mayor universalidad e inclusividad, que se prolonga y cobra forma más definida con la consagración de los derechos económicos, sociales y culturales incorporados a las cartas constitucionales de los estados modernos.

Aún cuando ello suele ignorar o escamotear la concepción restringida en la que descansa la idea de *ciudadano*, permitió caracterizar la existencia de umbrales de derechos que hoy resultan exigibles por todos los miembros de una sociedad.

Otro de los aspectos importantes que cabe remarcar y que ha sido reiteradamente señalado por diversos autores es que si la prédica de los derechos no se aúna a un genuino movimiento de participación social que permita cerrar la brecha en la condición de los más desfavorecidos respecto de los más favorecidos se corre el riesgo del vaciamiento y/o la manipulación discursiva.

Los grados, niveles y procesos de participación social se constituyen en tal sentido como uno de los elementos a analizar centralmente, con el objetivo de identificar cuáles son aquellos factores favorecedores, en cuya elucidación la psicología social ha demostrado que puede brindar aportes específicos y relevantes (Jiménez Domínguez, B.J. 2008).

Esta perspectiva de los crecientes derechos exigibles se imbrica profundamente con el concepto de inclusión social, porque esta debe concebirse como el acceso a oportunidades para el ejercicio de derechos y porque los derechos deben concretarse en un determinado contexto histórico y social.

El derecho a recibir protección social (de parte del Estado o de otras organizaciones colectivas) se consolida hacia fines del siglo XIX, durante el período denominado *bismarckiano*. Se denomina de esta forma en tributo a la labor desarrollada por el canciller Otto von Bismarck, quien gobernó el Estado alemán hacia fines del siglo XIX y en cuya administración se lograron avances tendientes a asegurar la reproducción de la fuerza de trabajo obrera ante un capitalismo que se veía amenazado por el avance mundial del comunismo.

La Seguridad Social o, dicho de otro modo, las distintas modalidades de protección social, se consolidaron durante ese período en Alemania para proteger a los trabajadores de las contingencias que podían amenazar su existencia: la vejez, la enfermedad, la jubilación, el accidente, la viudez y/o la muerte.

Así fue como en dicho país el Seguro de Salud fue aprobado en 1883, el Seguro de accidentes en 1884 y el Seguro de vejez e invalidez en 1889. La protección social aparece entonces asociada a la idea de riesgo, y a la disminución de la incertidumbre vinculada a la posibilidad de que ocurra un evento que resulte catastrófico por la incapacidad económica de los individuos y/o las familias para afrontar los gastos requeridos en el proceso de curación.

De acuerdo a Sonia Fleury (1997), alguno de los factores que permitirían explicar la emergencia de este sistema de protección en Alemania son los siguientes:

- a) La ausencia de una sólida tradición liberal (que existía, por ejemplo, en Inglaterra), y que centraba la solución a la incertidumbre asociada a eventos contingentes en la dimensión estrictamente individual.

- b) La existencia de una burocracia poderosa y calificada (que tomó su modelo en el ejército prusiano) para gestionar los nuevos desafíos técnicos que se le planteaban al Estado.

Este modelo de aseguramiento que aún subsiste en muchos estados nacionales fue conocido en todo el mundo como *contributivo*, ya que hacía depender los beneficios del aporte que empleados y empleadores hubieren realizado durante el transcurso de la vida laboral activa de las personas.

El tema de los derechos adquiridos tiene enormes implicancias psicosociales, y ha sido en tal sentido abordada en el seno de las ciencias sociales por distintas teorías de alcance medio. En el caso específico de la psicología social, ha encontrado en la psicología crítica o de la liberación representada por Martín Baró (1986) uno de sus principales exponentes, ya que ha sido una preocupación consistente de esta corriente teórica develar cómo un derecho se reconoce acorde a las expectativas socioculturales (casi diríamos, naturalizado) o bien alejado de dichas expectativas, en cuyo caso se impone un trabajo de desnaturalización o desideologización que descansa en la reflexión crítica sobre las determinantes sociales y políticos que impactan sobre la vida cotidiana y que muy a menudo legitiman situaciones de opresión, al impedir visualizar las relaciones de poder implícitas en tales condiciones.

## **LA INTERVENCION DEL ESTADO**

Han sido muchas las concepciones históricas en torno al Estado, su rol y configuraciones específicas. Suele identificarse la existencia del Estado con el advenimiento de los procesos civilizatorios, pero en la modernidad cobran forma configuraciones estatales complejas en las cuales se destacan como características centrales la gestión soberana de las decisiones a cargo de un cuerpo de políticos y administradores que ejercen poder sobre la población que vive en un territorio delimitado (situación que en la modernidad occidental configurará un tipo particular, el Estado-Nación) (Bourdieu, P. 2015).

A lo largo de la historia, el Estado ha atravesado diferentes etapas en lo relativo a su mayor o menor grado de intervención sobre las relaciones sociales y económicas. Al Estado "gendarme", producto del modelo económico liberal imperante hasta las primeras décadas del siglo XX, le sucede a partir de los años `30 el denominado *Estado de bienestar* o *Estado Providencia* (Rosanvallon, P.1999), que se caracterizó por una fuerte intervención de las áreas de gobierno sobre la economía para contrarrestar las crisis cíclicas del capitalismo industrial y por la regulación de múltiples aspectos que conciernen a las condiciones de vida de los ciudadanos. El *Welfare State*, tal como se popularizó en su denominación anglosajona, se podría ver como un emergente histórico disruptivo, ya que aún sin salir del esquema capitalista típico le pone un freno a una de sus lógicas principales: la centralidad del mercado.

Este proceso histórico se configuró a través de durísimas luchas encarnadas por el movimiento obrero para lograr conquistas que finalmente se consagraron como derechos adquiridos, de difícil reversión en la medida que se institucionalizaron como leyes que comenzaron a proteger de los riesgos laborales y anticipaban mejor calidad de vida para la clase trabajadora. Los orígenes del Estado de Bienestar se ligan entonces con el conflicto de clases y la creciente organización de la clase trabajadora, como resultado de la lucha directa o a través de la representación en partidos de masas.

Al promediar la segunda guerra mundial (año 1942) se da a conocer el *Informe Beveridge*, que actuó como herramienta de presión en la opinión pública inglesa para que los dirigentes adopten medidas urgentes que permitieran revertir el “*desempleo masivo, la incapacidad de la población para sufragar la asistencia de salud y la pobreza originada por las enfermedades, la viudez y la vejez*” (Pérgola, F. 2004). Este Informe se difundió rápidamente por todo el mundo y presionó para que los estados occidentales adoptaran soluciones urgentes ante la apremiante *cuestión social* que era el saldo de seis años de sangriento conflicto mundial.

De la mano del recientemente consolidado Estado de Bienestar se implanta una nueva concepción cuyos pilares fueron, además de la existencia de un sistema de seguro contributivo y compulsivo, la prestación de contribuciones y beneficios de valores fijos de carácter universal (al nivel de la subsistencia económica) y la suplementación de este mínimo por el ahorro voluntario.

En Inglaterra se expresaron a través de la ley de Educación, la ley del Seguro Nacional y la ley del Servicio Nacional de Salud. Este país colocó así las bases institucionales de lo que sería considerado entonces el sistema social más avanzado del mundo, cuya estructura básica persiste hasta la actualidad. En el caso del *Servicio Nacional de Salud inglés* se basaba en la idea de que las personas que convivían en un determinado territorio (y, en cuanto tal, por su condición de ciudadanía) tenían derecho a los servicios y las prestaciones de atención médica o sanitaria brindadas por el Estado nacional.

Para el caso específico de Inglaterra, Thomas Marshall (2007) formuló una tipología de los **derechos de ciudadanía**, descomponiendo la noción general en tres componentes constitutivos, que se correspondieron con la creación de instituciones públicas responsables de garantizar su vigencia.

Los **derechos civiles**, que se consolidan en el siglo XVIII y que se manifiestan, por ejemplo, en disponer de libertad individual para movilizarse, para expresarse, para albergar creencias o de culto religioso, derecho a la propiedad y a establecer contratos válidos, derecho a la justicia. Suelen calificarse también como derechos negativos, porque se basan en el supuesto de que el Estado no interfiera en la realización de aquellas acciones que, al no afectar los derechos de terceros, se hallan reservadas a la conciencia privada y descansan en el arbitrio individual.

Los **derechos políticos**, que se consolidan en el siglo XIX, y comprenden el ejercicio y/o disputa por el poder político, a través de la participación en un organismo investido

de autoridad política (ej: Partido) con aspiración a disputar cargos electivos mediante distintos procedimientos de legitimación popular o como elector de los miembros de tal organismo.

Los **derechos sociales**, que se consolidan en el siglo XX, y comprenden todos aquellos que oscilan desde el derecho a un mínimo de bienestar económico y seguridad hasta el derecho de participar por completo en la vida social conforme a los patrones predominantes. Suelen calificarse como derechos positivos, porque obligan a que el Estado preste y/o asegure determinados servicios a la población.

Todas estas ideas se combinaban en un nuevo patrón colectivista de abordaje de la cuestión social, en el cual la solidaridad nacional no se movilizaría más en protección al pobre o al trabajador sino en atención al ciudadano. En este contexto mundial de crisis de hegemonía (la perspectiva de una revolución comunista continuaba siendo una alternativa inminente tras la segunda guerra mundial), el liberalismo burgués logró sostenerse al precio de abandonar parcialmente el radicalismo individualista y liberal que lo fundamentó históricamente para ir introduciendo valores de orientación más igualitaria y solidaria (Fleury, S. op.cit.).

Cabe señalar además que en las últimas décadas emergieron planteos que reivindican los derechos de aquellos colectivos sociales vulnerados y menoscabados a lo largo de la historia por factores sociopolíticos (discriminación de género, por identidad sexual, por la pertenencia a pueblos originarios, por tratarse de comunidades pobres y/o marginadas incluso en el espacio territorial). Estos nuevos derechos, que engloban aspectos identitarios y cuyos actores colectivos reivindican muchas veces como emblema aquello que se constituía en fuente de estigmatización, suelen denominarse como derechos de cuarta generación.

Retornando al tema de los sistemas de aseguramiento, las dos modalidades mencionadas (universal y corporativa) no se implantaron en los Estados Unidos, país que siempre impulsó una atención sanitaria sostenida y, al mismo tiempo reforzadora, del libre mercado. A lo largo de su historia, no logró constituirse allí una pauta de protección social que asegurase derechos para la ciudadanía ni bajo la cobertura universal pública ni a través de un modelo corporativo. La atención canalizada por el sector público se restringió a la que se proveía para colectivos sociales con alta vulnerabilidad social (ej: pobres y ancianos a través de los programas MEDICAID y MEDICARE respectivamente) mientras que la protección sanitaria para la población activa se tramitó mediante el aseguramiento privado de base corporativa –mediante arreglos empresariales- y/o por contribuciones individuales.

En Argentina la modalidad corporativa se consolida durante las primeras décadas del siglo XX, ya que asistimos a la multiplicación de instituciones por rama laboral, gestionadas por el aparato sindical y reguladas de forma incipiente por el Estado nacional. La cobertura se constituyó como parcial, el aporte fue desde el inicio compulsivo y compartido (entre empleados y empleadores), y se basaba en el principio de solidaridad. Otro tanto sucedía con las instituciones *de comunidad*, agrupadas en su mayoría por criterios de pertenencia étnica que se asociaban al país del que se había

emigrado, y que consagraron una modalidad de protección mutual que dio origen a numerosos establecimientos asistenciales (ej: Hospital Británico, Hospital Italiano, Hospital Español, etc.), los cuales se instalaron en las principales metrópolis del país.

La tendencia *universalizante* se encarna durante la primera presidencia de Perón a través de la obra desarrollada por el Ministro Carrillo, sumando e integrando a las modalidades corporativas preexistentes, condicionando de hecho a situaciones de doble cobertura o, aún más, de *triple cobertura*, para el caso de un sujeto que se hallaba cubierto por el Estado, la Seguridad Social y alguna otra forma de protección mutual.

Si bien se trató de una cobertura universal, no se registran históricamente antecedentes de una *canasta básica de prestaciones* unificada y consensuada como tal para que los sujetos se hallaran informados cabalmente acerca de qué derechos les correspondían, y tampoco existía una nominalización de la población a cargo, procedimiento de gestión que se implementaría lentamente y que se trasladaría al sector público, independientemente de las distintas modalidades de política social que este llevara adelante (ej: residual, corporativa, universal).

## **LA REFORMA SANITARIA**

La reforma de los sistemas de salud se inscribió en el marco más general de los procesos de reforma del estado iniciado en todo el mundo a principios de la década de los 80, y que en la Argentina se despliega durante los años '90. Bajo el supuesto generalizado de ineficiencia del Estado en el manejo de las cuestiones públicas el modelo neoliberal, encarnado en los organismos multilaterales de crédito y los organismos financieros internacionales, impregnó con su influencia la conducción estratégica de los gobiernos nacionales.

En la década de los años 70, hegemonizada a nivel mundial por la administración republicana en los EEUU (reaganismo) y conservadora en Gran Bretaña (thatcherismo), el capitalismo entró en una fase de crisis que numerosos historiadores vinculan con las secuelas que devienen de la *crisis del petróleo* (Bauman, Z; Bordoni, C. 2016) en la cual se pone en cuestión la sustentabilidad económica y fiscal del Estado, y comienza a verificarse un cambio en la dirección de las políticas públicas.

Consecuentemente, se propició y lideró una progresiva *desregulación*, que un ajuste general del gasto público y, como señalaría Pierre Bourdieu (1999), una suerte de *dimisión* del Estado en relación al rol histórico que en las últimas décadas había desempeñado.

Varios factores concurrieron a esta crisis o mutación:

- a) Los cambios demográficos, expresados a través del proceso de envejecimiento poblacional

- b) La ampliación de coberturas
- c) La innovación tecnológica, que encarecía enormemente los costos de la atención médica
- d) Los costos burocráticos cada vez más crecientes y difíciles de afrontar
- e) Las expectativas psicosociales a recibir atención sanitaria ante situaciones que quebrantaban la salud personal

Conforme se hace preeminente la crisis fiscal y se consolida como hegemónica la visión neoliberal se produce un replanteo profundo del rol del Estado, en particular su relación con la sociedad, su tamaño y su grado de intervención en la economía. Durante este proceso se ponen también en cuestión la legitimidad del Estado de Bienestar, que había marcado su hegemonía durante la segunda mitad del siglo XX.

Así lo expresa un Documento conjunto elaborado por diversas agencias internacionales *"La reforma sectorial es un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias del sector salud, sus relaciones y las funciones que llevan a cabo, con el propósito de aumentar la equidad de sus beneficios, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus prestaciones para la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de un proceso dinámico, complejo e intencionado realizado durante un período determinado de tiempo y a partir de coyunturas que lo justifican y lo viabilizan"* (BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS/OMS, UNFPA, UNICEF y USAID 1995. Pág.6.). Debe tenerse presente la retórica dominante de este discurso, que se verá retomado en la actualidad a través de la formulación del proyecto sobre la cobertura universal de salud.

En el caso específico de las políticas de salud, las medidas implementadas tenían como objetivo explícito transformar las reglas de juego que ligaban a las instituciones que históricamente conformaron el campo de la atención sanitaria bajo el supuesto de que ello produciría una mejora en los niveles de eficacia, eficiencia, equidad y calidad en las prestaciones (Belmartino, S.1999). Así como en la década del '70 las políticas de salud estuvieron orientadas al crecimiento de la oferta de servicios mediante incorporación de tecnología y especialización de la atención, durante la década del '80 se impone la necesidad de contener los costos crecientes y, de acuerdo a la retórica discursiva expresada por sus principales agentes, *mejorar la eficiencia y la cobertura poblacional*.

La tendencia más acusada que se ha ido planteando desde hace aproximadamente una década es la creciente incorporación de actores provenientes del ámbito financiero, quienes han centrado el interés en un sector que resulta, bajo ciertas condiciones, un área atractiva para la inversión económica y la obtención de rentabilidad. Entre los agentes financieros cuya presencia se destaca como novedosa están los representantes de la banca internacional, el mercado asegurador y los administradores de redes o gerencadoras que cobran de la entidad aseguradora un monto capitado y subcontratan a su vez prestadores a los cuales les pagan por prestación.

Coincidentemente, en ese mismo periodo los organismos internacionales en la materia tales como la Organización Panamericana de la Salud o la Organización Mundial de la Salud, encargados de formular los lineamientos generales de políticas públicas de salud asisten a una declinación de su hegemonía, iniciando los organismos financieros internacionales su periodo de influencia sobre el sector.

Un indicador sintomático de dicha situación han sido los variados documentos publicados por organismos de crédito internacional, que procuraban constituirse en la fuente rectora de las políticas de salud, tales como el *Informe Anual del Banco Mundial* del año 1993 cuyo título fue *Invertir en Salud* (Banco Mundial. 1993) Allí se proponen orientaciones para la reforma del sector salud, fundamentalmente para los países en vías de desarrollo, y se proponen medidas tales como la racionalización de prestaciones según un esquema de prioridades, la fijación de un paquete de prestaciones mínimas o básicas para poblaciones focalizadas, el incentivo a la competencia, la descentralización de servicios, entre otras. Como ejemplo de esta transformación vale mencionar la reunión especial sobre reforma del sector salud realizada en Washington en el año 1995 y que fuera convocada por los siguientes organismos: BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS/OMS, UNFPA, UNICEF y USAID (BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS/OMS, UNFPA, UNICEF y USAID. 1995).

Si bien existen evidencias de que los sistemas de salud se organizan en función de pautas históricas, políticas y culturales que le otorgan una cierta especificidad nacional, cabe señalar que la reforma sectorial se basó en un enfoque homogéneo a nivel mundial, difundido por sus principales voceros, pudiendo observarse una serie de tendencias generales, sostenidas y promovidas por la acción de expertos, asesores y funcionarios que se desempeñaban en la órbita del Estado, las organizaciones sociales y/o los organismos mundiales dedicados a la asistencia sanitaria o financiera.

Al cabo de aproximadamente dos décadas, cabe señalar que la reforma del sector salud presentó resultados altamente dispares, si bien conservando algunos lineamientos estratégicos que resultaron centrales.

Aún con el firme propósito gubernamental de iniciar las reformas, éstas resultaron siendo parciales y se caracterizaron por un proceso de avances y retrocesos en su implementación, como resultado de la presión ejercida por los principales actores sectoriales sobre las autoridades gubernamentales, según la órbita de los intereses en cuestión.

También cabe decir que en la agenda se había incluido fundamentalmente a uno de los subsectores del sistema de salud (la Seguridad Social) a través de las medidas de desregulación (Castro, B; Casal, A; de Lellis, M. 2007), y que el carácter federal del país imponía una diversidad de rumbos, aún cuando se mantuviera la tendencia general planteada por el proceso de reforma.

En síntesis, para el caso de Argentina es una opinión generalizada que las consecuencias de las políticas de reforma sectorial han producido profundas transformaciones de los mecanismos de previsión colectiva gestados históricamente, tales como:

- a) Fragmentación de las modalidades de aseguramiento, con crecientes niveles de inequidad social;
- b) Transferencia del riesgo a los sujetos, a quienes se responsabiliza en la producción de los riesgos como en la adopción de comportamientos (por ejemplo, en la planificación de los ahorros) que les permita contar con formas de aseguramiento ante las contingencias del enfermar,
- c) Baja capacidad regulatoria de la autoridad estatal, amenazada por la fragmentación y la carencia de recursos humanos calificados para las funciones emergentes en el nuevo contexto sanitario;
- d) Escasas oportunidades de participación ciudadana, que han impedido avanzar en la democratización de las instituciones y las propias instancias de regulación.

## **ASEGURAMIENTO DE LA SALUD**

Un seguro de salud protege a las personas ante la contingencia de la enfermedad mediante el acceso a servicios de salud de diferente naturaleza, basando el contrato para otorgar las prestaciones pautadas en el pago periódico de una cuota de dinero.

Las funciones de aseguramiento que se derivan del vínculo institucional entre beneficiarios e instituciones aseguradoras son las siguientes:

- a) Carácter voluntario o compulsivo de los aportes
- b) Fuente de financiamiento basada en el aporte periódico del asegurado
- c) Criterios actuariales fundados en la epidemiología clínica y, fundamentalmente, en investigaciones demográficas o de carácter poblacional para el cálculo del monto del financiamiento
- d) Cobertura objeto de aseguramiento, con definición de las prestaciones o servicios incluidos en el beneficio.

De acuerdo con esta concepción, el riesgo de enfermar debe tratarse de manera análoga a la cobertura de un siniestro: el usuario paga una prima y en caso de enfermedad la entidad restituye en forma total o parcial el gasto que demanda la atención, o bien ofrece las prestaciones contratadas oportunamente. De hecho el seguro no garantiza la salud sino el acceso a una amplia gama de servicios asistenciales (médicos, psicológicos, odontológicos, kinésicos) para hacer frente a la dolencia y/o a la enfermedad.

Respecto del aseguramiento, tres son los conceptos fundamentales que cabe diferenciar sobre este tema en particular para analizar más en profundidad los aspectos normativos y fácticos: cobertura (por ej: prestacional), acceso y accesibilidad.

Según Rubio Cebrián (2000), *cobertura* se define como: "Aseguramiento o garantía ante una situación o posición de riesgo en los términos establecidos por el seguro, que da origen a una transferencia financiera o a una prestación" (pág. 90) y señala más adelante que "en los sistemas financiados mediante impuestos la cobertura sanitaria es universal, en los financiados por cotizaciones sociales la cobertura es parcial y en los financiados de forma privada la cobertura es función de la capacidad de pago de cada individuo" (pág. 91). Pero más allá de las propiedades específicas contenidas en cada sistema de aseguramiento, la cobertura designa un procedimiento virtual que suele figurar de modo explícito en la letra de los contratos para determinar derechos del beneficiario y obligaciones del asegurador, el **acceso** y la **accesibilidad** nos permiten describir los procesos de utilización real y efectiva que concretarían dicho aseguramiento.

El concepto de **acceso** puede comprenderse como las condiciones y los medios a través de los cuales se organiza la distribución de los bienes y servicios que se enmarcan en el conjunto de prestaciones cubiertas por el sistema de aseguramiento: por ejemplo, cantidad y localización de farmacias en las cuales pueden adquirirse los medicamentos con los descuentos previstos, domicilio y turnos de todos los profesionales que componen la cartilla de prestadores asistenciales (ej: profesionales médicos, odontólogos, psicólogos, sistema de emergencias, clínicas y sanatorios por rama de especialidad). La importancia de la localización y la disponibilidad horaria (tanto de farmacias como de instituciones prestadoras de servicios) resulta fundamental, ya que pueden constituirse en limitantes o facilitadores de la accesibilidad real y efectiva a los servicios que figuran en la cobertura prestacional.

La **accesibilidad** intenta medir "la oportunidad que tienen los ciudadanos de recibir sin trabas u obstáculos los servicios demandados en función de sus condiciones nosológicas o estado de salud en el momento y lugar en que lo necesiten, en suficiente cantidad y a un costo razonable" (Rubio Cebrián, op.cit. pág. 6), o bien e como "la facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos de forma equitativa por la población, en relación con barreras de diversa índole".(Hamilton, 2001). Como puede desprenderse de tal definición, la accesibilidad es un constructo complejo que puede analizarse considerando las distintas dimensiones intervinientes en la utilización real y efectiva de los servicios, y que incluye como uno de sus componentes centrales los aspectos simbólicos o culturales. Estos se expresan en el grado de encuentro (o desencuentro) real y efectivo entre quienes demandan y proveen asistencia, e incluyen la capacidad de comprender y/o aceptar, en base al sistema de creencias en el que la persona se ha socializado, las prescripciones o recomendaciones establecidas por un servicio de salud.

La teoría del **aseguramiento sanitario** se apoya por un lado en el principio de la incertidumbre y en la dificultad para predecir la ocurrencia de los eventos relacionados con la enfermedad. Desde el derecho se afirma que la incertidumbre se produce por su carácter aleatorio en la vida de los individuos. Sin embargo el carácter aleatorio no se plantea de manera absoluta, en la medida en que tanto la salud (en términos positivos) como la enfermedad, es un estado relativo sujeto a factores de múltiple

orden (biológicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos, políticos, etc.) y necesariamente complejo, pero no absolutamente impredecible.

El modelo teórico del comportamiento que da sustento a la teoría del aseguramiento, poco cercano a las lógicas prácticas a través de las cuales el sujeto debe afrontar las demandas de su existencia, se basa en una de las tantas concepciones del hombre existentes, que es sin lugar a dudas tributaria de la que sostuvo el pensamiento occidental a partir del racionalismo cartesiano.

Se trata de un hombre que funda su existencia en el cálculo racional, y del cual se deriva la teoría de la elección racional en la toma de decisiones (Pfeffer, 1992), uno de cuyos presupuestos principales es que la contratación de servicios de salud rara vez se hace frente a la enfermedad, puesto que en estas circunstancias el individuo no está en condiciones de decidir o carece de los recursos necesarios para afrontar una situación a menudo descrita como *catastrófica*.

Esta interpretación de los comportamientos humanos no puede dejar de encuadrarse socio-históricamente y aplicarse a la circunstancia específica de cada sujeto. Para aquellos sujetos que viven en condición de pobreza, la necesidad de adherirse a un seguro está justificada en el hecho de que frente a los enormes costos que tiene la atención médica, es probable que frente a la ocurrencia de una enfermedad la persona no puede solventar todos los gastos necesarios en la medida que su renta será insuficiente.

Es decir, no se trata de una cuestión de lograr la mayor regularidad y estabilidad de los ingresos y la renta sino de algo más ligado a las condiciones básicas de subsistencia: obtener por medio del aseguramiento colectivo la garantía de la atención más allá de las reales posibilidades financieras existentes al momento de acontecer la enfermedad. Por eso es que a lo largo de la historia las organizaciones de la sociedad civil o bien el Estado han intervenido desde una lógica colectiva favoreciendo la creación de dispositivos de solidaridad (cajas compensatorias, ayuda mutualizada, seguros sociales de carácter voluntario o compulsivo) para que el riesgo quede absorbido entre todos los individuos que integran un colectivo poblacional.

Pierre Rosanvallon (1999), quien efectúa una relectura de la teoría rawlsiana de la justicia y la aplica a los sistemas de aseguramiento público, señala que lo que está en precisamente en crisis es el dispositivo de solidaridad que organizó la protección social durante aproximadamente un siglo, a partir de una serie de cuestiones que él señala en sus trabajos y que es oportuno revisar:

a) La complejización de los sistemas de información epidemiológicos y demográficos que investigan las características de los distintos grupos poblacionales ha permitido reducir enormemente la incertidumbre y desgarrar el *velo de ignorancia* que obraba en el proceso de aseguramiento colectivo: hoy los aseguradores pueden contar con información precisa y fiable en torno a quiénes tienen más riesgo de padecer una enfermedad y, por lo tanto, pueden condicionar la decisión de asegurar o no a cada uno de los sujetos. "*Allí donde no se veía más que lo aleatorio, la mala suerte, la investigación genética de base poblacional revela causas orgánicas previsibles*"( pág.

33); Esto produce un riesgo de aumentar la inequidad, pues quienes más necesidades tienen de recibir aseguramiento menos chances efectivas pueden hallar de ser asegurados colectivamente, ya que en razón de argumentos de viabilidad financiera se los excluye directamente o se le fijan primas diferenciales cuyo costo es inaccesible para el sujeto individual.

b) Los efectos de la **revolución demográfica**, pues al incrementarse exponencialmente la cantidad de personas en situación pasiva aumenta la dependencia demográfica respecto de la población activa y genera un impacto enorme sobre los costos y oportunidades de aseguramiento, ya que el promedio de consumo de servicios entre los 20 y los 60 años es aproximadamente un tercio de lo que representa el consumo de las personas mayores de 80 años. Al menos en los países desarrollados, los adultos mayores perciben los beneficios más elevados de la historia y un nivel de cuidados sociosanitario sin precedentes, mientras los adultos jóvenes soportan altos niveles de desempleo y la tasa más elevada de gravámenes impositivos para sostener los regímenes previsionales que se asignan a la protección de quienes se han retirado de la vida activa;

c) La noción de **riesgo personalizado o individualizado** ha cambiado de escala con la emergencia del denominado *riesgo catastrófico*, que se expresa, por ejemplo, en la ocurrencia de catástrofes o desastres naturales (ej: inundaciones, terremotos) o bien accidentes tecnológicos mayores (ej: derrame de humo tóxico, cianuro producido por la explotación de minería a cielo abierto, escapes radiactivos). En tales situaciones, que incumben a poblaciones enteras y no a subgrupos específicos de la misma, la socialización de los riesgos que llevaba adelante el seguro tradicional deja de ser efectiva y requieren mecanismos de atención y cobertura que deben ser diferentes porque comprometen por entero la supervivencia de la comunidad.

d) El proceso de responsabilización o **culpabilización de la víctima** (blaming the victim), que recentra en el sujeto la responsabilidad por su condición de riesgo: así es cómo (con la aparición del SIDA y la restauración conservadora) se ha entendido en los países anglosajones conceptos tales como el de *estilos individuales de vida o riesgos autogenerados*, a partir de los cuales se ubica reduccionistamente a la dimensión conductual como un determinante único que explica el proceso de enfermar o de morir, omitiendo todo análisis y consideración de los contextos (familiares, culturales, sociales, históricos) que permitirían explicar la distribución colectiva de los riesgos en los distintos subgrupos poblacionales.

## **SEGURO UNIVERSAL DE SALUD: ANTECEDENTES E INICIATIVAS**

Argentina es un país que presenta un sistema mixto de cobertura por diversas razones socio-históricas que es oportuno reconsiderar: la protección social de sus trabajadores se hizo de modo corporativo hacia comienzos del siglo XIX y al calor de las fuertes

oleadas migratorias (por influjo de las agrupaciones sociales de izquierda, luego peronistas), se expande más tarde la obra pública en el primer y segundo gobierno de Perón por la acción de Carrillo quien se inspira en el sistema de salud inglés y, hacia fines de los años 60 en adelante, ve expandir la oferta de aseguramiento por los seguros privados (medicina prepaga) que siguen formas de financiamiento y gestión similares a las HMO implantadas en los EEUU.

Este desarrollo fragmentado de los distintos subsectores produjo serias deficiencias y amenazó desde sus inicios el cumplimiento de los objetivos de eficacia y equidad en la atención sanitaria.

En Argentina hubo sucesivos intentos de reforma tendientes a la instauración de un seguro universal de salud.

Sin embargo, cabe establecer una diferencia entre dos grandes orientaciones:

- a) Aquella que puede fecharse en el período democrático previo al Golpe y el llamado de "transición democrática" entre 1983 y 1989;
- b) Aquella otra que corresponde al período 1990 en adelante, siendo ésta la reforma que incorporó la mayoría de los lineamientos establecidos internacionalmente para las mismas.

Periodizaremos brevemente entonces los antecedentes de iniciativas relativas al Seguro Universal de Salud.

### **Período 1973-1976:**

Durante el gobierno de Cámpora (año 1973), se propone un proyecto de creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que ubicaba como eje central organizador del sistema al Hospital público.

El Sistema Nacional Integrado de Salud fue aprobado en el año 1974. En sus fundamentos declara la salud como derecho básico de todos los habitantes de la República Argentina y al Estado Nacional como responsable de hacer efectivo ese derecho como "*financiador y garante económico en la dirección de un sistema que será único e igualitario para todos los argentinos*".

La propuesta básica se vinculaba entonces con la integración y coordinación de las políticas de salud que vinculara a los prestadores públicos, privados y semipúblicos (de las Obras sociales).

El régimen propuesto se aplicaba de forma obligatoria a los establecimientos emplazados en las jurisdicciones territoriales que estaban bajo mandato federal: Ciudad de Buenos Aires y Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur; mientras que para las provincias y los establecimientos privados y semipúblicos se preveían la firma de contratos de adhesión.

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 médicos a la actividad hospitalaria) impidió expandir el proyecto hacia otras jurisdicciones.

### **Período 1983-1989**

Durante el gobierno de Alfonsín el Ejecutivo promueve la sanción de las Leyes 23660 y 23.661 del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Esta última tuvo como mentor al Dr. Aldo Neri, y se planteaba como un seguro social dentro del marco de una concepción integradora del sector salud donde la autoridad pública afirmaría su papel de conducción general del sistema y las obras sociales consolidarían su participación en la gestión directa de las acciones.

Entre los supuestos fundamentales se hallaba que el derecho a la salud sólo se lograría si se podía garantizar el acceso a prestaciones igualitarias de salud, las cuales resultaban posibles si primaba el criterio de universalidad. Es decir, se pretendía pasar de un criterio de redistribución en el que primaba la solidaridad grupal a otro en el que primaría la solidaridad universal.

El diseño del sistema de obras sociales (establecido por la ley 23.660), no presentó grandes diferencias respecto a la ley 18.610 de 1970. La nueva legislación mantenía a la totalidad de obras sociales existentes como agentes prestadores del sistema con la diferencia de que las obras sociales estaban sujetas a un marco regulatorio más amplio por el hecho de ser también agentes del Seguro Nacional de Salud. Por otra parte, se mantuvo la obligatoriedad de la afiliación al sistema para los trabajadores en relación de dependencia aunque eliminando la cláusula de adhesión obligatoria a la obra social de la rama de actividad en la que se desempeñe el trabajador, es decir la pertenencia como trabajador a una rama de actividad no presuponía linealmente que se asegurase en la obra social en la que tradicionalmente había realizado los aportes. A diferencia de la ley 18.610, al definir a la población que tendrá derecho al goce de las prestaciones se hace referencia a "*los trabajadores que prestan servicios en relación de dependencia*" en su conjunto; desligando, de esta manera, la identidad prevaleciente en Argentina desde la conformación del sistema de obras sociales entre la actividad en que se desempeñaba el trabajador y la obra social del que era beneficiario.

La ley 23.661 incorporó el Sistema de Obras Sociales dentro de un Sistema Nacional de Seguro de Salud. Por una parte, los prestadores naturales del sistema eran las obras sociales, a las que se le podrían sumar nuevos agentes. Por otra, los recursos del seguro comprendían los ingresos de las obras sociales pero manteniendo, para la asignación de los mismos, su independencia del resto de los ingresos. A pesar de que el seguro comprendía a la población del país en su conjunto, en el tratamiento de los recursos se diferenciaban las fuentes para cada grupo beneficiario: trabajadores en relación de dependencia, sus familiares y los pasivos, por un lado, y las personas carentes de recursos, por el otro, conformando dos subsistemas independientes.

En materia de federalismo, la ley promovía la progresiva descentralización del seguro mediante la firma de convenios. El papel del gobierno nacional, entonces, era el de conductor mediante el diseño de las políticas de salud, quedando reservado a las provincias y Ciudad de Buenos Aires la operación del sistema. La incorporación de la población de bajos recursos quedaría a cargo de manera conjunta de los presupuestos nacional y de las provincias adheridas al Seguro Nacional.

Merecen especial atención, las definiciones de equidad contenidas en la ley 23.661. Entre sus objetivos figuran: "procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica". Su segundo artículo afirma que el acceso del derecho a la salud implica prestaciones de salud "igualitarias, integrales y humanizadas" que son posibles en base a un criterio de justicia distributiva.

A su vez, teniendo en cuenta la existencia de múltiples agentes del seguro, establece la obligación por parte de cada uno de ellos a brindar un programa de prestaciones obligatorias definidas por la ANSSAL y actualizadas periódicamente. Debían también asegurar la cobertura de medicamentos que las aludidas prestaciones requerían.

La redistribución de recursos resultantes de este cuerpo legal, en consecuencia, hubiera dependido de aspectos muy importantes a ser resueltos en legislación complementaria y su reglamentación. El gobierno que impulsó el seguro dejó inconclusa la tarea. Sin embargo, el cuerpo legal quedó y permitió las reformas de los años noventa que, como se verá, no respetaron las definiciones originales contenidas en la ley 23.661.

Respecto a las fuentes de financiamiento no hubo cambios sustanciales. Las prestaciones de los trabajadores activos continuaban siendo financiadas con recursos provenientes de cargas sobre la nómina salarial, con la presencia de un mecanismo redistributivo hacia las obras sociales con menores recursos del sistema a través del Fondo Solidario de Redistribución. Otro mecanismo redistributivo estaba constituido por los aportes y contribuciones de los trabajadores activos destinados a la prestación de servicios para los pasivos. El PAMI también continuaba siendo financiado por aportes de los mismos jubilados y pensionados.

Por lo tanto, el Sistema de Obras Sociales mantenía su función de prestador de servicios de salud para los trabajadores en relación de dependencia, sus familiares y los pasivos, pero se eliminaba la organización por rama de actividad que obligaba a cada trabajador a afiliarse a la obra social correspondiente a su actividad. Los dos mecanismos de redistribución que continuaban vigentes en la lógica del nuevo sistema eran la redistribución de recursos de obras sociales "ricas" a "pobres" y de trabajadores activos a pasivos.

El período institucional 1983-1989 se caracterizó -entre otros aspectos- por la existencia de posiciones encontradas entre el Gobierno y el sector sindical. Prueba de ello fueron las dificultades que se le plantearon a la autoridad política para llevar adelante su proyecto de crear un Seguro Nacional de Salud que garantizara una

cobertura universal, incorporando al sistema a los indigentes y trabajadores autónomos.

Lo señalado impidió que el proyecto gubernamental en la materia fuera aprobado con la concepción técnica original y que fuera objeto de prolongadas negociaciones en sede parlamentaria. Como resultado de las mismas, el marco legal que en definitiva se sancionó sufrió numerosos agregados y amputaciones, que lo desvirtuaron en varios de sus aspectos.

Pero al momento de su implementación, esta iniciativa fracasa por la fuerte resistencia de los grupos sindicales, que no quieren resignar el manejo y gestión de los fondos aportados por los afiliados, prevista por la norma. El proyecto de 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, S; Bloch, C. 1994).

Ambas leyes, 23.660 23.661, se encuentren técnicamente vigentes, en la práctica sólo ha tenido una aplicación parcial la ley 23.660. En tanto no haber alcanzado su objetivo, el Seguro Nacional de Salud se convirtió en *letra muerta y sus postulados* naufragaron con el impulso de nuevas orientaciones, lejos de la filosofía que animó a las anteriores propuestas sanitarias.

### **Período 1989-1999**

El Ejecutivo se propone la Reforma del Sector Salud, como una parte de lo que se dio en llamar la Reforma del Estado, cuyos ejes centrales en políticas públicas de corte social eran: a) la privatización, b) la focalización; c) La descentralización; d) la desregulación.

La propuesta impulsada por el Poder Ejecutivo era la integración del subsector de obras sociales y de las entidades de medicina prepaga en base a un mecanismo que se denominó de *competencia regulada* basado en la libre elección de la entidad aseguradora por parte del afiliado o cliente.

A partir de los año 90 y de manera expresa, entonces, el gobierno implementó un cambio gradual y paulatino gestado básicamente desde el Poder Ejecutivo cuyas orientaciones han sido: a) De la centralización a la descentralización; b) Introducción de mecanismos de competencia al interior de los sistemas; c) Fijación de un paquete de prestaciones mínimas o básicas; d) Privatización y tercerización de servicios.

En 1991 se comenzó a desarrollar otro escenario en el sector salud, caracterizado por el aumento de la participación del subsector privado en algunos de sus componentes, las dificultades financieras y de control de las obras sociales, los problemas de financiamiento del subsector público y los costos crecientes de la atención de la salud.

En 1992 se produjo la formulación de las políticas de salud, cuyos objetivos fundamentales estaban orientados a preservar el derecho a la salud para la población, al mejoramiento de la atención, al fortalecimiento de las acciones de promoción y protección de la salud y prevención de la enfermedad y a la reorientación de los procesos de federalización y descentralización.

En este marco el gobierno impulsó la desregulación, para facilitar la competencia entre las obras sociales y con las empresas de medicina prepaga (para lo que debió iniciarse la regulación de estas últimas), estimular la elección por parte de los afiliados de la obra social y garantizar que toda las obras sociales brindaran una cobertura obligatoria que incluyera las principales prestaciones (ej: diagnóstico y tratamientos).

Algunas medidas administrativas y legislativas específicas de este período han sido las siguientes.

- a. Implementación del régimen de libertad de elección para los afiliados a las obras sociales sindicales (Decretos 1141/96; 1142/96; 1560/96; 84/97; 206/97).
- b. Aseguramiento de un conjunto de prestaciones básicas que deben brindar todos los agentes del seguro mediante la aprobación del Programa Médico Obligatorio (Decreto Nro. 492/95 y Resolución N° 247/96 del Ministerio de Salud y Acción Social).
- c. Aprobación del Régimen de Autogestión para los Hospitales Públicos Nacionales (Decreto del PEN N° 578/93).
- d. Creación de la Superintendencia de Servicios de Salud (Decreto PEN N° 1615/96, que dispuso la fusión de la ANSSAL, del INOS y la DINOS).
- e. Formulación de un marco regulatorio para los seguros privados de salud (Proyectos de ley presentados en ambas Cámaras legislativas).

Tales reformas fracasaron por la fuerte resistencia interna del sector salud y de los grupos gremiales.

### ***Período 2000-2001***

Durante este período, gobernado por la Alianza electoral que llevó a la presidencia a Fernando de la Rúa, se continuó con las políticas aperturistas y desregulatorias que signaron el período precedente.

Los principales hitos de la gestión dan cuenta de esta línea de continuidad, tales como:

- a. Decreto 455/2001 de reconversión del PAMI
- b. Reforma del Fondo Solidario de Redistribución

- c. Creación del Programa Médicos de Cabecera
- d. Decreto 446/00 para entrada en vigencia de la desregulación de las Obras Sociales, que incorpora a las entidades de medicina prepaga como agentes del Seguro Nacional de Salud.
- e. Resolución 939/00 de modificación del Programa Médico Obligatorio
- f. Decreto 939/00 de modificación del Hospital Público de Autogestión

Tras abandonar anticipadamente el transcurso de la gestión, el país ha vivido una de las crisis políticas y económicas más devastadoras de las últimas décadas. Los índices de morbilidad, desocupación, subocupación, pobreza, indigencia y desigualdad treparon a niveles insospechados para una nación que, durante toda su historia, fue identificada con la potencialidad de su capital humano, la fertilidad de su vasto territorio y las ventajas comparativas asociadas con la mayor disponibilidad de recursos naturales.

### ***Período 2001-2015***

En el orden de la política nacional, el Gobierno decretó la emergencia sanitaria (Decreto N° 426&02). Allí se definieron medidas tales como la creación de un programa nacional de universalización del acceso a medicamentos, la definición de las prestaciones básicas comprendidas en la emergencia sanitaria y la reasignación de créditos e insumos para financiar la compra de medicamentos e insumos médicos.

Es en ese marco que se produce un desplazamiento en las prioridades que conforman la agenda política sectorial: las iniciativas de reforma habían quedado sobrepasadas por los efectos de una crisis que ubicaba otros problemas de mayor urgencia y necesidad en la consideración pública, lo que había permitido unir las posiciones de los actores que confrontaron históricamente para dar su consenso a las mismas.

En este nuevo escenario se ubicó en primer plano la necesidad de fortalecer el papel rector del Estado en todas las áreas claves de la vida social que incluía la atención de la salud, y que se expresó en la redacción y suscripción por las provincias y la Nación Plan Federal de Salud. De allí entonces que se refuerza el rol de coordinación, regulación y rectoría del Estado Nacional y se fijan lineamientos políticos y programáticos a ser adoptados en todo el territorio del país.

Si bien la mejora en las condiciones macroeconómicas, la reducción del desempleo y un mayor financiamiento de las Obras Sociales produjo un mayor desahogo de los actores que hacia fines del milenio presionaron para que se decida la sanción del Decreto de Emergencia Sanitaria y el establecimiento de un PMOE (Programa Médico Obligatorio de Emergencia), no hubo grandes transformaciones estructurales en el sector de los servicios de salud.

La Ley 26.682, sancionada en el año 2011, denominada *Marco regulatorio de la medicina repaga* fue concebida como una norma sanitaria que permitiera establecer un marco de funcionamiento para las denominadas usualmente Empresas de Medicina Prepaga, con el objeto de proteger los derechos de sus usuarios, quienes hasta la sanción de la Ley sólo tenían abierta la vía judicial frente al incumplimiento de los contratos. En este sentido la regulación de las entidades es una instancia complementaria para garantizar que sus usuarios sean respetados en sus derechos, y que tales establecimientos puedan integrarse más plenamente como prestadores al sistema de servicios de salud.

En consonancia con la revalorización de lo público por sobre lo privado pueden identificarse durante el período un conjunto de leyes cuya orientación se basa en medidas que impactan sobre la salud pública y el acceso a derechos de ciertos subgrupos tradicionalmente excluidos de la protección social (de Lellis, M. 2015).

La creación de institutos públicos, el apoyo a laboratorios públicos mediante subsidios, la obligación de expender el medicamento por su droga terapéutica y no por la marca comercial, la ley nacional de salud mental, la Ley que garantiza el Derecho de la madre y del recién nacido a un parto humanizado la Ley de Derechos del Paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud y la Ley de Protección integral de los derechos de los niños, niñas y adolescentes son ejemplos de esta clase de normativas, que se han constituido como relevantes en el último período de gobierno.

### **Período 2015-2016**

El gobierno elegido democráticamente en el año 2015 introduce un proyecto, la Cobertura Universal de SALUD (CUS), que puede arrastrar viejas ideas de aseguramiento pero revestidas en ropajes nuevos.

Por ello la importancia de analizar el contenido y las posibles derivaciones asociadas a la implementación del Decreto desde una perspectiva histórica que permita relevar las lecciones de la experiencia, tanto de la región latinoamericana como del país.

Como hemos señalado en el capítulo anterior, las situaciones de *competencia regulada* implican que distintas instituciones financiadoras o prestadoras (privadas, semipúblicas y/o públicas) aspiren brindar cobertura para similares poblaciones, con lo cual pueden suceder distintas consecuencias indeseables, en términos del coste económico y sanitario que ello representa:

- a) Pueden dilapidarse recursos innecesarios, dictados por el afán de imponerse al competidor en la oferta de servicios y estimulando la oferta de servicios más rentables económicamente pero menos justificados desde el punto de vista sanitario (en términos, no de calidad de servicios sino de amenidades como la hotelería y la comida).

- b) Que los recursos continúen concentrándose en aquellas instituciones que disponen ya de más capacidades y pueden ofrecer servicios más atractivos pero para quienes puedan pagarlos, vulnerándose así el principio de equidad (menos recursos relativos para quienes más lo necesitan).
- c) Se puede exacerbar un enfoque sobremedicalizador e iatrogénico, en función de que se orienten las prestaciones hacia aquello que resulte más rentable y no aquello que sea más necesario. De hecho, la experiencia recogida en todo el mundo es que cuanto más se mercantiliza la atención sanitaria el sistema de atención más se orienta hacia la prestación de servicios curativos en detrimento de las acciones orientadas a la protección o promoción de la salud.

Otro aspecto importante a destacar es que, en virtud del carácter federal del sistema de gobierno adoptado constitucionalmente la atención de la salud no es una facultad delegada por las jurisdicciones al Estado nacional, lo cual añade complejidad al necesario proceso de coordinación entre cada una de las unidades políticas territoriales que intervienen en el diseño y la implementación de las políticas de salud.

A pesar de que el federalismo ha ocasionado problemas no resueltos de gestión, en el Decreto no se formulan precisiones respecto de cómo se adecuará la propuesta según las diversidades territoriales y los distintos contextos político-institucionales imperantes en cada jurisdicción, aspecto preocupante si consideramos que la prestación de servicios de salud sigue concretándose en el plano local.

Otro aspecto preocupante es que puede verse amenazado el acceso a medicamentos, ya que el Programa REMEDIAR desplegó una estrategia de distribución de medicamentos en los Centros de Atención Primaria del primer nivel, lo cual contribuyó a establecer una alta cobertura territorial, y ha permitido también la conformación de redes locales de servicios que se vieron impulsadas sinérgicamente por la inyección de recursos desde los niveles centrales y regionales. Al desplazarse los canales de distribución desde los Centros de Atención primaria a locales farmacéuticos sustituirse, se pueden introducir nuevas barreras para el acceso de los usuarios y cercenarse las oportunidades de urdir estrategias en red desde el primer nivel de atención.

Por último, cabe hacer una aclaración respecto de las prestaciones que deben ser cubiertas, ya que el patrón de referencia continúa siendo aquello que se halla incluido en el Programa Médico Obligatorio, que ha tenido sucesivos recortes desde el año 1999 hasta la fecha. En el presente Decreto no se aclara si lo que allí se establece es un techo o más bien un piso de derechos a la asistencia, habida cuenta de que para garantizar la función de aseguramiento deberán concurrir diferentes instituciones en roles alternativos de aseguradores, prestadores y/o financiadores.

## **COMENTARIO FINAL**

Más allá de la novedad sanitaria que el Poder Ejecutivo procuró transmitir a través de los anuncios y presentaciones oficiales, la Cobertura Universal de Salud es una iniciativa que reconoce múltiples antecedentes cercanos en el tiempo, en la mayoría de los casos abortados por la oposición de actores con fuerte capacidad de veto.

Al revisar las bases ideológicas que nutren esta propuesta observamos que reconoce continuidad con las iniciativas formuladas durante la década de los '90, en torno a favorecer la desregulación, descentralización y apertura a la competencia de públicos y privados en condiciones que, de no ser reguladas, pueden favorecer a los actores poderosos que se benefician de las condiciones del intercambio según las reglas del libre mercado más que la atención prioritaria de las necesidades sanitarias de la población.

El Seguro de Salud, por otro lado, se plantea como un dispositivo cuyo objetivo ha sido proteger a los sujetos de contingencias que amenazan su salud o su integridad psicofísica, pero está sometido en la actualidad a un conjunto de procesos que pueden erosionar sus fundamentos solidarios si no se actúa desde un poder público fuerte, con capacidades de implementar acciones cuyos efectos sean redistributivos y aseguren más protección para quienes más lo necesitan.

La implementación de esta iniciativa, que pone el derecho a la protección social nuevamente en cuestión plantean un camino abierto, ya que el decurso de los hechos dependerá del posicionamiento político de quienes integran, como actores principales, el campo de la atención sanitaria.

## **BIBLIOGRAFIA**

ALMEYDA, C. (2001). Reforma del Estado y reforma de sistemas de salud. Cuadernos Médico Sociales. 79. 27-58

BANCO MUNDIAL, (1993), Invertir en salud, Washington D.C.

BAUMAN, Z; BORDONI, C. (2016). Estado de crisis. Paidós. Buenos Aires.

BELMARTINO, S. (1999). Nuevas reglas de juego en la atención médica. Quién será el árbitro? Lugar. Buenos Aires.

BELMARTINO, S; BLOCH, C. (1994). El sector salud en Argentina: actores, conflicto de intereses y modelos organizativos. 1960-1985. Representación OPS/OMS. Buenos Aires.

BEVERIDGE, W. (1942). Social Insurance and Allied Services. London. Majestys Stationery Office.

BOURDIEU, P. (1999). La miseria del mundo. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.

- BOURDIEU, P. (2015). Sobre el Estado. Anagrama. Barcelona.
- BOURDIEU, P. (1987). Cosas dichas. GEDISA. Barcelona.
- CASTEL, R. (2004). La inseguridad social, Manantial. Buenos Aires.
- CASTRO, B., CASAL, A.; DE LELLIS, M. Medicina prepaga: políticas públicas y derecho a la salud. Editorial Proa XXI. 2007.
- CASTRO, B. (2009). 25 años de políticas de salud. En: OPP. Políticas públicas en democracia. Secretaría de la Gestión Pública. Buenos Aires.
- DE LELLIS, M. (2015). Perspectivas en salud pública y salud mental. Buenos Aires. Nuevos Tiempos.
- DE LELLIS, M.; CASTRO, B. CEDES/CONICET/Facultad de Ciencias Económicas UBA. "Medicina privada: políticas públicas y derecho a la salud". Publicado en Anales del V Jornadas Internacionales de Estado y Sociedad. Buenos Aires. Octubre de 2007.
- FIDALGO, M. (2008). Adiós al derecho a la salud? Espacio. Buenos Aires.
- FLEURY, S. (1997). Estado sin ciudadanos. Lugar. Buenos Aires.
- GONZÁLEZ GARCÍA, GINÉS, (1997), en: Políticas de salud en Argentina en los umbrales del siglo XXI, En: Medicina y Sociedad Vol.20 (1), págs.43-53.
- HAMILTON, G. (2001). Exclusión de la protección social en Salud en Argentina: Tres enfoques metodológicos - Publicado en: <http://www.isalud.org/documentacion> 10 de junio de 2003.
- JIMÉNEZ DOMÍNGUEZ, B.J. (2008). Subjetividad, participación e intervención comunitaria. Una visión crítica desde América Latina. Paidós. Buenos Aires.
- MARTIN -BARO, I. (1998). Hacia una psicología de la liberación. En: BLANCO, A. (comp.). Psicología de la liberación. Trotta. Madrid.
- MARSHALL, T.; BOTTOMORE, T. (2007). Ciudadanía y clase social. Alianza Editorial. Madrid.
- MERA, J. (1994). Privatización y desregulación en el sistema de salud. En: Sistemas y políticas de salud Tomo I. Los servicios de salud en Argentina. Fundación universitaria a Distancia Hernandarias. Buenos Aires.
- MERA, J. (1988). Política de salud en Argentina. La construcción del Seguro Nacional de Salud. Hachette. Buenos Aires.
- MUÑOZ, F. Y COLS, (2000). Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector salud ', en: Rev. Panam Salud Pública, Nro. 8 OPS, Washington D.C., págs. 126-134.
- NERI, A. (1983). Salud y política social. Hachette. Buenos Aires.

OSZLACK, O Y O'DONNELL, G., 1976, Estado y políticas sociales en América Latina. Hacia una estrategia de investigación, Documento CEDES/FLACSO, Buenos Aires.

PERGOLA, F. (2004). Historia de la salud social en Argentina. Superintendencia de Servicios de Salud. Buenos Aires.

PFEFFER, J. (1992). Organización y teoría de las organizaciones. Fondo de Cultura Económica. México.

ROSANVALLON, P. (1999). La nueva cuestión social. Manantial. Buenos Aires.

ROVERE, M. (2009). El derecho a la salud y la construcción de ciudadanía. Mimeo.

RUBIO CEBRIAN, S. (2000). Glosario de planificación y economía sanitaria. Díaz de Santos. Barcelona.

SAFORCADA, E. (2014). Política, salud y procesos de liberación. IT. Salud comunitaria y sociedad. Vol 3. Nº 3.