

VICENTE PASCUAL IERACE

LA LEY DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Un intento de superación
de la fragmentación



LA LEY DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

Un intento de superación
de la fragmentación

VICENTE PASCUAL IERACE

Ierace, Vicente Pascual

La ley del Sistema Nacional Integrado de Salud : un intento de superación de la fragmentación /
Vicente Pascual Ierace. - 1a ed. - Florencio Varela : Universidad Nacional Arturo Jauretche, 2022.
Libro digital, PDF/A

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-3679-71-1

1. Administración en Salud Pública. 2. Asignación de Recursos para la Atención de Salud. 3.
Derecho a la Salud. I. Título.
CDD 353.60982



Universidad Nacional Arturo Jauretche

Rector: **Dr. Arnaldo Medina**

Vicerrector: **Ing. Miguel Binstock**

Secretaría General: **Lic. María Teresa Poccioni**

Director del Instituto de Ciencias de la Salud: **Dr. Martín Silberman**

Coordinador Editorial: **Lic. Ernesto Salas**

Edición y notas: **Ernesto Salas**

Corrección de estilo: **Victoria Piñera**

Diseño interior y arte de tapa: **Yanina Capdepón**

Foto de tapa: Juan Domingo Perón y Ricardo Balbín, 13/11/1973.

Archivo General de la Nación, Dpto. Doc. Fotográficos. Buenos Aires. Argentina

1ª ed. digital, septiembre de 2022

© 2022, UNAJ

Av. Calchaquí 6200 (CP1888)

Florencio Varela Buenos Aires, Argentina

Tel.: +54 11 4275-6100

editorial@unaj.edu.ar

www.editorial.unaj.edu.ar

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11.723



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 2.5 Argentina (CC BY-NC-ND 2.5 AR)

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/>

PRÓLOGO

Liliana Rivas

En el año 2017 Vicente Ierace se encontraba en pleno proceso de ajustes y lecturas para el cierre de su tesis, cuyo tema era “La ley del Sistema Nacional Integrado de Salud, un intento de superación de la fragmentación del Sistema de Salud Argentino”. La muerte lo sorprendió en marzo del 2018 y ésta investigación, que preparaba para finalizar la Maestría en la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional de Buenos Aires, no pudo ser presentada.

A partir del nuevo escenario de pandemia y la oportunidad excepcional para repensar colectivamente el Sistema de Salud Argentino, como se nos propone en estos días a la sociedad, creímos oportuno compartir esta investigación como un aporte a la revisión necesaria de los intentos en nuestra historia de construir un sistema de salud más justo.

Este trabajo constituye un estudio minucioso de las leyes que dieron origen al “Sistema Nacional Integrado de Salud” y la “Carrera Sanitaria Nacional” implementadas en cuatro provincias argentinas: La Rioja, San Luis, Chaco y Formosa durante los años 1974 a 1978 durante el tercer gobierno peronista, leyes derogadas en 1979 por la dictadura cívico militar. Se presenta un análisis conceptual de variadas fuentes bibliográficas, documentales, legislaciones, testimonios de importantes figuras que protagonizaron este proceso, además de valiosos aportes de personalidades del sanitarismo que enriquecieron este trabajo. Vicente nos propone retomar esta experiencia válida para abordar en nuestros días la fragmentación existente en el sistema de salud argentino.

En nombre de sus hijas e hijos, nietas, familiares, en el mío propio y en el de todo/as quienes compartimos su pasión y militancia

por la salud como un derecho del pueblo, agradecemos a la Universidad Nacional Arturo Jauretche la posibilidad de recuperar con este trabajo el pensamiento de Vicente con tanta vigencia en nuestro días, la de “...construir un sistema nacional de salud con cobertura universal, mayores niveles de equidad, que se expresen en la satisfacción y en un mayor nivel de salud de nuestros ciudadanos”.

PRÓLOGO

Arnaldo Medina

En general el prólogo de un libro se propone destacar aspectos sustanciales referidos al autor o al texto en sí, a veces también se resaltan cuestiones que hacen al contexto en el cual tiene origen la obra. En mi caso me es difícil escindir el valor académico y el significado personal de este libro. Vicente Ierace fue una persona muy importante a lo largo de mi vida. Con él compartimos ideas, preocupaciones y proyectos. Militamos juntos la causa de la Salud Pública y del peronismo. Ese afecto y esa cercanía no deberían sustraer del análisis la importancia del legado de este hombre de la salud pública y el enorme valor que tiene este libro, su obra póstuma, en el actual contexto de debate respecto a la reforma del sistema de salud en la República Argentina.

Este trabajo de Vicente llega en un momento en el que se está discutiendo sobre la importancia y factibilidad de integrar el sistema de salud argentino. Esta idea de integración tiene hoy diversas acepciones y es motivo de distintos enfoques instrumentales. Todo bajo el paraguas de la necesidad de superar la profunda fragmentación y segmentación de nuestro sistema sanitario. En este sentido, al abordar el análisis de la llamada Ley Liotta, Ierace afirma: “La Ley de Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, que fue sancionada en el año 1974, durante el tercer gobierno peronista, constituye uno de los intentos más serios de superar la fragmentación del sistema”.

Vicente no solo escribió y debatió sobre la necesidad de una integración en nuestro sistema de salud, él además la militó en cada una de las responsabilidades que le tocó asumir. Fue una convicción inseparable de su manera de entender la salud pública, el rol del Es-

tado y las incumbencias de los servicios de salud. Es así que, como Secretario de Salud en Florencio Varela en la década del 80, poco después del advenimiento de la democracia, comienza a desplegar un conjunto de acciones en ese sentido: la orientación a la Atención Primaria de la Salud, el enfoque de trabajo en equipo, la capacitación permanente y en servicio y la promoción de la salud, entre otras.

En aquellos años, coincidiendo con la recuperación del gobierno de la provincia de Buenos Aires por el peronismo de la mano de la corriente renovadora de Antonio Cafiero, Vicente abrazó la causa del Programa de Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud (ATAMDOS) propuesto por Floreal Ferrara. En el Partido de Florencio Varela, donde por aquel entonces Ierace era Secretario de Salud, hizo funcionar este plan de una manera efectiva desde lo técnico y viable desde lo político. Bajo su liderazgo, aquella presencia de equipos interdisciplinarios que proponían un enfoque más integral de la salud se destacó en el municipio. El ATAMDOS tuvo aquí un despliegue y una inserción política e institucional como en ningún otro distrito de la provincia. Para ello, Vicente, como un orfebre, ofreció lo que se requiere en cualquier proceso transformador: liderazgo, capacidad de negociación, visión sistémica, interlocución con los distintos actores, voluntad política.

Como otra muestra más de sus ideas integradoras, fue el gran impulsor de la Red Sudoeste que aún hoy persiste en el ámbito de la Región VI en el Sur del Conurbano Bonaerense. Con motivo de la formulación del actual hospital “El Cruce – Néstor Kirchner” lideró la conformación de la Red que le dio sustento y así se consolidó como uno de los íconos del trabajo en red en nuestro país, entendida esta como una herramienta para integrar un sistema de salud fragmentado, en un territorio postergado, complejo y dejado de lado tradicionalmente por las políticas públicas.

Vicente siempre conformó equipos interdisciplinarios de distinto orden en todos los organismos en dónde le tocó participar. Trabajaba en equipo, era transversal y sembraba visiones compartidas en los

grupos. Pero también, y al mismo tiempo, promovía roles profesionales autónomos y empoderados. Así crecieron bajo su tutela la integración de Obstétricas en el primer nivel de atención de Florencio Varela, quienes se ocuparon de los controles del embarazo y la salud perinatal, mucho antes que la idea se extendiera a la provincia de Buenos Aires y que la Nación adoptara este modelo. También lo hizo con la enfermería, la psicología, con las promotoras y los promotores de la salud. Pues consideraba que un equipo requiere también de roles profesionales fortalecidos, independientes, autónomos, con capacidad de despliegue.

El autor de este libro dejó un gran legado que se mantiene vivo en nuestra universidad. Fue el primer coordinador de la cátedra de Salud Pública, materia creada en el primer año del ciclo básico de salud. Allí enseñó también todo lo que pensó y practicó en su vida profesional. En los trabajos de campo en los barrios de Florencio Varela y Berazategui, con miles de alumnos de distintas carreras del instituto de Ciencias de la Salud, consolidó una idea y una praxis educativa: se aprende en la vinculación solidaria con el territorio. También promovió un aprendizaje integral del proceso de salud y enfermedad, lo que significa vincular la salud de las personas a su vida en comunidad y a su contexto social, cultural, político y económico. Vicente creía profundamente en la idea de formar profesionales de la salud con conciencia social, con capacidad crítica, con inclinación al trabajo en equipo y con actitud transformadora.

Estos aspectos de su pensamiento y su accionar, inspirados en la integración del sistema y la promoción del equipo de salud, están claramente reflejados en las políticas nacionales que en este libro destaca del tercer gobierno peronista. Pues las leyes N° 20748, de Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, y la N° 20749, de Carrera Sanitaria Nacional, son entendidas aquí como dos caras de una misma moneda. La propuesta de integración de un sistema de salud fragmentado requiere del fortalecimiento de la fuerza de trabajo y de la promoción de equipos de salud comprometidos con él.

El libro hace un recorrido histórico que podría entenderse como el derrotero de la integración-fragmentación del Sistema de Salud en la Argentina. También busca los hitos fundamentales en la construcción del pensamiento sanitario a nivel internacional y a nivel nacional. Destaca el rol preponderante que tuvo el peronismo con el general Perón y Eva Perón como líderes y Ramón Carrillo como constructor de un Sistema de Salud con potentes bases integradoras.

Esta obra da centralidad a las dos leyes promovidas por Domingo Liotta en 1974, no como un antecedente más sino como un jalón ineludible en esa tensión histórica que afianza el pensamiento integrador en nuestro país. Rescata esas normas y les da proyección cuando describe su abolición por parte de una dictadura sangrienta y cipaya, que entre otro de sus atropellos discontinuó este proyecto estratégico para nuestro sistema de salud y nuestro país. En efecto, cuando aún persiste la idea del fracaso en su implementación, este libro trata de demostrar todo lo contrario, que en realidad su frustración fue producto de una decisión autoritaria y arbitraria de la dictadura militar, que derogó ambas normas por una ley de facto en 1978.

Vicente equipara el anhelo de parte sustantiva de la sociedad argentina y la militancia política por construir un país más equitativo y con justicia social, con el de construir un sistema nacional de salud con cobertura universal. Está convencido del carácter transformador de esta iniciativa y lo reafirma al expresar que: “Ante la persistencia del problema, sus postulados conservan vigencia como antecedente insoslayable, con una lógica adecuación al momento actual”.

Un aporte sustancial de este trabajo es la conceptualización de la fragmentación y la segmentación en el sistema de salud, la explicación y el significado de esos conceptos desde nuestro contexto histórico, social y político. Al analizar la situación en Argentina, el análisis se traslada a distintos planos (cobertura, prestación de servicios, financiamiento), también se vincula el federalismo con la fragmentación. Para Vicente, toda la línea de tiempo de la conformación del sistema de salud en nuestro país se ha realizado en clave de fragmentación.

Como contraparte, los primeros gobiernos peronistas y la figura de Ramón Carillo son presentados como el “Primer ensayo de construcción de un sistema nacional de salud”. Esta forma de nombrar lo que ocurría por aquellos años trae implícito que en la época en la que se enfoca este libro, es decir el proyecto del tercer gobierno peronista de conformación del Sistema Nacional Integrado de Salud en la turbulenta década del 70, se produce el segundo ensayo de construcción del Sistema Nacional de Salud. No existe otro aporte de esta magnitud que dé tanta centralidad y tanto peso a lo que aconteció en materia sanitaria durante la gestión del secretario Liotta y como fruto del pacto entre dos líderes partidarios históricos, otrora enfrentados: Juan Domingo Perón y Ricardo Balbín. De allí también que otra contribución invaluable de este estudio es haber hallado la significación de un acuerdo político de unidad nacional, que incluya un modelo de Sistema de Salud como aporte a un modelo de desarrollo nacional.

En definitiva, este libro es el gran aporte de alguien que dedicó su vida a la salud pública como parte indivisible de las causas populares. Se trata de su gran esfuerzo por entender, contextualizar y proyectar un proceso de reforma del sistema de salud de nuestro país en la década del 70, con el claro propósito de contrarrestar la gran fragmentación y segmentación que ya existían en aquel entonces. El haber sido protagonista como joven militante de la causa popular, implicado en las disputas políticas e ideológicas de aquellos años, con un claro posicionamiento a favor de las políticas en cuestión, magnifican la gran tarea de Vicente Ierace en esta su obra póstuma. Un trabajo académico que con mucha seriedad corona una trayectoria y consolida un legado que se constata tanto en las acciones que llevó adelante como en las páginas de este libro.

Arnaldo Medina
Rector de la Universidad Nacional Arturo Jauretche
Agosto de 2022

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de salud

Este libro se propone realizar un estudio descriptivo de las leyes N° 20748, de Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, y la N° 20749, de Carrera Sanitaria Nacional, con base en fuentes documentales, bibliográficas y testimoniales de protagonistas y expertos. Estas fuentes se analizan desde sus aspectos conceptuales, el de sus logros en la etapa de implementación y la vigencia de sus proposiciones como aporte para una discusión actual sobre la tarea pendiente de construir un sistema nacional de salud con cobertura universal, mejores niveles de equidad y que se exprese en la satisfacción y un mayor nivel de salud de nuestros ciudadanos.

En nuestra historia sanitaria existieron intentos de superar la fragmentación reinante como característica del sistema, causa principal de la falta de correlación entre sus potencialidades, con mayor desarrollo que la mayoría de los países de la región, y sus resultados sanitarios. La Ley de Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, que fue sancionada en el año 1974, durante el tercer gobierno peronista, constituye uno de los intentos más serios de superar la fragmentación del sistema.

Las leyes N° 20748 y N° 20749 fueron derogadas a través de una ley de facto de 1978. Sin embargo, persiste la idea del fracaso en su implementación, cuando en realidad su frustración se debió a una decisión arbitraria de una dictadura militar. La idea de fracaso, antes que eliminación arbitraria, aparte de equívoca, alimenta en muchos casos la postura de la inevitabilidad de estos males de nuestro sistema sanitario, imposibilitando la profundización de una discusión seria sobre las posibilidades de superación de los mismos a través de un sistema de salud integrado para nuestro país.

Este estudio se propone, además de una recuperación desde la perspectiva histórica, el rescate de su propuesta sanitaria y sus as-

pectos técnicos, muchos de ellos novedosos para la época de su sanción, analizar las causas y los factores que influyeron negativamente en su continuidad, la vigencia actual de sus postulados y su aporte a la solución del problema de la fragmentación aún vigente en nuestro sistema de salud.

Una ley representa las aspiraciones de una sociedad en un momento histórico definido, sobre cómo resolver una problemática que se pretende superar y transformar. Es un modelo para el futuro a través del cual se pretende generar un marco normativo que sirva de plataforma de cambio para la superación de una realidad que se considera negativa. Las leyes por sí mismas, por el mero hecho de ser sancionadas y entrar en vigor, no resuelven siempre las situaciones para las que han sido dictadas, pero posibilitan que esa situación sea abordada.

El caso de la Ley N° 20748, de Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, representa las aspiraciones de la sociedad argentina de los años setenta, coincidente con los anhelos de los sectores mayoritarios de la sociedad de construir una sociedad centrada en la justicia social, en un país sin lazos de dependencia con los poderes dominantes del momento histórico que transcurría, de construir un sistema nacional de salud con cobertura universal, mayores niveles de equidad y que se exprese en la satisfacción y un mayor nivel de salud de nuestros ciudadanos.

En este contexto de análisis, los principales interrogantes que orientarán este trabajo son los siguientes:

- ¿Los preceptos normativos de las leyes N° 20748, de Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, y N° 20749 de Carrera Sanitaria Nacional hubiesen constituido una herramienta legislativa válida para la superación de la fragmentación preexistente en el sistema de salud argentino en el momento histórico de su sanción, en caso de haber tenido continuidad en su aplicación?

- ¿Existen en el sistema sanitario actual espacios de articulación o estructuras que pueden favorecer la integración del sistema, como punto de partida para la construcción de un sistema de salud integrado?
- La persistencia de la fragmentación del sistema de salud ¿confiere vigencia a los principios centrales del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) para convertirse en la base de una legislación actual, con las lógicas adecuaciones al momento histórico?

La propuesta general de este trabajo se corresponde con las características de la investigación en sistemas y servicios de salud, ya que: es interdisciplinaria (por su estrategia metodológica y sus categorías de análisis), está definida temáticamente por el contexto (y construyendo en función de esto su objeto de estudio), está orientada a generar conocimientos relevantes en su ámbito de aplicación, e incluye en el proceso investigativo la visión de aquellos protagonistas de la problemática objeto de la investigación (Almeida, Belmartino, 2001).

La estrategia metodológica general será la triangulación metodológica (combinación de técnicas y fuente), considerándola apropiada, tal como señala la bibliografía, para el abordaje de objetos complejos y multidimensionales como es un sistema de salud en cualquiera de sus niveles. Esta estrategia de triangulación resulta a la vez un instrumento de validación de información mediante la puesta en relación de datos, fuentes y técnicas de diferentes orígenes y tipos. María Cecilia Souza Minayo et al. (2005) definen que el proceso de investigación mediante la triangulación resulta de aplicar procedimientos combinados y complementarios para captar la información y analizarla mediante la integración de aportes y técnicas de cada uno de estos métodos, dando cuenta precisamente de la integralidad y complejidad de la realidad y su dinámica. Nirenberg, Brawerman, y Ruiz (2005) plantean que la triangulación permite estudiar fenóme-

nos mediante estrategias convergentes, procurando la confiabilidad de la información, la reducción de sesgos propios de cada técnica y la validación de los datos que se obtengan.

Respecto a las fuentes de datos y técnicas de recolección, se trabajará, tal como se señaló anteriormente, mediante triangulaciones, en forma combinada con fuentes de datos primarias y secundarias: documentos, legislaciones (nacionales o provinciales) y entrevistas en profundidad.

La matriz que se utilizará para el análisis de los sistemas de salud está basada en la utilizada en el documento "Sistemas Integrados de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para la su Implementación en las Américas" (OPS, 2010) adaptado a los objetivos de este estudio.

Las leyes N° 20748, de Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, y N° 20749, de Carrera Sanitaria Nacional, constituyeron una herramienta legislativa válida para la superación de la fragmentación existente en el sistema de salud argentino, de haber tenido continuidad hubiesen posibilitado un mayor grado de integración de este. Ante la persistencia del problema, sus postulados conservan vigencia como antecedente insoslayable, con una lógica adecuación al momento actual, considerando la existencia de estructuras y espacios favorecedores de la integración.

De una cuestión individual a un derecho colectivo

Desde los orígenes de la humanidad la relación del hombre con el problema de la salud y la enfermedad ha mutado de acuerdo con el paradigma vigente en cada período histórico.

Así en las civilizaciones primitivas en las que predominaban las concepciones animistas o mágicas, la enfermedad fue considerada un castigo divino, por lo cual su cura no era algo al alcance de la acción del hombre. Esta concepción, si bien sobre otras bases, sigue

vigente en la Edad Media con el predominio de una visión sacerdotal que asociaba la enfermedad con el pecado. Sin embargo, previamente en Grecia la medicina hipocrática sienta las bases de la posterior búsqueda del conocimiento al descartar las concepciones sobrenaturales y ubicar las causas de las enfermedades en la naturaleza.

El Renacimiento y la Edad Contemporánea, con sus avances y descubrimientos, fueron convirtiendo al campo de la salud en un escenario de actores y concepciones más racionales, aunque de cualquier manera las cuestiones de la salud no dejaban de pertenecer al fuero individual de las personas y solo en el caso de los individuos carentes de recursos la preocupación social era asumida por algún sector de la sociedad como el clero.

Es a partir de mediados del siglo XIX, con el auge de los movimientos sociales y políticos que se desarrollan en el apogeo de la Revolución Industrial, con el surgimiento de las luchas obreras, algunos sectores identificados con el socialismo comienzan a plantear la necesidad de garantizar la salud como un derecho y a reclamar su garantía por parte del Estado.

Hacia fines de la primera mitad del siglo XIX, el mundo asistiría al nacimiento de una etapa que sería la culminación de un proceso de profundos y perdurables cambios: la Revolución Industrial. Así, Eric Hobsbawm (1997, p. 60) afirma:

Y tanto Gran Bretaña como el mundo sabían que la Revolución Industrial, iniciada en aquellas islas por y a través de los comerciantes y empresarios cuya única ley era comprar en el mercado más barato y vender sin restricción en el más caro, estaba transformando al mundo. Nadie podía detenerla en este camino. Los dioses y los reyes del pasado están inermes ante los hombres de negocios y las máquinas de vapor del presente.

Y ante “dioses y reyes inermes”, estalla un proceso de notable crecimiento de la economía que, por otra parte, engendraba consecuencias fuertemente negativas sobre las condiciones de vida y de trabajo

de los asalariados y las clases populares que comienzan a reaccionar y organizarse con el fin de transformar esta situación.

Tras el surgimiento de las primeras asociaciones obreras que tenían como objetivo la defensa y solidaridad, se constituyen, especialmente en Inglaterra, los Trade Union, sindicatos de oficios que comienzan plantear reivindicaciones laborales y económicas.

En 1848 Carlos Marx publica el *Manifiesto Comunista* y en 1864 se constituye en Londres la Primera Internacional. Estos hechos se constituirían en hitos que marcarán la organización de los movimientos obreros en la segunda mitad del siglo XIX, muchos de los cuales adhirieron a la ideología socialista. A esto se suma la aparición de los partidos socialistas y socialdemócratas europeos, que habrán de desempeñar un gran papel en estas luchas.

El nacimiento del concepto de *medicina social* es contemporáneo con el de los grandes movimientos revolucionarios en Europa. Es Jules R. Guérin, quien, en una revista médica editada en París, utiliza por primera vez el concepto y, contemporáneamente, en Berlín, Rudolf Virchow introduce el término en otra publicación, ambas de carácter combativo, apoyando los principios fundamentales de las revoluciones de 1848 (García, 2007).

Además, con el surgimiento de los movimientos que propiciaron la medicina social, comienza a plantearse fuertemente la necesidad de un rol activo del Estado en lo relativo a la protección de la salud de la población, especialmente la de los trabajadores.

Virchow imagina en esta época la creación de un *servicio de salud pública*, como un sistema estatal integrado de establecimientos de atención de la salud, operado por trabajadores empleados por el Estado. Según Howard Waitzkin (2006):

En este sistema, el cuidado de la salud sería definido como un derecho constitucional de la ciudadanía, dentro del cual estaría in-

cluido el goce de condiciones materiales de vida que contribuyeran a la salud más que a la enfermedad (p. 7).

Hacia fines del siglo XIX los progresos de la bacteriología permiten sentar las bases para un cambio drástico de la causalidad existente, iniciándose una época de constante progreso sanitario.

La prédica de los pioneros de la medicina social instala en la sociedad un debate a través del cual se comienza a reconocer el elevado costo de la muerte, la enfermedad y la discapacidad entre los trabajadores, así como la importancia de la situación sanitaria de la población asalariada, lo que conduce al planteo de la necesidad de implementar sistemas que garanticen un acceso equitativo y universal a la salud de los distintos grupos sociales, especialmente de los trabajadores.

Las primeras respuestas de los Estados

En Alemania, hacia 1879 los socialistas, que habían obtenido participación parlamentaria, presentan un proyecto de ley de seguros sociales obligatorios. Ante la agitación social que va en aumento, en 1880 el canciller Otto von Bismarck disuelve el Parlamento y encarcela a los diputados socialistas pero, con el objeto de apaciguar el conflicto social, utiliza su proyecto de leyes de enfermedad y maternidad, de accidente de trabajo y de envejecimiento, invalidez y muerte que se dictarán en los años siguientes. Estas constituyen la base del modelo bismarckiano, creado con el objeto de frenar los progresos del socialismo y que dio origen al primer sistema estatal de políticas sociales de los tiempos modernos (Rossi y Rubilar, 2007).

La transición entre los dos siglos se convertiría en un tiempo de convulsión social y luchas obreras en toda Europa, lo cual genera la reacción de varios gobiernos europeos que adoptan sistemas de este tipo a través de leyes similares, como Bélgica y Noruega.

En Gran Bretaña, en el año 1911 se aprobó la primera Ley Nacional del Seguro de Salud, que permitía atender los gastos de atención médica y las pérdidas de salarios durante la enfermedad de todos los trabajadores manuales que ganaban menos de 160 libras (Rossi y Rubilar, 2007).

En 1917, la Revolución rusa culmina una etapa de fuerte agitación social y anarquía con la instalación del gobierno de los sóviets que crea el primer sistema sanitario totalmente nacionalizado.

En América Latina, en 1924 el movimiento laborista chileno impulsó la primera legislación de un seguro sanitario en un país en desarrollo. En México, tanto el Instituto Mexicano del Seguro Social como la Secretaría de Salud se crearon en 1943.

Hacia la cuarta década del siglo XX, surgen propuestas más profundas sobre el rol del Estado como garante del derecho a la salud, como es el caso del Servicio Nacional de Salud (National Health Service – NHS) británico. Ya en el año 1942 el Informe Beveridge advertía que el Estado debía preocuparse por el bienestar de todos los ciudadanos como una de las maneras de luchar contra los efectos sociales de la crisis de la década de 1930 y de la guerra todavía en curso, y expresaba la necesidad de un servicio nacional de salud que prestara a toda la población la atención médica que necesitaba. El sistema del modelo Beveridge manifiesta una tendencia hacia la universalización de la cobertura, de forma que abarque a toda la población con derecho protegible en virtud del simple título de ciudadano. Estamos ante los orígenes de lo que posteriormente se denominará el “estado de bienestar”.

La Segunda Guerra Mundial, si bien prácticamente destruyó la infraestructura sanitaria en muchos países y retardó el desarrollo de los sistemas de salud, también preparó las condiciones para la introducción de algunos otros planes. Así, el servicio nacional de urgencias de la Gran Bretaña en guerra sirvió de base para la construcción de lo que en 1948 se convertiría en el ya citado Servicio Nacional de

Salud, uno de los modelos más influyente desde entonces y aún hasta nuestros días, que cubría a la totalidad de la población y se financiaba a través de impuestos (Rossi y Rubilar, 2007).

El derecho a la salud

En las primeras décadas del siglo XX, la preocupación por la salud pública se concreta en la convocatoria a varias conferencias internacionales hasta que en 1948 se constituye la Organización Mundial de la Salud (OMS) como primer ámbito sanitario mundial en el que se profundizan las discusiones y los consensos sobre el derecho a la salud como un bien universal.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, promulgada en 1948 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), proclama el derecho de la persona a la salud, al trabajo, a la educación gratuita a la satisfacción de las necesidades económicas, sociales y culturales indispensables para la dignidad y el ejercicio de la personalidad (ONU, 1948).

Por otra parte, en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en el mismo año, se define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y también social, no solamente la ausencia de enfermedad” (OMS, 1948).

Por lo tanto, el derecho a la salud, con base en estas proclamas y definiciones, es un derecho de enorme complejidad que trasciende la mera satisfacción de las necesidades de asistencia médica y que, necesariamente, debe incluir la satisfacción y el resguardo de otros derechos, los que podríamos llamar los “derechos sociales”, siendo además un derecho inclusivo que implica todos los aspectos referidos, tanto en la Declaración Universal de los Derechos Humanos como en los componentes de la definición de OMS (físico, mental y social).

El derecho a la salud pertenece a los derechos de segunda generación que requieren de un estado de bienestar que implemente

acciones, programas y estrategias para lograr que las personas gocen de manera efectiva de trabajo, educación, seguridad social, salud, vivienda, que constituyen factores indispensables para el logro de una vida sana.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que es el órgano encargado de llevar a cabo un seguimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los denomina “factores determinantes básicos de la salud” (OMS/ONU, 2008). Entre estos factores se destacan:

- Agua potable y condiciones sanitarias adecuadas.
- Alimentos aptos para el consumo.
- Nutrición y vivienda adecuadas.
- Condiciones de trabajo y un medio ambiente salubres.
- Educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud.
- Igualdad de género.

Por otra parte, el derecho a la salud incluye algunas libertades como, por ejemplo, el derecho a no ser sometido a tratamiento médico sin el propio consentimiento, a experimentos e investigaciones médicas o esterilización forzada, a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes. Por último, el derecho a la salud incluye necesariamente otros derechos como:

- A disponer de un sistema de protección de la salud que brinde iguales oportunidades para gozar del más alto nivel posible de salud.
- A la prevención y el tratamiento de las enfermedades, y la lucha contra ellas.
- Al acceso a medicamentos esenciales.

- A la salud materna, infantil y reproductiva.
- Al acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos.
- A la educación y la información sobre cuestiones relacionadas con la salud.
- A la participación en el proceso de adopción de decisiones en cuestiones relacionadas con la salud a nivel comunitario y nacional.

Existen diversos tratados internacionales de derechos humanos en los que se reconoce el derecho a la salud:

- En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que en general se considera el instrumento fundamental para la protección del derecho a la salud, se reconoce “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (1966).
- La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965).
- La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979).
- La Convención sobre los Derechos del Niño (1989).
- La Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (1990).
- La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006).

Muchos países han consagrado el derecho a la salud con rango constitucional, como la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, países de África, Asia y América como Sudáfrica, la

India, Brasil y Ecuador. Este reconocimiento debe exceder la simple garantía del acceso a la asistencia sanitaria, como lo plantea Alicia Stolkiner cuando afirma que “el reconocimiento del derecho a la salud basado en una concepción compleja del proceso de salud-enfermedad-cuidado, requiere de una política de integralidad de derechos, también incluye el derecho a la no medicalización de la vida” (Stolkiner, 2010, p. 92).

Y aporta como ejemplos los casos de las nuevas constituciones de Bolivia y Ecuador, que incluyeron una categoría de innegable riqueza y construcción multicultural:

“el buen vivir” o *sumak kawsay* (en quechua). Se trata de una innovación en el campo de las representaciones de derechos que algunos consideran un nuevo paradigma jurídico y que innegablemente contiene una representación distinta del sujeto. Pone en primer lugar la armonía y la solidaridad por sobre la acumulación, la competencia y el mercado. Se incluye, además, la innovación de incorporar derechos de la naturaleza” (Stolkiner, 2010, p. 94).

Los sistemas de salud en el mundo

Como lo define la Constitución de la OMS:

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social y es el valor central para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

Agrega que “los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas” (OMS, 1948, p. 1).

Estas medidas sanitarias son viabilizadas por los gobiernos a través de políticas públicas ejecutadas por los sistemas de salud, a

los cuales el máximo organismo sanitario mundial define como “la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud” (OMS, 2000, p. 6).

Para Eugênio Vilaça Mendes (2013, p. 45):

Los sistemas de atención de salud son definidos por la Organización Mundial de la Salud como el conjunto de actividades cuyo propósito primario es promover, restaurar y mantener la salud de una población para alcanzar objetivos como: un óptimo nivel de salud, distribuido de forma equitativa; la garantía para todos los ciudadanos de una protección adecuada frente a los riesgos; la acogida humanizada de los ciudadanos; la prestación de servicios seguros y efectivos; y la prestación de servicios eficientes.

Los sistemas de salud actualmente vigentes en el mundo son el resultado, en general, de un complejo proceso evolutivo en el que confluyen factores internos, propios de la historia de cada país y del rol asumido por los actores sectoriales a lo largo del tiempo, incluido los Estados nacionales. Por otra parte han sufrido la influencia de ciertas tendencias que se han ido instalando a nivel mundial, producto de la evolución de los sistemas, de las crisis sufridas y de los procesos de reformas implementados, todo ello dentro del marco de la globalización.

En la actualidad los sistemas de salud existentes en el mundo, en líneas generales pueden identificarse con dos modelos básicos: el de los seguros de salud, creado por Bismark en Alemania, o el modelo del servicio de salud, de Beveridge, originado en Gran Bretaña.

El sistema de seguridad social de Alemania

Los orígenes del seguro social de Alemania se remontan a la Edad Media, con la creación de las cajas sociales de los mineros para la ayuda de los trabajadores accidentados.

La creación del sistema de seguridad social en 1883 aparece como una respuesta del Estado destinada reducir los peligros de los movimientos sociales y a contrarrestar el avance de los socialdemócratas, en la que jugó un rol central la política del canciller Bismarck. Su objetivo era no dejar atado el bienestar de la población a las reglas del mercado. Sostenía que dicho bienestar no era resultado automático del crecimiento económico, por lo tanto, la distribución debía ser regulada sin limitar la libertad económica, la idea era minimizar los efectos negativos de la distribución que resulta de la economía de mercado (Díaz Muñoz et al., 1994).

Ese mismo año se aprobó la ley sobre el seguro obrero de enfermedad que se financiaba con dos tercios de los aportes de los trabajadores y un tercio de los empresarios y además cubría el tratamiento médico gratuito, medicamentos y subsidio por enfermedad. Desde sus comienzos el sistema tuvo una administración autónoma a través de las Cajas de Seguro-Enfermedad que en conjunto conforman el Seguro Social de la Enfermedad (López, 2005).

En 1884 se sancionó la primera ley de seguro de accidentes y en 1889 la ley sobre el seguro de vejez e invalidez que incluía a los obreros y a los empleados de bajos ingresos. En 1924 se sancionó la ley de seguro de empleados y en 1927 el seguro de desocupación como rama independiente del seguro social. En 1938 se aprobó la ley de ayuda y protección a la ancianidad y se incorporó a los artesanos al seguro social. En 1957 los beneficios sociales alcanzaron a los campesinos (López, 2005).

Con base en esta legislación, se fue conformando un sistema en el que un gobierno central es el responsable de la política sanitaria y de garantizar la prestación de servicios para toda la población, y los estados federados lo son de la aplicación de la legislación federal en salud. Tienen derecho a dictar sus propias leyes, siempre que no generen conflicto con las normas federales. Además poseen la función de supervisar las cajas, a los prestadores de servicios y administrar sus hospitales.

El modelo del seguro establece la cobertura de los beneficiarios a través de su financiamiento por medio de los aportes obligatorios de los empleadores y empleados, constituyendo un fondo de seguro de salud o enfermedad, quedando la prestación de los servicios a cargo de proveedores tanto públicos como privados.

Se puede caracterizar el sistema alemán como un sistema segmentado, con estructuras autónomas descentralizadas.

La administración de las cajas se ejerce independientemente del aparato estatal, ya que la gestión financiera y sanitaria se ejecuta en forma autónoma de la regulación del Estado. La dirección de cada Caja de Seguro-Enfermedad está a cargo de los trabajadores y los empresarios, normalmente en forma paritaria, y su composición se define por medio de elecciones directas (Mafort Ouverny y Fleury, 2005).

Las cajas constituyen los fondos del seguro encargados de generar, en forma solidaria, los recursos provenientes de las contribuciones de los asegurados, siendo también los encargados de establecer contratos con prestadores para la provisión de servicios de salud a los integrantes del sistema, ya que la provisión de servicios no forma parte de sus atribuciones legales (Mafort Ouverny y Fleury, 2005).

Las reformas introducidas en la década de 1990 se orientaron a la creación de un sistema integrado que permite compensar financieramente las diferencias en los ingresos de las distintas cajas (Díaz Muñoz et al., 1994).

La modalidad organizativa de servicios en el sistema de seguro social alemán:

se distingue por la completa separación entre la atención médica ambulatoria y la atención hospitalaria. La atención ambulatoria es la puerta de entrada al sistema: el acceso al sector hospitalario está condicionado a la referencia ambulatoria, excepto en casos de emergencia. La prestación de servicios ambulatorios es ejercida

casi exclusivamente por unidades médicas privadas de pequeño y mediano porte, semejantes a los consultorios, con un grado creciente de capacidad técnica y especialización médica (Mafort Ouverny y Fleury, 2005, p. 177).

La atención hospitalaria se brinda en su mayoría por prestadores públicos y complementariamente por prestadores privados o de entidades sin fines de lucro, pero la gratuidad del acceso para la población está condicionada a la afiliación al Seguro Social de la Enfermedad, a los seguros privados o a los órganos asistenciales municipales.

El sistema de salud del Reino Unido

Por el contrario, el modelo del servicio o sistema nacional británico se caracteriza por su financiamiento, que se cubre a través de tributos de toda la población. La coordinación y organización de la oferta de servicios está en manos de organismos públicos, centralizando la planificación de la prestación.

Los orígenes del Sistema Nacional de Salud (SNS) pueden rastrearse en el siglo XIX cuando, debido a la migración a las ciudades producida por la Revolución Industrial, aparece la cuestión de las condiciones de trabajo y la salud de los obreros. Ante las dificultades de acceso a la atención de los sectores de menores recursos, algunos empleadores y trabajadores crearon asociaciones de enfermos, uno de los primeros sistemas de seguro prepago del mundo (López, 2005).

En 1911 se dicta la Ley Nacional del Seguro de Salud, por la cual todos los trabajadores de bajo salario estaban cubiertos por sus propios aportes y los de sus empleadores. En 1942, el Plan Beveridge

define los lineamientos de un amplio sistema nacional con cobertura para toda la población en todos los niveles de atención. El 5 de julio de 1948 los laboristas a pesar de las presiones de las corporaciones médicas crearon el Servicio Nacional de Salud (López, 2005, p. 7).

Fue implementado en 1948, según lo establecido por el National Health Service and Community Care Act de 1946, que

determinó las características del financiamiento y la provisión de servicios de Salud en Gran Bretaña después de la Segunda Guerra Mundial, introdujo el principio de responsabilidad colectiva mediante el desarrollo de un servicio integral de Salud, que debía ser accesible para toda la población de manera gratuita en el punto de uso. Esta condición fue la clave de un sistema que puso el énfasis en la equidad de acceso (Lima Quintana, Lewcovich y Díaz Muñoz, 2012, p. 15).

Hasta la década de 1990 funcionó como un modelo integrado en el que no existía una separación entre el rol de compra y la prestación de servicios hospitalarios. Las autoridades sanitarias eran responsables de la atención de las poblaciones dentro de áreas geográficas fijas y administraban un presupuesto global mediante el cual se pagaba por los servicios de los hospitales, que también estaban, en teoría, bajo su control.

En 1990, durante el gobierno de Margaret Thatcher, se introdujeron reformas al National Health Service and Community Care Act, que instalaron en el sistema un mercado “interno” o “cuasi” mercado que promovió una división entre la función de compra, a cargo de las autoridades sanitarias, y la función de provisión, papel ejercido por los recién formados fideicomisos del NHS (NHS trusts)” (Lima Quintana et al., 2012).

El sistema está dirigido por un comité ejecutivo de gestión al que se reportan las 14 autoridades sanitarias regionales y los 156 fideicomisos. De las autoridades sanitarias regionales dependen las autoridades sanitarias de distrito, las autoridades de servicios sanitarios familiares y los médicos de cabecera que manejan fondos (López, 2005).

El SNS británico, el primero en funcionar en el mundo con estas características, está constituido por un sistema de atención primaria brindado por médicos generalistas y clínicas de atención ambula-

toria. Está financiado por impuestos generales, en su mayoría, contribuciones de empleados y empleadores y una proporción mínima (5%) de aranceles cobrados a pacientes y otros gastos. El sistema cubre a toda la población y brinda atención total e integral, de manera totalmente gratuita en alrededor del 80% de los servicios ofrecidos.

En general, este modelo ha sido adoptado por la mayoría de los países de Europa occidental, mientras que en los países de ingresos medios, como los de América Latina, entre ellos la Argentina, tienden a ser una mixtura de ambos modelos (Rossi y Rubilar, 2007)

Los sistemas de salud en América Latina

Eugênio Vilaça Mendes afirma que la historia de la creación y desarrollo de los sistemas de salud en la región se vincula estrechamente con la evolución de los regímenes de protección social en el contexto del Estado benefactor, que surgieron en el mundo occidental desde comienzos del siglo XX. Pero a diferencia de los modelos instaurados en la mayoría de los países europeos, los subsistemas latinoamericanos se orientaron hacia estratos específicos de la población, agrupados por clase social, ingreso, ocupación, inserción en el mercado laboral formal, origen étnico o condición urbana o rural, lo que produjo un fenómeno de segregación poblacional consistente en la estratificación del ejercicio del derecho a la salud (Mendes, 2013).

Los sistemas de salud que reúnen estas características son los denominados segmentados, es decir aquellos en los que coexisten subsistemas con diferentes modalidades de financiamiento, cobertura y provisión de servicios, que se orientan a la cobertura de diferentes grupos de población de acuerdo con su inserción laboral, nivel de ingresos o capacidad de pago. En general estos sistemas se caracterizan por un alto grado de fragmentación que “constituye un reflejo de las brechas en la distribución del ingreso existentes entre países, y tienen su correlato a su interior entre centros urbanos y rurales, y entre poblaciones de disímil situación económica” (Maceira, 2012 p. 2).

En las últimas décadas, las naciones de América Latina han intentado tomar distancia de los modelos segmentados mediante la organización de sus sistemas de salud por funciones y no por grupos poblacionales. Julio Frenk llama “a este modelo emergente pluralismo estructurado, con la intención de enfatizar la necesidad de encontrar un término medio entre los esquemas de sistemas de salud polarizados que se habían implementado a lo largo de América Latina” (Frenk, 2015, p. 64).

El término “pluralismo” propone evitar los extremos tanto de los monopolios públicos como la atomización del sector privado y “estructurado” remarca “la necesidad de una fuerte participación del Estado, no como proveedor monopolista, sino como el rector responsable de proporcionar dirección estratégica, asegurar un financiamiento justo y hacer cumplir reglas del juego transparentes” (Frenk, 2015, p. 64).

Algunos países se han orientado en este sentido, por ejemplo, Chile, Colombia y México, mientras que otros, como Brasil y Uruguay han iniciado en las últimas décadas del siglo XX procesos de reforma orientados hacia la integración de los sistemas segmentados, como es el caso del Sistema Único de Salud (SUS) brasileño o el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) uruguayo. Otros, como Costa Rica, han desarrollado un seguro nacional de salud, con fuerte rol de rectoría del Estado.

El Sistema Único de Salud de Brasil

Dos hechos trascendentes, que tuvieron decisiva influencia en el camino emprendido por Brasil hacia la integración del sistema y la creación del Sistema Único de Salud (SUS), sin duda fueron la constitución del Movimiento Sanitario Brasileño por parte de un importante grupo de intelectuales de la salud y, posteriormente, la inclusión del derecho a la salud y su garantía por el Estado nacional en la Constitución de la República Federativa de Brasil de 1988.

Entre los antecedentes de la formación de este movimiento, Jairnilson Silva Paim (2008) sitúa la creación, en 1976, del Centro Brasileño de Estudios de Salud (CEBES) y, en 1986, la 8.^a Conferencia Nacional de Salud en la que cinco mil delegados representantes del Estado y de los más diversos sectores de la sociedad (desde intelectuales del medio académico a profesionales de la red pública de salud de las organizaciones sindicales de trabajadores de salud, sectores de la Iglesia Católica progresista y de diversas organizaciones no gubernamentales) discuten y consiguen aprobar un texto que se constituiría en la base para el capítulo de salud de la Constitución de 1988. A nivel político,

la Reforma Sanitaria Brasileña fue liderada básicamente por dos fuerzas partidarias entonces presentes en el frente democrático de aquel período, al final de los años setentas e inicio de los ochentas: el PCB (Partido Comunista Brasileño), en la clandestinidad, y el entonces recién creado PT (Partido de los Trabajadores), con estrechos vínculos con los sindicatos de los sectores de punta de la región metropolitana paulista, con sectores progresistas de la Iglesia (sobre todo los movimientos eclesiásticos de base) y con los movimientos populares (Cohn, 2008, p. 92).

La Constitución de 1988 postula el acceso universal e igualitario a las acciones de promoción protección y recuperación de la salud y responsabiliza al Estado de la provisión de servicios.

El artículo 196 de la Constitución define que “La salud es derecho de todos y deber del Estado...”. Aquí se define de manera clara la universalidad de la cobertura del SUS. El párrafo único del artículo 198 dice: “El sistema único de salud será financiado, en los términos del Art. 195, con recursos del presupuesto de la seguridad social, de la Unión, de los Estados, del Distrito Federal y de los Municipios, además de otras fuentes”.

La Ley N° 8080 instituye el SUS, con mando único en cada esfera de gobierno y define al Ministerio de la Salud como gestor en el

ámbito nacional. La Ley, en su capítulo II – De los Principios y Directrices, en el artículo 7º, establece entre los principios del SUS la “universalidad de acceso a los servicios de salud en todos los niveles de asistencia”. Ello constituye un gran cambio de la situación hasta entonces vigente. Brasil pasa a contar con un sistema público de salud, único y universal (De Souza, 2002). El SUS de Brasil está compuesto por un amplio sector público, que brinda cobertura al 75% de la población, y un creciente sector privado que incluye el Sistema de Atención Médica Suplementaria (SAMS) que cubre al 25% restante. El SUS presta servicios

de manera descentralizada a través de sus redes de clínicas, hospitales y otro tipo de instalaciones federales, estatales y municipales, así como en establecimientos privados. Con el apoyo técnico y financiero de los niveles estatal y federal, cada municipio se encarga de proveer atención a su población o de referir a los usuarios a otros municipios. El sector privado complementa la asistencia de los servicios públicos (Becerril-Montekio, Medina y Aquino, 2011, p. 120).

El sector público es responsable de la vigilancia epidemiológica y sanitaria, así como del control de enfermedades transmisibles. Los hospitales universitarios también forman parte del SUS y se mantienen con recursos de este sistema y del Ministerio de la Educación.

El 25% de la población con cobertura privada lo hace a través del SAMS,

un sistema de esquemas de aseguramiento que comprende la medicina de grupo con planes de salud para empresas y familias, las cooperativas médicas, los Planes Autoadministrados o sistemas de aseguramiento de las empresas, y los planes privados individuales. El subsistema de desembolso directo está compuesto por consultorios, hospitales, clínicas y laboratorios privados no vinculados con el SUS, aunque regulados por las autoridades sanitarias (Becerril-Montekio, Medina y Aquino, 2011, p. 120).

El SUS se financia con impuestos y contribuciones sociales provenientes de los tres niveles de gobierno: federal, estatal y municipal. La participación del gobierno federal en el financiamiento del SUS es de alrededor del 50%, mientras que las unidades de la federación participan con 27% y los municipios con 23%.

La participación de la comunidad se concreta a través de las Conferencias Nacionales de Salud y de los Consejos de Salud. Las Conferencias se realizan cada cuatro años y en ellas participan representantes de los diferentes segmentos sociales con el objetivo de evaluar la situación de la salud y realizar propuestas para la formulación de las políticas de la salud en los niveles correspondientes. Se realizan en los niveles municipal y estadual, y culminan con una Conferencia Nacional de Salud. Los Consejos de Salud son organismos colegiados compuestos por representantes del gobierno, prestadores de servicios, profesionales de la salud y usuarios. Las instituciones colegiadas tienen un carácter permanente y deliberativo y actúan en la formulación de estrategias y en el control de la ejecución de la política de la salud (De Souza, 2002).

El sistema de salud de Colombia

La Constitución Política de Colombia de 1991 estableció el derecho de todos los colombianos a la atención a la salud como un servicio público cuya prestación se realiza bajo la dirección, coordinación y control del Estado con la participación de agentes públicos y privados. La Ley N° 60 de 1993 dio impulso al mandato constitucional mediante normas que dieron origen a la descentralización del sistema. La Ley N° 100 del mismo año creó el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

El sistema de salud colombiano adopta un modelo segmentado que está compuesto por un amplio sector de seguridad social financiado con recursos públicos y un decreciente sector privado. Se trata de un sistema de competencia regulada, basado en la mezcla públi-

co-privada y mercado-regulación, cuyas principales fuentes de financiamiento son las cotizaciones de empleados y empleadores, que financian el Régimen Contributivo (RC), y los recursos fiscales obtenidos por medio de impuestos generales, que financian el Régimen Subsidiado (RS). Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) son entidades públicas y privadas que operan como aseguradoras y administradoras. Las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) se encargan de proveer los servicios de atención a los usuarios, de acuerdo con las prestaciones o beneficios definidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) (Agudelo Calderón et al., 2011). La afiliación al sistema es obligatoria y se hace a través de las EPS, públicas o privadas, que reciben las cotizaciones y a través de las IPS, que ofrecen el Plan Obligatorio de Salud (POS) o el POS-S para los afiliados al Régimen Subsidiado (RS) (Guerrero et al., 2011).

El RS es el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado.

La Ley 100 de 1993 define

que los destinatarios del régimen subsidiado son las personas pertenecientes a núcleos familiares que no cuentan con la capacidad de pago para estar afiliadas al régimen contributivo, y que será subsidiada “la población más pobre y vulnerable del país”. Se combinan así dos criterios para determinar los beneficiarios: la carencia de ingresos, y la vulnerabilidad ante los riesgos que afectan la salud. El primero corresponde principalmente con el objetivo de disminución de la pobreza, como falta de ingresos. El segundo, con el propósito de garantizar que determinados grupos, con desventajas en capacidades específicas para tener una vida sana, accedan a los servicios (Fresneda Bautista, 2003, p. 5).

Por carecer de cobertura o en busca de mejores condiciones de acceso que las del SGSSS, la población de altos ingresos y un sector de la población de ingresos medios acude a la consulta privada.

En síntesis, existen dos modalidades de aseguramiento que procuran brindar cobertura a toda la población: el régimen contributivo (RC) y el régimen subsidiado (RS), vinculados entre sí a través de un fondo de recursos llamado Fondo de Solidaridad y Garantía (FoSyGa).

Todos los trabajadores o jubilados, así como los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo, están obligados a afiliarse al RC, pudiendo elegir libremente una EPS pública o privada (Guerrero et al., 2011).

La participación en el Sistema de Protección Social está definida desde la Ley N° 100 que señala:

debe estimularse la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del SGSSS y en el Sistema de Protección Social, a través del establecimiento de mecanismos de vigilancia de las comunidades sobre las entidades que la conforman, mediante la participación de representantes de las comunidades de usuarios en las juntas directivas de las entidades de carácter público y la participación de los afiliados, individualmente o en sus organizaciones, en todas las instancias de asociación, representación, veeduría de las entidades rectoras, promotoras y prestadoras y del sistema en general (OPS, 2009a, p. 61).

Los ámbitos de participación establecidos por la Ley son:

- Los Comités de Participación Comunitaria (COPACO), espacio de concertación entre diferentes actores sociales y del Estado.
- Las Veedurías Ciudadanas, mecanismo de representación en el control social.
- Las Asociaciones de Usuarios, que son las organizaciones de afiliados que constituyen el mecanismo más importante de participación dentro del sistema.

Los críticos resaltan que:

El sistema ha puesto mucho énfasis en instrumentos de financiamiento al punto de que, a pesar del avance en la cobertura de afiliación al SGSSS, incluso se ha detectado estancamiento en ciertos indicadores de salud, en particular en los relacionados con la prevención. El fortalecimiento de la práctica de la salud pública, la información completa y oportuna, así como la evaluación de sus procesos y resultados, aparece como un reto mayor sin el cual será difícil orientar el sistema con criterios de promoción y prevención (Guerrero et al., 2011, p. 154).

El Sistema de Salud de Costa Rica

Otro país de América Latina que tiene un sistema sanitario basado en el modelo del seguro es Costa Rica, pero en este caso el rol de rectoría y regulación del Estado nacional es muy fuerte.

La Constitución Política de Costa Rica define como irrenunciable el derecho de los trabajadores a la protección contra los riesgos de enfermedad a través del seguro social. La Ley General de Salud define la salud de la población como un bien de interés público y estipula que es una función esencial del Estado velar por la salud de los costarricenses garantizando el derecho a las prestaciones de salud a todos los habitantes del país.

Los servicios personales de salud se prestan en el sector público, el sector privado y un difuso sector mixto. El sector público está dominado por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), principal proveedor de servicios personales. El Ministerio de Salud, como ente rector del sistema, y las instituciones adscritas (como los Centros de Educación y Nutrición [CEN], los Centros Infantiles de Nutrición y Alimentación Integral [CINAI] y el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia [IAFA]) atienden a poblaciones con carencias nutricionales y problemas de adicción a sustancias psicoactivas, respectivamente.

El seguro social obligatorio comprende los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte, y además los ingresos, para el caso de los trabajadores dependientes o asalariados. Su financiación proviene de una triple contribución: de los asegurados, de los patronos y del Estado.

Desde su fundación en 1941, la cobertura de la CCSS creció consistentemente hasta los años noventa. Desde entonces el porcentaje de asegurados ha oscilado entre 85,6% y 87,6%.

La prestación de servicios se brinda principalmente a través de la infraestructura del CCSS en los tres niveles de atención, por servicios del Instituto Nacional de Seguros (INS) y por establecimientos privados.

Cada establecimiento de salud que forma parte de la red tiene definida su población meta, a la cual debe prestar los servicios respectivos, según el nivel del cual se trate. El territorio donde se ubica esa población, se llama “zona de atracción” y a los centros de mayor complejidad a los cuales se pueden referir pacientes, se les llama “centros de referencia”. Teóricamente, la red está organizada para que unos y otros establecimientos se apoyen y complementen entre sí, sea entre establecimientos de un mismo nivel o entre establecimientos de niveles distintos (OPS, 2009b).

La fortaleza del sistema sanitario costarricense se debe en gran parte al importante desarrollo del primer nivel de atención constituido por los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS), que atienden a grupos poblacionales de 3500 a 4000 personas. Cada EBAIS cuenta con un médico, un auxiliar de enfermería y un asistente técnico de atención primaria, además de un equipo de apoyo compartido con los demás EBAIS del área. Este equipo de apoyo está compuesto por un trabajador social, una enfermera, un médico, un nutricionista, un farmacéutico, un microbiólogo y un técnico en registros médicos (Sáenz et al., 2011).

El proceso de reformas de los sistemas de salud en América Latina

En las últimas décadas del siglo XX los cambios económicos producidos por el proceso de globalización produjeron un impacto profundo en la situación social y económica de la región.

En la medida en que el crecimiento económico disminuyó, el gasto público en programas sociales se contrajo en la mayoría de los países de la región al tiempo que el ingreso per cápita disminuía y el desempleo y la actividad económica informal se intensificaban. Esto trajo aparejado como resultado que

los esquemas de protección social en salud entregados tanto por el subsistema dirigido por el Ministerio de Salud como por la Seguridad Social se hicieron altamente insuficiente, dejando a millones de personas excluidas del acceso a bienes y servicios de salud. Esto también se tradujo en un alto gasto de bolsillo, que persiste hasta hoy (OPS, 2008a, p. 14).

En la actualidad, el gasto de bolsillo en salud se encuentra cerca del 50% del gasto total en salud en varios países de la región. Así,

Diversos estudios muestran que cuando el gasto de bolsillo ocupa una proporción importante del gasto total en salud de los hogares, la capacidad de pago se convierte en el factor más importante en determinar si un individuo demandará los cuidados de salud que requiere (p. 14).

Aun cuando los propósitos de los procesos de reforma declarados formalmente estuvieron orientados al desarrollo de una agenda mundial centrada en mayor pluralismo, eficiencia, equidad, focalización a los grupos más desfavorecidos y el incremento de la calidad de los servicios de salud, en la práctica se produjo una reducción de la capacidad rectora por parte del Estado para la conducción y liderazgo en las políticas de salud. Los temas de la esfera sanitaria quedaron relegados a un segundo plano, se debilitó de manera global el funcio-

namiento del sistema de salud, no se logró el esperado incremento de cobertura para las poblaciones más pobres y no se observaron mejoras significativas en la equidad.

Hacia 2003 se comienza a desarrollar en América Latina un proceso de reflexión y análisis colectivo y participativo con miras a renovar la Atención Primaria de la Salud para que sirviera de guía y sustento de los sistemas de salud necesarios para avanzar hacia la Salud para Todos. En sus palabras de cierre de la “Conferencia internacional de salud para el desarrollo: derechos, hechos y realidades: de alma ata a la declaración del milenio: Buenos Aires 30/15”, la Directora de la OPS, Mirta Roses afirmó que:

Ese análisis indica que la mayoría de países de la Región requieren de profundos cambios estructurales en sus sistemas de salud para que éstos puedan contribuir de manera efectiva a la protección social, a garantizar el derecho a la salud de todos sus ciudadanos y a la cohesión social (Roses, 2007).

El desafío es enfrentar las debilidades estructurales, como la fragmentación operativa de la red de servicios, el déficit de financiamiento público, las inadecuaciones en la distribución del gasto y bajas condiciones de eficiencia, y el predominio del gasto del bolsillo. En este sentido es indispensable el fortalecimiento del rol rector y regulador de los Estados nacionales, para que desempeñen un rol enérgico y protagónico en la tarea de lograr la integración de sistemas con un altísimo grado de fragmentación e inequidades.

En la Declaración de Montevideo y el Documento de Posición sobre la Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas, formulados por los países a través de un proceso intenso y participativo de consulta regional, se propone como estrategia superadora la implementación en la región de sistemas basados en la Atención Primaria de la Salud (OPS, 2005).

El problema de la fragmentación

La fragmentación se traduce en la falta de integración que se manifiesta como deficiencias de coordinación entre los distintos niveles, la duplicación de la financiación, de los servicios y la infraestructura, así como la capacidad instalada ociosa y los servicios de salud prestados en muchas ocasiones en sitios poco apropiados. La falta de integración y coordinación de los sistemas

se constituye en un obstáculo para el logro del acceso universal ya que la eficiencia o racionalidad de las decisiones en materia de salud para la población se ve desfavorecida cuando los servicios constituyen compartimentos estancos, lo cual también repercute desfavorablemente en el funcionamiento integrado de los sistemas sanitarios (Isuani y Mercer, 1988).

En suma, la fragmentación genera dificultades en el acceso a los servicios, prestación de baja calidad técnica, uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, aumento innecesario de los costos de producción y poca satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos (OPS, 2010).

La mayoría de los sistemas de salud de América Latina son segmentados, es decir que coexisten subsistemas con diferentes modalidades de financiamiento, cobertura y provisión de servicios, que cubren diferentes segmentos de la población de acuerdo con su inserción laboral, nivel de ingresos o capacidad de pago. Para la OPS,

la segmentación es la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión de servicios de salud, cada uno de ellos “especializado” en diferentes segmentos de la población de acuerdo con su inserción laboral, nivel de ingreso, capacidad de pago y posición social. Este tipo de organización institucional consolida y profundiza la inequidad en el acceso a la atención de salud entre los diferentes grupos de población. En términos organizativos, coexisten una o varias entidades públicas (dependiendo del grado de descentralización o desconcentración),

la seguridad social (representada por una o varias entidades), y diversos financiadores/aseguradores y proveedores privados de servicios (dependiendo del grado de introducción de mecanismos de mercado y de gestión empresarial durante las reformas sectoriales de las décadas de 1980 y 1990 (OPS, 2007).

Ya que cada uno de estos subsistemas tiene modalidades diferentes de financiamiento, afiliación y provisión, tienden a funcionar de manera independiente y desarticulada, por lo que la segmentación de los sistemas de salud se constituye así en un gran condicionante, aunque no indefectible, de la fragmentación de los servicios de salud (Báscolo y Blejer, 2016).

En el mundo, y en particular en América Latina, existen sistemas segmentados con distinto grado de fragmentación. Mientras que, sistemas segmentados que no presentan un alto grado de fragmentación son, por ejemplo, Alemania u Holanda, que tienen proporcionalmente más dispersión en su seguridad social médica que la de nuestro sistema, sin que esto se exteriorice en niveles de fragmentación perjudiciales para los usuarios.

La cobertura universal de salud

El acceso y la cobertura universal de salud plantean como objetivo primordial que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin obstáculos ni discriminación alguna, a servicios de salud integrales y de calidad y medicamentos accesibles acordes con sus necesidades y que estos servicios no presenten además barreras económicas, especialmente para los grupos vulnerables.

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo. La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo, a los servicios. Sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Am-

bos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar (OMS/OPS, 2014).

En el 53° Consejo Directivo del Comité Regional de la OMS para América Latina, se definió el acceso universal

como la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, socio-cultural, de organización o de género. El acceso universal se logra a través de la eliminación progresiva de las barreras que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud, determinados a nivel nacional, de manera equitativa (OMS/OPS, 2014).

Los sistemas de salud eficientes y participativos requieren del compromiso de la sociedad, con mecanismos claros de inclusión, transparencia y rendición de cuentas, de participación multisectorial, de diálogo y consenso entre los diferentes actores sociales, así como del compromiso político firme y de largo plazo de las autoridades a cargo de formular políticas, legislaciones, reglamentaciones y estrategias para acceder a servicios integrales, oportunos y de calidad. Este compromiso debería incluir, según sea apropiado, un marco conceptual y jurídico que permita el acceso equitativo a los servicios y coloque a la salud como prioridad fiscal permitiendo un nivel de financiamiento suficiente, sostenible, solidario y eficiente. La evidencia sugiere que la inversión en salud es un motor para el desarrollo humano sostenible y el crecimiento económico.

En el documento de 2014, la OPS puntualiza que

el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad (OMS/OPS, 2014).

Asimismo, caracteriza la cobertura de salud como

la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento. La cobertura universal de salud implica que los mecanismos de organización y financiación son suficientes para cubrir a toda la población (OMS/OPS, 2014).

En el documento se establecen

cuatro líneas estratégicas simultáneas e interdependientes: a) ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades; b) fortalecer la rectoría y la gobernanza; c) aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios; y d) fortalecer la coordinación multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud que garanticen la sostenibilidad de la cobertura universal (OMS/OPS, 2014).

La segmentación y fragmentación presentes en la mayoría de los sistemas de salud de la región se traducen en inequidad e ineficiencias que complican el acceso universal, la calidad y el financiamiento y adicionalmente se perpetúan por la falta de capacidad regulatoria dentro de los sistemas de salud, al igual que por la verticalidad de algunos programas de salud pública y su falta de integración a nivel de la prestación de los servicios.

Es necesario transformar la organización y la gestión de los servicios de salud mediante el desarrollo de modelos de atención centrados en las necesidades de las personas y las comunidades, el aumento de la capacidad resolutoria del primer nivel, articulado en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y basado en la estrategia de atención primaria de salud, pero además es ineludible “fortalecer la capacidad de rectoría de las autoridades nacionales garantizando las funciones esenciales de salud pública, y mejorando la gobernanza

para el logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud” (OMS/OPS, 2014).

El sistema de salud argentino

El sistema sanitario argentino es el producto de un desarrollo histórico que, a través del accionar de sus protagonistas y de sus acciones y omisiones, fue adquiriendo una especial conformación que ha desembocado en su actual estructura mixta. En ella coexisten tres subsectores que, en realidad, son tres modelos diferenciados, por lo cual es un sistema con claras características de sistema segmentado.

Por otra parte, la organización federal del país hace que las provincias retengan su autonomía para administrar los servicios de salud y educación, lo cual genera pluralidad de iniciativas y jurisdicciones, así como una persistente fragmentación institucional, que acentúa la dispersión de los centros de decisión. Como señala Hugo Arce,

en lo referente a las autoridades sanitarias y la administración de los recursos asistenciales, existe una distribución de facultades decisorias y de regulación entre la Nación y las provincias, cuyo equilibrio les impide concentrar atribuciones suficientes para planificar reformas trascendentes en la gestión global del sistema (Arce, 2012, p. 415).

La autoridad sanitaria nacional carece de poder suficiente para imponer innovaciones legislativas que deriven en cambios trascendentes, por lo que requiere generar consensos muy amplios que escapen a su capacidad de influir sobre los poderes provinciales y los recursos que gestionan.

Todos estos factores confluyen para la conformación de un sistema con un alto grado de fragmentación, que presenta importantes barreras a la accesibilidad y profundas inequidades, que en la práctica impactan de manera muy negativa sobre la declamada universalidad que el sistema en lo formal establece.

El sistema, además, reúne otras características que lo convierten en deficitario para las necesidades sanitarias de la población e ineficiente respecto a la inversión de recursos que el país realiza. El tipo de atención se caracteriza por el predominio de un modelo biomédico y curativo, orientado hacia la atención de procesos agudos y escasamente adaptado a las enfermedades crónicas no transmisibles, el problema central de los sistemas sanitarios en el mundo actual. La fragmentación se convierte en un factor determinante, no solo de la accesibilidad sino que tampoco garantiza la continuidad de la atención por falta de coordinación entre los distintos niveles. El modelo está basado en la atención a demanda, siendo escasamente proactivo y con predominio del trabajo individualista por sobre la interdisciplina.

Esta particular conformación de nuestro sistema sanitario lo diferencia respecto a otros países de la región ya que, si bien considerando los indicadores de estructura detenta recursos superiores al resto y los resultados sanitarios evidencian ventajas sobre gran parte de los países latinoamericanos, en términos de resultados sanitarios alcanzados obtiene un bajo rendimiento en relación con los recursos destinados al sector (Tobar, Olaviaga y Solano, 2012).

El subsector público

La Argentina tiene un amplio subsistema público de salud que se extiende por todo el territorio nacional y, debido a su régimen federal de gobierno, se divide en tres jurisdicciones: nacional, provincial y municipal.

La salud es una competencia no delegada por los gobiernos provinciales a la Nación, por lo cual estas y los municipios brindan servicios directos de asistencia a la población. Las autoridades sanitarias provinciales poseen además competencias relativas a la fiscalización del funcionamiento de los servicios y la administración de instituciones y establecimientos públicos, la formación y capacitación de los

recursos humanos en el sector, la coordinación intersectorial, la regulación de actividades vinculadas con la investigación, entre otras funciones, todas dentro de sus respectivas jurisdicciones.

La Nación ejerce la conducción del sector en su conjunto, diseña las políticas y programas, elabora normas regulatorias y ejecuta acciones de coordinación entre los distintos subsectores.

En 2012, el 62% de los establecimientos públicos de salud (5.815) eran provinciales, 38%, municipales (3.571) y solamente 19 establecimientos de salud tenían dependencia del gobierno nacional (Medina y Narodowski, 2015). Del total de las 187.980 camas de que dispone el país, el 47% son públicas y el 53%, privadas.

El primer nivel de atención, los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), es gestionado y financiado por el nivel municipal. En ellos se ponen en práctica programas de atención y prevención de la salud, en general coordinados por los ministerios de salud de las provincias. Este nivel actúa como la puerta de ingreso al sistema de salud; no existe una organización de red integrada, formal e institucional.

El segundo nivel de atención está constituido por los hospitales públicos, nacionales, provinciales o municipales que incluyen una serie de servicios de diagnóstico y tratamiento, de mediana y alta complejidad en internación o ambulatorios.

En las capitales de provincia o ciudades importantes existen establecimientos de mayor complejidad, generales o especializados, que constituyen el tercer nivel de atención.

El Ministerio de Salud de la Nación tiene, entre otras, las siguientes funciones (Decreto N° 13/2015):

1. Fijar objetivos de salud y elaborar e implementar políticas para alcanzarlos.
2. Regular y fiscalizar el acceso y la calidad de la atención médica.

3. Coordinar, articular y complementar los sistemas de salud estatales del ámbito nacional, provincial y municipal, de la seguridad social y del sector privado.
4. Regular los planes de cobertura de salud (Fracchia y López Amoros, 2016).

El Ministerio ejerce un rol de integrador y coordinador de otros muchos organismos, que incluyen a los ministerios de salud de las veintitrés provincias argentinas y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Uno de los instrumentos centrales en este sentido y en la definición de líneas de acción son los programas nacionales, implementados en general de manera conjunta con las provincias y municipios.

Existen diversos organismos dependientes del Estado nacional, que desempeñan diversos roles de rectoría:

1. Superintendencia de Servicios de Salud (SSS): tiene a su cargo la regulación y el control de las obras sociales y de las empresas de medicina prepaga.
2. Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT): regula todo lo relacionado a la producción y comercialización de medicamentos, alimentos y tecnología médica.
3. Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS): desarrolla y coordina acciones de prevención de la morbimortalidad causada por enfermedades infecciosas y con base genética o nutricional.
4. Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI): legisla y regula todo lo relativa a donación y trasplante de órganos (Fracchia y López Amoros, 2016).

El ámbito principal para la coordinación del subsector público es el Consejo Federal de Salud (COFESA), integrado por los ministerios

de salud de la nación, las veintitrés provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El Consejo Federal Legislativo de Salud (COFELE-SA) integra a los legisladores de las comisiones de salud de las legislaturas nacionales y provinciales.

Las Obras Sociales

El subsector de la seguridad social se estima que actualmente cubre aproximadamente al 53% de la población del país, lo que convierte como el de mayor peso en el sistema de salud de la Argentina. Está compuesto por múltiples seguros sociales de afiliación obligatoria denominadas Obras Sociales (OS), financiada mediante contribuciones obligatorias obrero-patronales. El conjunto de estas supera las 300, con distintas características de acuerdo con el sector cubierto. La Ley N° 23660 identifica las siguientes categorías.

- Las obras sociales sindicales correspondientes a las asociaciones gremiales de trabajadores con personería gremial, signatarias de convenios colectivos de trabajo.
- Los institutos de administración mixta, las obras sociales y las reparticiones u organismos que, teniendo como fines los establecidos por la ley, hayan sido creados por leyes de la Nación.
- Las obras sociales de la Administración Central del Estado Nacional, sus organismos autárquicos y descentralizados.
- Las obras sociales de las empresas y sociedades del Estado.
- Las obras sociales del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios.
- Las obras sociales constituidas por consenso con empresas privadas o públicas y las que fueron originadas a partir de la vigencia del artículo 2º, inciso g), punto 4 de la Ley N° 21476.

- Las obras sociales del personal civil y militar de las Fuerzas Armadas, de Seguridad, Policía Federal Argentina, Servicio Penitenciario Federal y los retirados, jubilados y pensionados del mismo ámbito que se adhieran.
- El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJYP), más conocido a través de la sigla PAMI (Programa de Atención Médico Integral), que brinda cobertura a jubilados y pensionados de las cajas nacionales de previsión social.

El órgano rector del sistema de OS es la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), creada en 1996 como organismo descentralizado del Ministerio de Salud, que goza de autonomía administrativa, económica y financiera, y es un ente de supervisión, fiscalización y control de los agentes que integran el Sistema Nacional de Seguros de Salud.

El financiamiento de las OS nacionales proviene del aporte del 8% del salario de los trabajadores activos (3% del trabajador y 5% del empleador). Las OS provinciales se financian de manera similar, con contribuciones de los empleados gubernamentales y de los gobiernos provinciales como empleadores.

Una parte de las contribuciones a las OS se destina al Fondo Solidario de Redistribución (FSR), que se implementó para aumentar la equidad en la distribución de los recursos entre las distintas entidades. Tiene como fin cubrir la diferencia entre la cotización del trabajador y la cápita asociada al Programa Médico Obligatorio (PMO). Para ello, la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) redistribuye a las OS una cierta cantidad por cada grupo familiar afiliado que no alcance a cubrir el costo del PMO. Los recursos remanentes se dirigen a la Administración de Programas Especiales (APE) y se utilizan para apoyar financieramente a las OS en la cobertura de padecimientos de alto costo y baja frecuencia.

El mínimo de prestaciones que deben brindar las OS se encuentra delimitado por el PMO, creado través del Decreto N° 492/95; el Ministerio de Salud y Acción Social aprobó el programa de prestaciones médico-asistenciales, como un listado de las prestaciones que obligatoriamente deben brindar las obras sociales nacionales. Por otra parte, por el citado decreto se creó en el ámbito de la Secretaría de Políticas de Salud y Regulación Sanitaria, una comisión técnica del PMO con el objetivo de formular dicho programa y dictar las normas reglamentarias necesarias para su ejecución. El PMO entró en vigor a partir de la publicación de la Resolución (MS) N° 247 del año 1996 y posteriormente se fueron dictando sucesivas modificaciones.

Las obras sociales proveen directamente algunos servicios de salud por medio de instalaciones propias, aunque contratan la mayoría de los servicios a proveedores privados.

Con respecto a las camas para internación que dependen de las obras sociales, existen unos 264 establecimientos que son propiedad de distintas entidades, que se encuentran concentradas en pocas jurisdicciones. Alrededor de un 40% se encuentran en la Ciudad de Buenos Aires, un 20% en la provincia de Buenos Aires y las restantes distribuidas entre ocho provincias.

El subsector privado

Está constituido por proveedores que ofrecen servicios a través de la afiliación voluntaria y cobran una mensualidad a sus asociados, a los que brindan acceso a una red de servicios asistenciales que proporcionan las prestaciones establecidas por regulación nacional a través del PMO.

Estas entidades son denominadas Empresas de Medicina Prepaga (EMP) y funcionan en todo el territorio nacional, si bien existe una importante concentración en la Ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense.

Sus antecedentes se remontan a 1932, cuando un grupo de médicos de distintas especialidades organizan la primera, aunque informal, empresa de medicina prepaga bajo la dirección de Alejandro Schvarzer. Cada uno aporta sus propios pacientes, conformando una cartera de clientes unificada que abonaban una mínima cuota.

En 1963 se funda el Sanatorio Metropolitano, con un sistema también cerrado y centralizado. A mediados del año 1962 se crea la Asistencia Médica Social Argentina (AMSA),

que produce un verdadero cambio al implementar un sistema cerrado descentralizado, cuya característica es la de ofrecer una cartera de profesionales con atención en sus consultorios particulares, y estudios de diagnóstico o internación en distintos centros de diagnóstico y tratamiento, como así también en varios sanatorios de Capital Federal y del Gran Buenos Aires (Hurtado, 2007).

A partir de 1980 las EMP comienzan a expandirse, y a fines de 1990 llegaron a comprender más de 250 empresas, que brindaban servicios a más de dos millones de afiliados. Luego de la crisis del 2001, se produce un proceso de concentración, con fusiones y compras, que produce el ingreso de empresas extranjeras, algunas ligadas al sector financiero.

Las entidades prepagas tienen como clientes a personas que las contratan y, como contraprestación, se obligan al pago de una cuota periódica. A diferencia de los beneficiarios de las obras sociales (que deben afiliarse obligatoriamente), los particulares se asocian voluntariamente. El vínculo se patentiza a través de un contrato en que las partes se obligan recíprocamente: una a brindar prestaciones de salud al asociado-beneficiario; la otra al pago de una cuota mensual (Garay, 2017a).

La regulación de las EMP se materializa a través de la Ley N° 26682, sancionada en el año 2011. Esta ley las define legalmente señalando que

se consideran Empresas de Medicina Prepaga a toda persona física o jurídica, cualquiera sea el tipo, figura jurídica y denominación que adopten cuyo objeto consista en brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante sistemas pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa (Ley N° 26682, art. 2°).

En su artículo 7 establece que las empresas de medicina prepaga deben cubrir como mínimo, en sus planes de cobertura médico asistencial, el PMO vigente según la normativa dictada por el Ministerio de Salud de la Nación y el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad prevista en la Ley N° 24901 y sus modificatorias.

En el resto del articulado establece normas que protegen a los afiliados en lo que respecta a dar soluciones a la problemática relacionada con el período de carencia y a las enfermedades preexistentes.

Además, el subsector privado está integrado también por un importante número de prestadores médicos privados (clínicas, sanatorios, profesionales de la salud) que proporcionan servicios tanto a las obras sociales como a las prepagas.

La segmentación del sistema de salud argentino

El sistema de salud la República Argentina es un sistema segmentado, que se ha estructurado sobre la base de sus fuentes de financiamiento: el sistema de seguridad social, los servicios destinados a la población excluida del sistema de la seguridad social y financiada a través del presupuesto estatal y las organizaciones de seguro privado, en las cuales parte de la población hace aportes voluntarios en

función a planes de cobertura definidos por las propias instituciones aseguradoras (prepagas) (Báscolo y Vasallo, 2001).

Ya que cada uno de estos subsistemas tiene modalidades diferentes de financiamiento, afiliación y provisión, tienden a funcionar de manera independiente y desarticulada, por lo que la segmentación de los sistemas de salud se constituye así en un gran condicionante, aunque no indefectible, de la fragmentación de los servicios de salud.

Si bien en general se considera que la fragmentación es una de las principales características de los sistemas segmentados, como expresa Federico Tobar, la multiplicidad de agentes no implica necesariamente fragmentación, pero el hecho de que haya muchos responsables sin un esquema explícito y coordinado de división del trabajo, hace que las responsabilidades se diluyan (Báscolo y Blejer, 2016).

En los sistemas segmentados, la coexistencia simultánea de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, “especializadas” de acuerdo con los diferentes segmentos de la población, condicionan de partida y de forma estructural la existencia de subsistemas que funcionan en forma independiente unos de otros. Esto causa graves problemas de integración desde una perspectiva global del funcionamiento del sistema. Este fenómeno, de raíces históricas, significa que muchos de los sistemas de salud y protección social latinoamericanos se “especializan” en estratos específicos de la población agrupados por clase social, ingreso, ocupación, inserción en el mercado laboral formal, origen étnico u ocupación del territorio (urbano/rural), lo cual produce el fenómeno de la segregación poblacional, que consiste en la estratificación del ejercicio del derecho a la salud. Como consecuencia, las redes de provisión de servicios fueron creadas de forma acorde por cada subsistema, con limitada integración y comunicación entre las unidades asistenciales que las forman, tanto dentro de un mismo subsistema como entre los subsistemas y los diferentes niveles de atención (OPS, 2008b).

La fragmentación en el sistema sanitario argentino

El sistema de salud argentino es poco eficiente en comparación con otros países de la región, más aún si se considera el nivel de gasto en salud considerablemente mayor de nuestro país en relación a muchos de ellos.

En el caso particular de la Argentina, es necesario bucear en los orígenes del sistema y de los distintos actores que fueron tomando relevancia en el devenir histórico y en cómo se fue desarrollando la particular dinámica que llevó a la situación actual, siendo uno de los aspectos el rol asumido por estos en cada coyuntura histórica.

Como describen Ernesto Báscolo y Carlos Vasallo (2001), la fragmentación de nuestro sistema sanitario se caracteriza por:

- Carencia de un plexo normativo definido por un marco legislativo que precise las modalidades de cobertura, sus alcances, la definición de la población correspondiente a cada subsector y las pautas de organización del sistema de servicios de salud.
- Ausencia de dispositivos institucionales de articulación de los mecanismos financieros y de prestación de servicios directos que afectan los diferentes subsectores.
- Existencia de diferentes instituciones regulatorias con débiles capacidades organizacionales e institucionales.
- Combinación de distintas jurisdicciones (nacionales, provinciales, municipales) involucradas en el sistema con funciones heterogéneas.

Los autores describen las siguientes manifestaciones de esta situación en el sistema sanitario argentino:

- Existe una fragmentación institucional entre distintas organizaciones sanitarias, lo que se manifiesta en la ausencia de me-

canismos de coordinación entre consultorios y organizaciones a cargo de prestaciones diagnósticas (laboratorios o imágenes).

- La falta de la coordinación en la provisión de servicios entre distintos niveles de un mismo subsector (primer, segundo y tercer nivel).
- La fragmentación de la gestión de procesos de atención al interior de las instituciones sanitarias. En este caso, se destaca la ausencia de coordinación entre distintas etapas. Esto hace que la fragmentación general del modelo tradicional se reproduzca al interior de las mismas organizaciones de salud.
- La fragmentación entre distintos sectores (público/privado). La consideración de la relación entre distintos sectores obedece a la observación de la problemática de nuestro país, en donde la débil articulación entre el sector público y el privado desaprovecha recursos tecnológicos, con ineficiencias evidentes en economías de escala de servicios de alta complejidad.
- La ausencia de mecanismos de articulación entre la compra y la provisión directa de los servicios. Este punto está relacionado a la “histórica debilidad de la función de compra al interior del sistema de salud y/o al inadecuado vínculo entre las estrategias utilizadas por las agencias de compra y el desarrollo institucional del modelo de atención” (Báscolo y Vasallo, 2001).

En líneas generales puede concluirse que la fragmentación de nuestro sistema de salud se manifiesta en una fragmentación de derechos, pues no todas las personas acceden al derecho a la salud con la misma plenitud ni calidad; una fragmentación jurisdiccional que hace que las personas tengan diferencias de cobertura y calidad de atención de acuerdo al lugar en el que residen; y una fragmentación normativa, ya que no existen pautas que posibiliten la articulación dentro de y entre los subsectores.

Federalismo y fragmentación

Ya se dijo que la Argentina es un país con régimen federal en el cual la salud es responsabilidad de las provincias, siendo el rol asumido por el estado nacional de carácter normativo en la rectoría de las políticas de salud y en la implementación de programas verticales que, en general, proporcionan el financiamiento y delegan la ejecución en las provincias.

Los ministerios de salud provinciales tienen bajo su órbita a la mayoría de los proveedores de servicios de salud para la población sin cobertura explícita, mientras el Ministerio de Salud de la Nación solo tiene organismos descentralizados residuales. De esta forma, los espacios de transformación del sector público residen en jurisdicciones ajenas a la nacional. El Estado nacional debe articular marcos regulatorios y estrategias de promoción de procesos de reforma que serán materializadas por los ministerios provinciales (Báscolo y Vassallo, 2001).

La naturaleza nacional del sistema de seguridad social y la ausencia de mecanismos de coordinación con el sector público potencian la fragmentación, ya que las jurisdicciones provinciales están ajenas a promover acciones o estrategias de cambio sobre la problemática de la organización de los servicios contratantes con el sistema de obras sociales nacionales. Frente a este panorama debemos preguntarnos: ¿es el régimen federal la causa de la fragmentación de nuestro sistema de salud?

Una aseveración, compartida por muchos estudiosos del sistema de salud argentino, adjudica a la autonomía con la que los territorios definen sus sistemas de salud un peso importante en la causas de la fragmentación existente en nuestro sistema sanitario. Más allá de que enrostrarle al federalismo la responsabilidad de causante de nuestros males sanitarios implicaría renegar de una parte importante de nuestra historia y desconocer la lucha de nuestras provincias por instalar un régimen en el que se respetara las autonomías pro-

vinciales, esta aseveración incurre en una simplificación que no resiste el cotejo con la realidad de otros países.

Jorge Mera, por ejemplo, señala como argumento de lo erróneo de esta afirmación el caso de países con régimen federal, como Canadá, que sin embargo tienen sistemas de salud integrados (Mera, 2014).

El gasto en salud

Oscar Cetrángolo afirma que

los recursos destinados al financiamiento de la salud en Argentina se ubican considerablemente por encima del promedio de América Latina, y acercándose a los valores de países europeos. No obstante, la composición del gasto difiere mucho de la de estos últimos. Obviamente, se trata de sistemas con un diseño diferente, donde la preocupación por alcanzar una cobertura universal y homogénea en esos países se traduce en un mayor peso del gasto público, en torno al 76% del gasto total del sector (Cetrángolo, 2014, p. 167).

Además, a estos problemas se suma la fragmentación territorial debido a la existencia de sistemas de salud a nivel subnacional, con coberturas dispares de acuerdo con las condiciones socioeconómicas de cada lugar. Esto trae aparejado que los habitantes de las distintas provincias cuenten con niveles diferentes de cobertura del sector público en función de su localización geográfica. Por lo que el autor concluye que

el objetivo de lograr cobertura universal y equitativa implica que el acceso a los servicios de salud brindados por el sector público y seguridad social debe ser definido por la necesidad de atención y no por la capacidad de pago individual (Cetrángolo, 2014, p. 148).

Por otra parte, el gasto público no se destina exclusivamente a la financiación de la atención médica de las personas sin cobertura de

seguros de salud, en gran medida por el hecho de que existe gasto público en salud que no es asistencial,

como el destinado a programas de promoción y otra a acciones de regulación e investigación que deberían ser considerados como bienes públicos (ya que no hay posibilidad de exclusión en su distribución y consumo) o bienes sociales, debido a las externalidades positivas que generan. Como ejemplo de estos últimos puede destacarse el Programa Ampliado de Inmunizaciones que, aun cuando no alcanzara la cobertura universal, beneficia al conjunto de la población, ya que la vacunación de unos reduce el riesgo de contraer enfermedades también para los que no fueron vacunados (Tobar, Olaviaga y Solano, 2012).

Además, dentro del gasto asistencial del subsector público, una parte es dirigida a quienes tienen cobertura de seguros, lo que equivale a un subsidio cruzado desde el sector público a los seguros de salud (obras sociales y prepagas).

Otro caso de subsidio cruzado es el llamado “descreme” de las obras sociales, debido a que un importante porcentaje de beneficiarios recibe la cobertura de empresas de medicina prepaga a través de obras sociales, es decir que la población asalariada de mayores ingresos busca acceder a la cobertura de empresas privadas de aseguramiento, ya que algunas obras sociales asumieron contratos con empresas de medicina prepaga a quienes les transfieren la responsabilidad por la prestación de servicios.

En la Argentina, la posibilidad de brindar una cobertura homogénea y equitativa de recursos de salud se ve acotada en función de la descentralización y la fragmentación del sistema sanitario. Entre los principales resultados, se observa una relación regresiva entre el gasto de bolsillo en salud de las familias y los niveles de ingreso (Maceira, 2009).

Como señala el informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) “cuanto mayor sea la contribución del gasto público, más equitativo y redistributivo será el gasto en salud,

mientras que una mayor participación del gasto privado da cuenta de un menor grado de solidaridad del sistema” (PNUD, 2010, p. 60).

Los problemas derivados de niveles elevados de gasto de bolsillo en salud, en muchos casos limitan el acceso a los servicios de salud a aquellas personas que más los necesitan.

Si en lugar de esta fragmentación de la financiación existiera un fondo único de aseguramiento en salud, sería posible que las familias, independientemente de su capacidad de pago, se encontraran en condiciones de satisfacer sus necesidades de consultas, internación, análisis y estudios complementarios o medicamentos.

El marco normativo del sistema de salud argentino

Como describen Báscolo y Vasallo (2001, p. 11) la fragmentación de nuestro sistema sanitario se caracteriza, entre otros aspectos, por la “ausencia de un sistema normativo (aprobado legislativamente) integral que defina el sistema de cobertura, sus alcances, la definición de la población correspondiente a cada subsector, pautas de organización del sistema de servicios de salud”.

Recién en la década de 1940, coincidente con un rol activo del Estado nacional en materia de salud pública, se hicieron los primeros intentos en la dirección de dotar al país de una legislación nacional en materia sanitaria, con la sanción de la Ley N° 13012, que es la base del Código Sanitario Nacional, y la Ley N° 13019, que regulaba el plan de salud diseñado por Ramón Carrillo.

El objeto de la Ley N° 13012 era ordenar y coordinar la legislación vigente, renovar sus principios y ampliar las capacidades del organismo sanitario nacional para crear el código sanitario argentino. Fue una norma organizadora de la salud pública. En todas las publicaciones de Carrillo como secretario de Salud Pública, se hacen referencias a la preparación de un código sanitario, que representaría la validación legal de todo el plan. En los hechos, la designación

de una comisión para estudiar el asunto y elaborar el código, fue uno de los primeros actos administrativos, ratificando la importancia que le concedía (Veronelli y Veronelli Correch, 2004).

Todas las normativas sancionadas en el período posterior al derrocamiento de Juan Perón legislaron sobre cuestiones en general orientadas a desgusar el centralismo del estado peronista. Una ley trascendente, pero que profundizaría la fragmentación del sistema sanitario fue la N° 18610, de Obras Sociales, sancionada por la dictadura de Juan Carlos Onganía, que produjo un impacto que persiste hasta nuestros días al consolidar el sistema de obras sociales sindicales pero con una colosal transferencia de recursos hacia el sector privado, el que comienza en esos años y por este motivo un acelerado crecimiento.

La sanción en 1974 de la ley de creación del SNIS, luego derogada por la dictadura militar en 1978 y de la Ley N° 23661, de creación del Seguro Nacional de Salud, aún vigente pero desnaturalizada por diversos decretos reglamentarios, fueron intentos hacia la integración del sistema que lamentablemente se frustraron por el accionar dictatorial, en el primer caso y por la implantación de políticas favorecedoras de los intereses sectoriales en la década de 1990.

Una última oportunidad histórica desaprovechada por la falta de iniciativa y cohesión de los actores del sistema fue la de la reforma constitucional de 1994, en la que se hubiese podido avanzar en el objetivo de concederle rango constitucional al derecho a la salud.

El jurista Oscar Garay enumera cinco causas que generan un marco legal poco apto para regular al fragmentario sistema de salud argentino:

1. La multiplicidad de jurisdicciones con competencia para legislar en cuestiones de salud (Nación, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las veintitrés provincias).
2. La segmentación del sector salud que se manifiesta en incoordinación y fragmentación, lo que se traduce en inequidad en el acceso a los servicios de salud.

3. La legislación en salud fue surgiendo como expresión de la historia del país, con sus avances y retrocesos tanto institucionales, económicos, socioculturales) como sanitarios.
4. La mayoría de la legislación evidencia los valores de la sociedad del siglo XX, con rasgos paternalistas, conservadores y autoritarios.
5. Falta incorporar a los textos normativos los avances científicos-tecnológicos producidos en la medicina, así como contenidos mínimos éticos-jurídicos que resultan de la bioética y del derecho internacional de los derechos humanos.

En los últimos treinta años se han sancionado una serie de leyes que intentan hacer efectivo el cumplimiento de los derechos a la salud, entre las que se puede enumerar como las más significativas:

- Ley N° 23660, de Obras Sociales, promulgada en el año 1989.
- Ley N° 23661, del Sistema Nacional de Seguro de Salud, promulgada en el año 1989.
- Ley N° 24091, de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral de las Personas con Discapacidad, promulgada en el año 1997.
- Resolución N° 931 del año 2000, sobre el Programa Médico Obligatorio.
- Resolución N° 201 del año 2002, que crea el Programa Médico Obligatorio de Emergencia.
- Resolución N° 310/2004, modificatoria de la Res. 201/2000.
- Ley N° 26061, de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, promulgada en el año 2005.
- Ley N° 26529, de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales o Instituciones de Salud, promulgada en el

año 2009, reglamentada por el Decreto N° 1089/2012 y reformado por la Ley N° 26742.

- Ley N° 26657, Ley Nacional de Salud Mental, promulgada en el año 2010.
- Ley N° 26682, de Medicina Prepaga, promulgada en el año 2011.

Por último, Garay expresa:

las fallas que presenta el sistema legislativo sanitario federal y las propias del modelo argentino de la salud (desarticulación, segmentación y fragmentación), generan que el sistema de salud argentino presente rasgos de inequidad. Esa situación fáctica y jurídica debe ser asumida por la sociedad, en el actual momento temporal de cambios, como un desafío para construir una Ley Federal de Salud que produzca equidad en el acceso a la atención de la salud de calidad para los cuarenta millones de argentinos (Garay y Baggini, 2010).

El derecho a la salud en la Constitución Nacional

La mayoría de los países de América Latina incluyen explícitamente en sus textos la garantía del derecho a la salud por parte del Estado nacional. En algunos, como Bolivia, Brasil y Venezuela, en un sentido integral. En otros, como Chile y Paraguay, solo como derecho la protección de la salud, mientras que en otros el derecho solo aparece ligado a la adhesión a tratados internacionales, como es el caso de Argentina, Uruguay y Costa Rica.

En la Argentina el derecho a la salud no fue incluido de manera explícita en la Constitución de 1853, aunque según algunos constitucionalistas lo fue de manera implícita a través del artículo 33 de los derechos no enumerados. Se trató de un derecho individual anexo al derecho a la vida y su sujeto pasivo era el Estado, que debía abstenerse de violar o dañar la salud (Bidart Campos, 2004).

En la Convención Constituyente de 1994 se debatió fugazmente la necesidad de consagrar el derecho a la salud como un derecho social. Carlos Vasallo plantea que

esto hubiera significado que la salud para los argentinos, dejaba de ser un bien mixto (donde se brinda atención gratuita a las personas sin cobertura y se cubren universalmente los servicios con fuertes externalidades considerando que no son divisibles y generan un beneficio individual, en tanto que el resto queda librado a la capacidad de compra que pueda tener el individuo), y pasaba a ser un bien meritorio (para el cual la sociedad considera indispensable asegurar su cobertura) (Vasallo, 2014)

Y posteriormente añade:

sin embargo la Convención ratificó lo que la sociedad argentina ha venido haciendo tanto en períodos democráticos como autoritarios: dejar la salud fuera de los derechos sociales asegurados. Desde su origen la educación fue pública, gratuita y universal mientras que la salud logró apenas que el Estado se involucrara cuando las consecuencias sociales de algunas enfermedades individuales generaban incertidumbres y pérdidas económicas (Vasallo, 2014).

La reforma constitucional de 1994 incorpora aspectos relativos a la salud de manera expresa en las siguientes normas: a) En el artículo 41 sobre ambiente, se prescribe específicamente que “Todos los habitantes gozan del derecho a un ambiente sano, equilibrado, apto para el desarrollo humano [...] Las autoridades proveerán a la protección de este derecho [...] Corresponde a la Nación dictar las normas que contengan los presupuestos mínimos de protección, y a las provincias, las necesarias para complementarlas, sin que aquéllas alteren las jurisdicciones locales [...] Se prohíbe el ingreso al territorio nacional de residuos actual o potencialmente peligrosos, y de los radiactivos”; b) En el art. 42 sobre consumidores y usuarios se indica que “Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud [...] Las autoridades proveerán a la protección de esos derechos [...] (Constitución de la Nación Argentina, 1994, p. 8).

A nivel estrictamente jurídico y constitucional, debe establecerse que la Constitución de 1994 llegó a consagrar solamente el derecho a la salud desde el punto de vista del “consumidor” de bienes y servicios (artículo 42). Pero el derecho a la salud, como un bien a garantizar por el Estado nacional ni siquiera está expresado (Escudero y Moyano, 2005).

En el texto de la reforma de 1994 se otorga consagración constitucional a los numerosos derechos reconocidos en los diez Documentos Internacionales sobre Derechos Humanos, mencionados en el inciso 22 del nuevo artículo 75: «...La Declaración Americana de los Derechos y deberes del Hombre; la Declaración Universal de los derechos Humanos; la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo; la Convención sobre la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio; la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes; la Convención sobre los derechos del Niño; en las condiciones de su vigencia, tienen jerarquía constitucional, no derogan artículo alguno de la Primera Parte de esta Constitución (entre ellos el art. 27) y deben entenderse complementarios de los derechos y garantías por ella reconocidos. ...Los demás tratados y convenciones sobre derechos humanos, luego de ser aprobados por el Congreso, requerirán del voto de las dos terceras partes de la totalidad de los miembros de cada Cámara para gozar de la jerarquía constitucional (Constitución de la Nación Argentina, 1994, pp. 15-16).

Debido a esta incorporación, hay quienes reivindican que la Constitución cumple con el objetivo de garantizar el derecho a la salud; sin embargo, la falta de acuerdo previo entre los constituyentes sobre su inclusión explícita en el texto aprobado demuestra, además de falta de consenso, la debilidad de una voluntad expresa de darle rango constitucional al derecho a la salud.

En este sentido Germán J. Bidart Campos destaca:

Los tratados sobre derechos humanos, si bien responden a la tipología de los tratados internacionales, están destinados a obligar a los Estados parte a cumplirlos dentro de sus respectivas jurisdicciones internas, es decir, a respetar en esas jurisdicciones los derechos que los mismos tratados reconocen directamente a los hombres que forman la población de tales Estados. El compromiso y la responsabilidad internacionales aparejan y proyectan un deber “hacia dentro” de los Estados, cual es el ya señalado de respetar en cada ámbito interno los derechos de las personas sujetas a la jurisdicción del Estado-parte (Bidart Campos, 2004, p. 78).

Los que minimizan esta exclusión plantean que la realidad sanitaria de los países de América Latina aludidos no siempre está en relación directa con el grado de garantía presente en el texto constitucional.

Es así que coexisten países, que pese a tener una clara inclusión del derecho de manera integral en la práctica no tienen una verdadera garantía por parte del Estado, con otros que, pese a no tener una expresa inclusión del derecho, han implementado sistemas de cobertura universal con verdadera equidad, como es el caso de Costa Rica, cuya Constitución no establece taxativamente la garantía del derecho a la salud por parte del estado (solo lo establece como derecho de los trabajadores a ser cubiertos por el seguro), pero pese a ello ha desarrollado un sistema de salud que cumple con este objetivo.

Sin embargo, en muchos casos la inclusión de esa garantía tiene como significado el consenso de la sociedad, expresada en sus partidos políticos en aspirar a brindar a los habitantes del país una cobertura integral y universal.

En el caso de nuestro país, esta omisión revela la falta de presencia del problema de la salud en la agenda pública, la falta de cohesión de los actores del sector para imponerla y la falta de voluntad política de los representantes del pueblo para tratarlo e incorporarlo al texto constitucional.

PRIMERA PARTE

Evolución histórica del sistema de salud argentino

Capítulo 1

Orígenes

Los orígenes

Los comienzos de nuestro sistema de salud se remontan a la sociedad colonial que se desarrolla después de las primeras acciones de conquista por parte de los contingentes de españoles arribados inicialmente a nuestro territorio.

En este sentido, el trasplante de las instituciones hispanas y su adaptación al nuevo mundo tuvieron algunas características singulares que imprimirían rasgos particulares y definitivos a nuestra organización social, política y administrativa, que luego se manifestarían a lo largo del tiempo en el devenir del sistema de salud.

Muchos de los rasgos constitutivos de los inicios, con las transformaciones lógicas del transcurso histórico, constituirían características persistentes en el desarrollo de las instituciones sanitarias nacionales y el rol de los actores involucrados, Estado, trabajadores y prestadores, constituirían la clave para su análisis en cada coyuntura histórica.

En cada época se desarrollaron instituciones que tenían que ver con la situación política interna o externa influenciada por las ideologías preponderantes en cada momento histórico, el rol que desempeñaba el Estado o el estamento de poder que lo representaba y la dinámica de los distintos actores que iban surgiendo y actuando en el acontecer de las entidades relacionadas con el sector salud.

Se podría establecer a modo de una primera conclusión que, en general y salvo breves períodos históricos, la dinámica y el comportamiento de los actores tendió al desarrollo de acciones particulares

en las que, en ausencia de un rol preponderante del Estado, prevalecieron los intereses corporativos que propiciaron diversos grados de fragmentación y anarquía del sistema, lo cual lamentablemente persiste hasta la actualidad.

Los primeros pasos de la sanidad en el Río de la Plata

En los primeros años de la conquista española, los contingentes que arribaban a estas tierras estaban integrados por médicos, especialmente cirujanos, que tenían como misión principal la atención de los soldados y secundariamente de los primeros pobladores.

La segunda expedición que tocó el suelo argentino, la de Sebastián Gaboto (1525), estaba integrada por cuatro médicos y en la de Pedro de Mendoza, primer fundador de Buenos Aires, figuró como médico Hernando de Zamora (Veronelli y Veronelli Correch, 2004).

En España y en América, existían dos clases de médicos y cirujanos, los médicos o cirujanos latinos y los médicos o cirujanos romancistas. Los primeros debían su nombre a su conocimiento del latín, que habían adquirido, junto con conocimientos de humanidades, en escuelas de medicina reconocidas, en general, universitarias. Los romancistas, en general de condición social más humilde, hacían su aprendizaje al lado de otro médico o cirujano y su examen contenía menores exigencias. Los que llegaron a América eran, en su mayor parte, romancistas, que en algunos casos limitaban su práctica a “ciertos menesteres definidos y se los conocía como sangradores, ventoseros, sacamuelas, hernista, ensalmadores o algebristas, duchos en reducir fracturas y dislocaciones, y hasta lamparoneros, cuya habilidad consistía en abrir los abscesos ganglionares del cuello” (Veronelli y Veronelli Correch, 2004).

En 1553, a poco de fundada la ciudad de Santiago del Estero, se crea el primer hospital con carácter de tal, aunque se trate de un edificio precario. En 1583, se funda el hospital Santa Eulalia, el primero

de la ciudad de Córdoba, previa autorización de la Corona española (Veronelli y Veronelli Correch, 2004).

Al fundar por segunda vez Buenos Aires, Juan de Garay previó la necesidad de un hospital, por lo cual reservó una manzana para el “Hospital de San Martín” (de Tours), que fue inaugurado en 1605, siendo gobernador Hernandarias.

Del centralismo hispano a la autonomía de los cabildos

En el siglo XVI, España había comenzado un proceso por el cual la corona reemplazaba el antiguo régimen de autonomías de los municipios (basados en la autoridad del cabildo y con participación no solo de los nobles, los hijosdalgo, sino también de los “hombres del común”) por un régimen con mayor centralización.

Los Reyes Católicos establecieron en 1492, a través de las capitulaciones de Santa Fe, un sistema municipal centralizado y facultaron al almirante Cristóbal Colón para designar, en nombre de ellos, a los alcaldes que distribuirían justicia y a los alguaciles que comandarían la milicia, reservando para este el poder de apelación de las sentencias y el mando superior militar y político como virrey (Rosa, 1974).

De todas maneras, como afirma José María Rosa, “una cosa era gobernar y administrar justicia en nombre del monarca a los súbditos de la Península, y otra imponerse a un puñado de aventureros en tierras donde el coraje y la buena espada eran necesarios” (Rosa, 1974).

Una sublevación en la Isabela en 1495 hizo que los monarcas tuvieran que transar con el espíritu de los pobladores y darles la participación que reclamaban. Por esta razón fue que en el territorio de lo que luego sería la Argentina, los primeros asentamientos poblacionales adoptaron estas características, lo cual dio un gran peso al poder local representado por los Cabildos. Solían ser estos los que

autorizaban su ejercicio a los médicos y a los cirujanos, y algunas veces intervenían en los arreglos para financiarlos. Sin embargo, la contratación del médico o cirujano no era un nombramiento como funcionario público, sino un contrato con un proveedor de servicios. Así, “el Cabildo actuaba como poder público al autorizar su ejercicio profesional, como entidad vecinal al comprometerse a cobrar la contribución de cada vecino, y otra vez como poder público al prohibirle el abandono del cargo” (Veronelli y Veronelli Correc, 2004, p. 60).

El Protomedicato

La Corona ejercía el control de las actividades sanitarias que se desarrollaban en todas sus colonias a través del Protomedicato, que ejercía la autoridad con amplia competencia y estaba a cargo de un protomédico (Veronelli y Veronelli Correch, 2004, p. 68). Esta fue una institución creada en España durante la Edad Media con el objeto de cuidar la salud del rey y controlar el ejercicio profesional de médicos y practicantes de oficios relacionados con la salud, como los sangradores y sacamuelas, entre otros. Fue durante el reinado de los Reyes Católicos que la institución del Protomedicato se constituyó formalmente estableciendo a los protomédicos como funcionarios convencionales. Luego se trasladó a América a partir de la conquista, constituyéndose en primer lugar en los virreinos de México y Perú (Zavala Batlle, 2010). Este último se creó en 1570 y tuvo sede en Lima y de él dependió el Protomedicato posteriormente creado en Buenos Aires.

En el Río de la Plata funcionó con jerarquía de sustituto (dependiendo de Lima) durante más de veinte años, hasta que en 1798 recibió la aprobación oficial para entrar en funciones plenas. Su primer protomédico mayor fue el irlandés Miguel O’Gorman, quien había sido ubicado en ese cargo por el virrey Juan José de Vértiz (Zavala Batlle, 2010). En 1799 el virrey Olaguer Feliú estableció que este estuviera a cargo de la enseñanza de la medicina.

Las funciones del Protomedicato eran:

- Tener conocimiento y jurisdicción sobre las causas criminales que se forman contra médicos, cirujanos y sangradores por los delitos que se cometieran en sus respectivos oficios.
- Examinar y conferir títulos a los aspirantes.
- Visitar las boticas y a los médicos y cirujanos cuando hubiese necesidad de hacerlo.
- Cobrar los derechos de examen.
- Nombrar tenientes de Protomédico. para desempeñarse en otras ciudades del virreinato (García de Verón, 1995).

Adicionalmente, estaban entre sus funciones el mejoramiento de los servicios de salud existentes y su calidad, disponer medidas para mejorar la higiene hospitalaria y aumentar el número de camas disponibles, así como la provisión de instrumental y medicamentos. Además, colaboraba con las autoridades de la ciudad en el mejoramiento de la higiene urbana, promoviéndose la vigilancia de la potabilidad del agua que se distribuía y de la construcción de letrinas.

Veronelli afirma que si se confrontan las funciones desempeñadas por la institución con las que actualmente se consideran como funciones esenciales de la salud pública, se puede comprobar que “el Protomedicato en América, a pesar de estar esencialmente dirigido al desarrollo de los recursos humanos para la atención de la salud, se ocupaba también del análisis de la situación de salud, de la vigilancia y control de riesgos y daños, del desarrollo de la capacidad institucional de gestión y de la regulación y la fiscalización, así como de la evaluación y promoción del acceso a los servicios de salud” (Veronelli y Veronelli Correch, 2004, p. 69). Es decir que puede considerarse al Protomedicato como la primera instancia de gobierno con incumbencias sobre la salud pública, con una modalidad de ejercicio de la autoridad centralizada y capacidad para ejercer la delegación. Varias

de las funciones que ejercían los cabildos fueron absorbidas por esta institución, lo que generó conflictos entre ambos (García de Verón, 1995, p. 533).

El Protomedicato funcionó hasta el 11 de febrero de 1822, cuando fue reemplazado por un Instituto Médico, al mismo tiempo que se creaba el Departamento de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA).

Configuración del sector salud en la etapa colonial

El incipiente sector salud del territorio de lo que sería en el futuro la República Argentina se desarrolla dentro del contexto de la transición de las ideas medievales a las renacentistas, que en principio fundamentalmente se expresarán en el abandono de las concepciones sobrenaturales sobre la enfermedad y los albores del surgimiento de la ciencia moderna, a través del auge de la anatomía, lo que posteriormente posibilitó un importante desarrollo de la cirugía.

Los siglos XV y XVI se caracterizaron por la lenta aplicación de los principios acumulados desde la antigua Grecia y Roma en lo referente a la higiene pública y por la reacción contra los dogmatismos de la Edad Media, lo cual generó una actitud abierta hacia todo lo creativo que se apoderó de la humanidad e impregnó a las artes y las ciencias.

En lo político, el declive del feudalismo fortalecerá el Estado centralizado, con el afianzamiento del poder real, lo cual repercute fuertemente en el desarrollo de las instituciones del nuevo mundo. Como puntualizan Néstor Perrone y Lucrecia Teixidó,

la Corona española tuvo una profunda influencia en el surgimiento y la configuración de nuestro sistema de salud, que se estructuró en base a hospitales públicos dependientes a nivel local de los cabildos y que desde su inicio dio cabida a hospitales religiosos y

a médicos privados para la atención de los particulares (Perrone y Teixidó, 2007, p. 5).

Por otra parte, el poder real se ejercía centralizadamente a través del Real Protomedicato, que tenía su sede en la capital del virreinato.

Más allá de particularidades regionales, de cambios, avances y retrocesos, la impronta estatal estuvo presente incluso “cuando sanciona y hace cumplir los dispositivos legales e institucionales que lo liberan del cumplimiento de funciones básicas, cuando delega éstas en ámbitos privados o simplemente a la responsabilidad individual” (Perrone y Teixidó, p. 7).

En este período no puede obviarse el importante rol de la Iglesia Católica en el cuidado de los enfermos a través de sus obras de beneficencia, el control en diversos ámbitos de la vida individual y social y el registro de las personas y de los hechos vitales como el bautismo, la defunción y el matrimonio.

Es decir que, como lo manifiestan algunos historiadores, el pretendido centralismo de la corona española en su transposición al Río de la Plata sufre una “adaptación” que posibilita el desarrollo de fuertes tendencias locales y de niveles de autonomía de los actores criollos que neutralizarían considerablemente las tendencias absolutistas de los funcionarios peninsulares.

José María Rosa lo describe con claridad:

la realidad indiana se imponía sobre el modelo español... las ciudades indianas nacían con una independencia que no estaba en los propósitos de los consejeros reales, pero que se hacía necesaria por las condiciones de la vida en América. Pese a los textos legales y a las intromisiones centralizadoras, esta modalidad se mantendría a lo largo de toda la dominación española (Rosa, 1974, p. 11).

La independencia nacional

La construcción de un Estado y la construcción de una nación no son efecto de un acto constitutivo formal, sino el resultado de un proceso con avances y retrocesos.

En consecuencia, la ruptura con el poder peninsular no significó el reemplazo automático del Estado colonial por un Estado nacional. El proceso de emancipación tuvo en sus inicios un carácter municipal, con instituciones locales débiles y acotadas a lo administrativo y judicial y alentó tendencias a la autonomía regional. Una de las consecuencias del desmembramiento del Virreinato del Río de la Plata, debido a la política centralista porteña, fue el desarrollo del puerto de Buenos Aires y el empobrecimiento de las provincias prósperas del norte.

Después de la independencia, en 1816, comienza el reemplazo de las instituciones heredadas de la monarquía española. En 1820, como consecuencia de la caída de la autoridad nacional del Directorio en la batalla de Cepeda, en la que José Rondeau fue vencido por Estanislao López, gobernador de Santa Fe, y Francisco Ramírez, gobernador de Entre Ríos, las provincias asumieron, entre otras, las funciones sanitarias, que nunca más fueron delegadas en autoridad nacional alguna.

Durante la gestión de Bernardino Rivadavia como ministro de gobierno de la provincia de Buenos Aires en el gobierno de Martín Rodríguez, se implementaron un conjunto de acciones de intervención del Estado en la organización del sistema de salud.

En 1821, se fundó la Universidad y el Servicio Médico de la Ciudad de Buenos Aires y de la Campaña. Se fijó la duración de la carrera de Medicina y se reguló la habilitación de profesores y médicos.

En abril de 1822, se promulgó el Arreglo en la Medicina, fundamentado en que, pese al grado de sanidad de la provincia de Buenos Aires, el gobierno “conceptuaba que no había cesado la necesidad de

adoptar medidas de profilaxis para evitar las infecciones y los contagios”, a cuyo efecto se establecían en diez títulos (con 96 artículos principales y 55 accesorios) los distintos aspectos del problema y las disposiciones pertinentes (Veronelli y Veronelli Correch, 2004, p. 112). Ese año también fue reemplazado el Protomedicato de Buenos Aires por el Tribunal de Medicina, el cual retuvo todas las funciones salvo las educativas, las cuales quedaron a cargo de la universidad, mientras que las de investigación y posgrado quedaron en manos de la Academia Nacional de Medicina.

En este período surgieron iniciativas dispersas desde la sociedad civil, una de las cuales se concretó en 1822 con la creación de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, como una corporación de carácter científico.

El hospital disponía de pocos medios para la recuperación, por eso los pacientes ingresaban para encontrar asilo, aislamiento y cuidados paliativos. Se trataba de enfermos “pobres de solemnidad”, ya que la clase pudiente se atendía en su domicilio bajo la atención de médicos privados y de las “mujeres del hogar”. En los casos graves eran trasladados a los hospitales, que tenían áreas para “enfermos de distinción” (Perrone y Teixidó, 2007, p. 20).

En 1823 se reemplazó la administración del Hospital de Mujeres (actual Rivadavia), a cargo de la Hermandad de la Santa Caridad, por una institución laica integrada por mujeres y financiada con fondos públicos: la Sociedad de Beneficencia. Ese mismo año se fundó la Sociedad de Damas de Beneficencia de Buenos Aires, entidad financiada principalmente con fondos del Estado, que reprodujo la orientación caritativa de los hospitales instaurada por la Iglesia Católica desde los tiempos de la colonia.

Según Katz y Muñoz (1988) Rivadavia, anticlerical furioso, tuvo la peregrina idea de disputarle a la Iglesia el dominio espiritual y físico sobre los pobres. Fue por ello que el 2 de enero de 1823 creó la Sociedad de Beneficencia. Su concepción de la beneficencia, en era

una especie de apostolado laico, sustitutivo de la caridad cristiana. Se la pensaba como una actividad cuyo objetivo era “la perfección de la moral y el cultivo del espíritu” (Katz y Muñoz, 1988).

La visión rivadaviana de la caridad financiada con fondos públicos con un fuerte rol de entidades paraestatales en lugar del Estado y una atención de la salud orientada hacia los sectores sin capacidad de subsistencia predominó durante más de un siglo hasta que el Estado peronista las reemplazó por la ayuda social de la Fundación Eva Perón, que si bien era también una organización no estatal, tuvo sustanciales diferencias con su antecesora (Cerdá, 2015).

En 1821 se disolvieron los cabildos a pedido del Gobierno de la provincia de Buenos Aires. Se inició entonces un proceso en el cual los sectores liberales y laicos del puerto (influidos en parte por las revoluciones francesa y americana, y que aspiraban a constituir un gobierno nacional con eje en Buenos Aires) impulsaron la sanción de una nueva constitución en 1826, por la cual se decidió que las Provincias Unidas del Río de la Plata pasaran a llamarse Nación Argentina y que Bernardino Rivadavia ocupara la presidencia.

De la anarquía a Juan Manuel de Rosas

Respecto a la época de Juan Manuel de Rosas, Juan Bautista Alberdi sostuvo en 1847 que la estabilidad política lograda por Rosas había hecho posible la prosperidad y sentado las bases para institucionalizar el orden político.

Con relación al sistema de salud en la etapa rosista, Veronelli y Veronelli Correch llaman la atención sobre los bajos índices de graduación de médicos en este período. El deterioro institucional, académico y edilicio resultó de una combinación de factores, entre los cuales el autor cita las dificultades financieras del erario, especialmente en la época del bloqueo anglo francés y la exacerbación hacia el final del período de los enfrentamientos entre unitarios y fede-

rales, que llevaron a actos de intolerancia y persecución (Perrone y Teixidó, 2007).

Rosas se destacó por su preocupación por la vacunación de los indios, lo que le valió un diploma de la Sociedad Jenneriana de Londres.

La población de Buenos Aires había progresado en habitantes y en capacidad económica; el número de extranjeros había crecido. La colonia francesa era, después de la española, la más numerosa. En 1842 se inauguró el Hospital Francés, como testimonio de su importancia. Pero desde la firma del Tratado de amistad, comercio y navegación entre el Reino Unido y las Provincias Unidas del Río de la Plata en 1825, la inmigración de ingleses creció progresivamente y en 1844 se fundó el Hospital Británico.

En 1840 en Córdoba, el ministro de Salud Atanasio Vélez, propuso dos proyectos de ley que creaban un Consejo de Salud Pública y el cargo de médico titular de Departamento, bajo la dependencia del Consejo.

En Entre Ríos (gobernada por Justo José de Urquiza) se estableció un tribunal de medicina, similar al creado en Buenos Aires por Rivadavia, con el fin de vigilar el ejercicio profesional de médicos y farmacéuticos. En enero de 1849 esa vigilancia se extendió a la aplicación de “la vacuna, la más eficaz de las medidas preventivas disponibles” (Yedlin, 2012, p. 91).

Ante la imposibilidad del tesoro público de financiar los hospitales y los centros de administración de la vacuna, se pidieron suscripciones y donaciones. Muchos médicos continuaron brindando sus servicios en forma gratuita, y una comisión especial consiguió recursos para mantener, con presupuesto mínimo, las actividades de vacunación. Hubo pocas epidemias durante su gobierno; solo la viruela seguía cobrando víctimas, sobre todo en el campo y entre los indígenas (Yedlin, 2012, p. 93).

La Constitución de 1853 y la Confederación

En 1852, en la batalla de Caseros, Rosas es derrotado por Justo José de Urquiza, al mando del Ejército Grande, conformado por las tropas federales de Entre Ríos a las que se sumaban unitarios, orientales y hasta cuatro mil soldados brasileños.

En 1853, en Santa Fe, en el Congreso General Constituyente, en el que no estaba representada la provincia de Buenos Aires, se dictó y promulgó la Constitución Nacional que establecía un gobierno representativo, republicano y federal. Sin embargo, la unidad nacional solo llegaría en 1861, después del triunfo de Mitre en la batalla de Pavón.

Urquiza asumió como presidente de una Confederación que dejaba a la provincia de Buenos Aires como Estado provincial momentáneamente segregado. La sede del gobierno se estableció en Paraná y se sostuvo en gran medida con los recursos de Entre Ríos, provisoriamente federalizada. La capacidad financiera de la naciente Confederación se vio seriamente comprometida, ya que la mayoría de las provincias encontraron razones diversas para no cooperar en la financiación del Estado de la Confederación.

Un hecho relevante para el futuro desarrollo del sistema sanitario argentino fue la falta de mención en el texto constitucional sancionado en Santa Fe del derecho a la salud y la correspondiente responsabilidad del Estado nacional en la garantía de este.

Por la época en que fue sancionada, la Constitución de 1853 no incluyó de manera explícita una regla relativa a la protección de la salud. Según Walter Carnota: “El fuerte tinte liberal de nuestra Constitución histórica precluía esa incorporación, máxime en tiempos en que aún no había logrado desarrollarse la Seguridad Social, que recién aparece dos décadas después en la Alemania de Bismarck” (Carnota, 2011, p. 422).

La Constitución Nacional no incluía la salud entre los ámbitos que las provincias delegaban en el gobierno nacional. Por defecto ha-

bía establecido a la salud y la educación como competencias provinciales. El artículo 5º establecía:

Cada provincia dictará para sí misma una Constitución bajo el sistema representativo republicano, de acuerdo con los principios, declaraciones y garantías de la Constitución Nacional; y que asegure su administración de justicia, su régimen municipal y la educación primaria. Bajo estas condiciones, el Gobierno Federal garante a cada provincia el goce y ejercicio de sus instituciones (Constitución Nacional, 1853).

Al federalizarse la provincia de Entre Ríos, su Consejo de Higiene se convirtió en institución nacional, “sin embargo las cuestiones sanitarias quedaron, durante ese período, a cargo de cada provincia, quien sabe si por celo federal o por penuria económica”. (Veronelli y Veronelli Correch, 2004, p. 132).

Durante este período la provincia de Buenos Aires, separada de la Confederación, promulgó diversos decretos destinados a reglamentar el funcionamiento del cuerpo médico:

- 1) El reemplazo del Tribunal de Medicina por el Consejo de Higiene Pública.
- 2) La creación de la Academia de Medicina.

La creación de estas dos instituciones fue el primer logro de la incipiente elite médica, particularmente el Consejo de Higiene Pública, dado que a través de este organismo se les asignaba a los médicos diplomados el control de diversas áreas consideradas de su incumbencia, particularmente la persecución de los curanderos, así como la vigilancia del ejercicio médico y farmacéutico.

La República conservadora

Después de la batalla de Pavón (17 de septiembre de 1861), en la que el ejército nacional, al mando de Urquiza, fue derrotado por

las fuerzas porteñas comandadas por Bartolomé Mitre y cae del gobierno de la Confederación presidido por Santiago Derqui. Así, se produce la unidad nacional, a través del triunfo del proyecto liberal. Esto permitió reconstruir la hegemonía de Buenos Aires mediante la creación de un Estado nacional que logró someter a los poderes provinciales a los intereses de la ciudad portuaria.

Entre 1862 y 1880, las presidencias de Bartolomé Mitre, Domingo Faustino Sarmiento y Nicolás Avellaneda consolidaron esta política mediante una estrategia que combinaba el acuerdo y la represión de los intentos provinciales de autonomía, con el fin de lograr la subordinación a la autoridad central, la organización institucional y la integración territorial.

Por otra parte, a lo largo de todo este período, se produjo un proceso de modernización económica y social y se resolvieron viejos debates como el de las rentas del puerto de Buenos Aires y la aparición de nuevos elementos, como el estímulo a la inmigración y el auge del ganado lanar, que posibilitaron una expansión económica que sentó las bases del modelo agroexportador.

La federalización de la ciudad de Buenos Aires por ley del Congreso de la Nación del 20 de septiembre de 1880 marcó un importante hito al convertir a la ciudad porteña en Capital Federal de la República. Esto permitió cerrar definitivamente el capítulo de la integración nacional. En esta etapa, se lograron además avances concretos hacia la consolidación y la expansión de un poder central unificado y con autoridad sobre la totalidad del territorio, que favoreció la aplicación de políticas activas en el terreno sanitario, transformándose el Estado en un actor significativo para la salud pública argentina.

En 1880 asume la presidencia de la Nación un general tucumano de apenas 37 años, Julio Argentino Roca, el que, en palabras de Ernesto Palacio “poseía una fina inteligencia y apreciables dotes de mando”, pero lo que lo distinguía por sobre sus contemporáneos “era ese imponderable, la presencia de la invisible hada madrina que lo

condujo paso a paso de triunfo en triunfo hasta sentarlo en la silla del poder” (Palacio, 1954).

Roca asumía el gobierno en circunstancias excepcionales, tanto en el orden local como en el internacional: “los países europeos iniciaban la última etapa de su desarrollo industrial y manifestaban un especial interés en nuestro país como proveedor de materias primas alimentarias y campo de inversión de sus excedentes” (Palacio, 1954, p. 560).

Y en el plano interno, la incorporación de inmensas extensiones de tierras arrebatadas al indio en la Campaña del Desierto, la ilusión de la incorporación de importantes contingentes de agricultores europeos que contribuirían a la construcción de la leyenda del “granero del mundo”.

La salud a fines del siglo XIX

En esta etapa se producen hechos relevantes para el futuro, tanto en lo político y social como en la conformación del sistema de salud argentino. En lo social el fenómeno de la inmigración, a la vez que produce una fuerte impronta en la matriz demográfica de nuestra población, tendrá una fuerte influencia sobre el desarrollo del movimiento sindical argentino, sobre cuya matriz en los años cuarenta se desarrollará el peronismo.

Otro fenómeno, en cierta medida ligado a la inmigración, fue el de las mutualidades, muchas de las cuales tuvieron origen en organizaciones de connacionales de las principales colectividades de inmigrantes. En otros casos lo fueron como asociaciones de trabajadores, en general agrupados en base a su identidad ideológica, anarquista, socialista o comunista.

Respecto al sistema de salud los avances en el conocimiento y la formación profesional y la intervención estatal y de la sociedad en general propulsaron el desarrollo y la transformación del hospital, tanto público como de comunidades.

La impronta del hospital como eje del sistema y el rol desempeñado por el hospital público, todavía con una fuerte presencia de la beneficencia, será la base para el posterior desarrollo del subsector público argentino a partir de 1946, ya con la fuerte impronta estatal de la política de Carrillo, que pese a los vaivenes históricos no se alteraría sustancialmente hasta la actualidad.

Otro aspecto de importancia en esta etapa fue la transformación del antiguo Tribunal de Medicina, de alcance meramente provincial, en el Departamento Nacional de Higiene (DNH), que comienza a asumir algunas incumbencias de un ente nacional, si bien con un limitado poder sobre las provincias y sin una clara autonomía y dependencia cambiante según la índole de las materias sanitarias abordadas (fronteras, emergencias, etc.).

Sin embargo, el rol del Estado nacional, si bien más protagónico que en etapas anteriores, no fue exitoso en cuanto a la posibilidad de integración del sistema: persiste la actividad privada en franco desarrollo, las mutualidades se expanden y comienzan a funcionar varios hospitales de comunidades, la Iglesia interviene activamente en la gestión de los hospitales públicos, a través de las entidades de beneficencia y el Estado fragmenta su acción en los esfuerzos poco coordinados de la Nación, las provincias y los grandes municipios. La caracterización del modelo predominante en las últimas décadas del siglo XIX y las primeras del XX está determinada principalmente por la existencia de servicios pertenecientes a diferentes jurisdicciones y naturalezas jurídicas, sin una regulación destacada ni un plan de inversiones significativas por parte del Estado.

El rol del Estado nacional, a través de la dependencia de máxima jerarquía, el Departamento Nacional de Higiene, estaba resumido a funciones como la de cuidar la higiene pública, actuar en las epidemias, vigilar la sanidad de las fronteras y atender las situaciones de emergencia. Las decisiones de crear servicios de salud dependían de iniciativas de funcionarios del Estado o de legisladores, sin responder a un plan sanitario sistemático. El Estado nacional no ejercía una

función rectora en materia de salud y en la realidad sanitaria coexistían instituciones de diversas características como hospitales o centros de salud públicos, administrados por el Estado o por sociedades benéficas, destinados a la población carenciada, establecimientos privados con y sin fines de lucro y entidades mutuales administradas por comunidades extranjeras, por grupos confesionales o por sectores laborales.

El concepto más extendido respecto a la salud era su pertenencia a la órbita de las responsabilidades individuales y, cuando esto excedía las posibilidades del trabajador o del grupo familiar, los carentes de recursos eran atendidos por entidades caritativas o por la asistencia pública.

El contexto social: la inmigración

La magnitud de la inmigración, constante desde mediados del siglo XIX hasta finalizado el primer cuarto del XX, significó que la población argentina se duplicara cada veinte años. Según el censo de 1914, en la ciudad de Buenos Aires más del 60% de la población era extranjera (en su mayoría de origen europeo), mientras que en las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe el 30% de la población eran inmigrantes europeos.

El impacto de la inmigración se expresó en la movilidad social que se estableció y en la concreción del “hacer la América”: la cultura del trabajo y el esfuerzo, como un mecanismo que obtenía resultados en la sociedad abierta en que se encontraba. Sin embargo, los inmigrantes no hallaron el paraíso prometido; no había tierra para ellos en un país en que estas eran acaparadas por los criadores de ganado.

Por esto existió un creciente malestar social, derivado en parte de las condiciones de trabajo que, sumadas a las ideas que los inmigrantes traían de Europa, posibilitaron el surgimiento del movimiento obrero organizado, como del anarquismo, socialismo y sindicalismo.

Es a partir de entonces cuando se empieza a debatir en el país la *cuestión social*, que se expresará con dramatismo en la crisis de 1930. El impacto de la inmigración en un país de escasa población influencia sobre diversos hechos, especialmente la constitución del movimiento obrero y el surgimiento de las ideas anarquistas y socialistas, de gran influencia en las luchas sociales y políticas de comienzos del siglo XX y con posterior influencia en el surgimiento del peronismo.

El paradigma sanitario vigente: el higienismo

El higienismo se constituye en la Argentina durante el último tercio del siglo XIX como un movimiento que, si bien está liderado por profesionales de la medicina, incorpora a intelectuales y políticos.

Se trata de un grupo heterogéneo, con contradicciones internas respecto de sus concepciones ideológicas y políticas, ya que confluyen liberales (tanto los ligados a la filantropía librepensadora como ortodoxos) y socialistas, apoyados incluso en ciertas propuestas por el catolicismo social. Los une la convicción de la necesidad de la racionalización de las prácticas destinadas a dar respuesta a la cuestión social y la inscripción al positivismo. La idea de integración social se plasma a través la higiene social.

La denominación de este movimiento proviene del concepto de higiene, que se entiende en esos momentos históricos como una rama de la medicina interesada en conservar la salud y prevenir las enfermedades. La preocupación por este tema, y el deslinde de un campo teórico particular, surge a partir de la epidemia de fiebre amarilla que, en 1871, asola Buenos Aires y algunas ciudades del interior del país.

Los médicos higienistas consideran que la salud es una resultante de las condiciones del medio físico y social en que desarrollan su vida las personas. De esta manera, la higiene como objeto de estudio se desarrolla en el ámbito académico y se traslada como preocupación a las autoridades en relación con la salud pública tomándose medidas de profilaxis.

Es por ello por lo que los higienistas no solo promovieron la intervención estatal para llevar a cabo obras de saneamiento ambiental, de mejora de la situación habitacional de los sectores populares, sino también la educación de estos sectores para que adoptaran pautas adecuadas de higiene y de vida.

Entre los higienistas, hacia fines del siglo XIX, sobresalen Guillermo Rawson y Eduardo Wilde y, en los comienzos del siglo XX, Emilio Coni y José Penna. Coni fue uno de los principales luchadores contra la tuberculosis y el creador de la liga argentina contra esa enfermedad. Asimismo se debe a su acción la creación de la Asistencia Pública en la ciudad de Buenos Aires.

El rol del Estado nacional

Hacia 1880 culminó un proceso de secularización que, en la práctica, significó la transferencia a la órbita estatal de diversas funciones que tradicionalmente habían sido desarrolladas, a veces de manera compartida, por la Iglesia católica.

Como consecuencia del conflicto social subyacente, el Estado comenzó a intervenir regulando actividades insalubres, el trabajo femenino e infantil y los accidentes de trabajo. Por esa época se creó la Junta de Higiene y la Junta de Sanidad del Puerto, dependientes del Ministerio de Guerra y Marina y del Ministerio del Interior respectivamente. El modelo de la beneficencia empieza a ser cuestionado y se pide la intervención más directa del Estado. El bienestar y el progreso de la población se constituyen en metas del Estado y justificadas por el objetivo de formar ciudadanos “aptos para el trabajo y el progreso”. En el área educativa, el temprano desarrollo de un aparato formal de educación laica y patriótica controlada por el Estado obedece a la necesidad de homogeneizar una población con raíces culturales distintas (Katz, 2004).

El hacinamiento en los conventillos y las insalubres condiciones de trabajo en los talleres eran algunas de las expresiones de las insu-

ficientes oportunidades habitacionales y laborales que se ofrecían a los inmigrantes. Estas condiciones constituían una amenaza sanitaria, derivada del riesgo de transmisión de diversas patologías, pero también traían aparejado –según los higienistas– un problema moral: los vicios y “malos hábitos” de los pobres como el alcoholismo, la prostitución o las peligrosas ideas anarquistas.

Los higienistas, muchos de los cuales provenían del socialismo, se enfrentaron reiteradamente con la Iglesia y tuvieron un papel clave en el proceso de secularización. Eduardo Wilde lo expuso en su Curso de Higiene Pública y fue el portavoz del gobierno nacional en la legislatura al apoyar los proyectos de matrimonio civil y educación común (Perrone y Teixidó, 2007).

En 1905 se aprobaron una serie de leyes entre las cuales se destacaban la Ley N° 4661/05, de descanso dominical (sin retribución); la Ley N° 8999/07, por la que se creó el Departamento Nacional de Trabajo; la Ley N° 5291/08, que prohíbe el trabajo nocturno e insalubre para mujeres y menores; y la Ley N° 9688/15, de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. En 1911, se incorporó la Sección de Higiene Industrial y Social dependiente del Departamento Nacional de Higiene. Entre 1916 y 1928, los gobiernos radicales impulsaron a su vez otras leyes sobre prohibición de fabricación de fósforo blanco y amarillo, del trabajo nocturno en panaderías, uso de plomo en pinturas, entre otras. (Perrone y Teixidó, 2007).

El Departamento Nacional de Higiene

La creación del DNH en el año 1880 respondió a la interacción de objetivos e intereses políticos entre los tres niveles del Estado. De un lado, se encontraba la intención del Estado central de construir una administración propia, con injerencia en la recientemente federalizada ciudad de Buenos Aires y en los territorios nacionales, pero respetando las autonomías provinciales respecto de su gestión sanitaria, como lo establecía la Constitución federal de 1853 (Biernat, 2016).

Por otro lado, la salud se transformó en un aspecto importante de las políticas públicas, en la medida que respondía a problemas ligados a los procesos de modernización del país. Su justificación provenía de una noción de higiene predominantemente defensiva, que tenía por objeto evitar el contagio indiscriminado que el cíclico impacto de las epidemias, asociadas a la idea “de la degeneración, la degradación moral y física, la suciedad que la enfermedad, traía consigo” (Armus y Belmartino, 2001).

Un conjunto amplio y heterogéneo de funciones, como el control sanitario de los puertos, la provisión de agua potable, la vacunación o la respuesta a los brotes epidémicos, se incorporaron a la responsabilidad regulatoria de la nueva repartición.

El DNH tuvo que hacer frente a un conjunto de problemas que se constituyeron en obstáculo para llevar a cabo sus objetivos. Por un lado, la escasa autonomía administrativa, ya que dependía de los ministerios de Guerra y Marina (hasta 1891) o del Interior, según si los asuntos de su competencia se referían a la higiene sanitaria del puerto, de la armada, del ejército, de la Capital Federal o de los Territorios Nacionales.

Sin embargo, sus funciones, que se ampliaron a lo largo de los años, lo reducían a un órgano de contralor de diversos aspectos sanitarios como el estado de salud de los que ingresaban al país y de los funcionarios del ejército, la armada y la administración pública, ejercicio legal de la medicina y la farmacia o higiene pública y de programación de políticas de salubridad. La puesta en práctica de estas últimas quedó a cargo de los gobiernos provinciales (facultados por la Constitución Nacional de 1853 con la atribución del cuidado de la salud) o municipales y de instituciones benéficas de carácter privado (Sociedad de Beneficencia y Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales), dando lugar a la superposición de atribuciones y a una indefinición de jerarquías de las distintas reparticiones sanitarias de carácter nacional, local, público o privado (Biernat, 2016).

Carlos Malbrán, designado jefe del DNH por el presidente de la Nación Julio A. Roca, presentó un proyecto de ley de Sanidad Nacional con el objeto de centralizar la lucha contra los brotes epidémicos e intentar dar un paso más adelante legitimando la injerencia de la repartición nacional en las provincias. La gestión de Malbrán se caracterizó por una creciente intervención de la repartición nacional en las provincias a través de campañas contra enfermedades como el paludismo o la lepra.

En suma, la ampliación de atribuciones del DNH en aspectos novedosos de la política sanitaria fue generando una suerte de legitimidad científica y administrativa de la repartición que serían indispensables, dos décadas más tarde, para centralizar su acción por sobre la de las provincias y las organizaciones privadas de asistencia. Nuevamente se repetía la estrategia de concentrar funciones en la administración sanitaria, dejando de lado la de asistencia social, como forma de evitar el conflicto con la repartición municipal y con las instituciones de carácter privado. Junto con esta imposibilidad del DNH se encontraban límites de carácter más urgente como la debilidad presupuestaria y la escasez de un personal mal remunerado y poco idóneo que, a su vez, reforzaban la dependencia de la repartición nacional de los servicios prestados por las instituciones provinciales y de la sociedad civil.

Uno de los principales obstáculos que debió afrontar el DNH fue el régimen federal que, establecido por la Constitución Nacional, les otorgaba a las provincias total autonomía respecto de sus intervenciones sanitarias y dejaba con un margen de discusión muy alto la acción de regulación y coordinación de un organismo central. Por otro lado, a pesar de que la administración pública asumía como una invasión a su jurisdicción el accionar de organismos de la esfera privada en la provisión de servicios de salud, su falta de recursos materiales y técnicos para hacerle frente la obligaron a aceptar las prestaciones de estas instituciones. Además, en un contexto de expansión de las esferas de intervención del Estado, la constante creación de reparticiones o la reformulación de las ya existentes provocaban superposiciones jurisdiccionales que conspiraban contra las intenciones de centralización.

La estructura sanitaria del Estado

Hacia fines del siglo, las actividades sanitarias se conducían desde dos organismos del Estado nacional: el Departamento Nacional de Higiene, dependiente del Ministerio del Interior, y la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, en la órbita del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto. La vinculación formal del Estado con las Sociedades de Beneficencia, así como con los hospitales confessionales, se establecía a través de esta última Comisión Asesora.

No obstante, la adhesión de las provincias a las directivas emanadas de la autoridad sanitaria federal solía ser conflictiva. Recién comenzaba a construirse un liderazgo nacional, que implicaba obediencia de las mismas al mandato constitucional, y en algunos casos esa obediencia se lograba a través de demostraciones de fuerza y solvencia técnica.

Por su parte, la Comisión Asesora actuaba como nexo entre las múltiples entidades benéficas, patrocinantes de hospitales y asilos, y el Estado. Estas entidades filantrópicas, en su mayor parte formadas por damas patricias de las principales ciudades del país, tenían una fuerte vinculación con las acciones caritativas de la Iglesia católica y de las comunidades extranjeras. En este sentido, resultaba lógico que la Comisión dependiera del organismo que entendía en cultos y relaciones internacionales del Estado nacional. La Comisión fue creada en 1906, durante la segunda presidencia de Roca, mediante la Ley N° 4953, en la órbita del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, a cargo en ese momento de Manuel A. Montes de Oca (Arce, 2010)

El gobierno nacional procuró, además, regular el sector de salud y proporcionarle algunos servicios desde el DNH, al que se le encargó: la regulación sanitaria en los puertos argentinos, el control de enfermedades infecciosas en toda la nación por vía de delegaciones regionales, la colección de datos estadísticos, la desinfección de ferrocarriles, el contralor y la vigilancia de las prácticas realizadas por los profesionales de la salud, el mantenimiento de centros de vacu-

nación, la asistencia médica de infantes, niños y obreros, así como la provisión de servicios generales de higiene.

El hospital público: la expansión de la capacidad hospitalaria

El hospital público en nuestro país, tal como lo conocemos en la actualidad, comienza a esbozarse recién a fines del siglo XIX y principios del XX.

En etapas anteriores estos establecimientos estaban destinados a albergar indigentes, peregrinos, enfermos que habían sido aislados de su medio social, o moribundos que carecían de cuidado familiar. La medicina no se desarrollaba dentro del ámbito hospitalario, el cuidado de estos pacientes estaba a cargo de sacerdotes, monjas o voluntarios caritativos.

Hugo Arce destaca que “hospital”

proviene del latín *hospitalis* y es un adjetivo, que significa afable y caritativo con los huéspedes, y que corresponde al sustantivo *hospicio* –casa destinada a albergar y recibir peregrinos y pobres–, sinónimo de hospedaje. En realidad, el pasaje de esta prehistoria a la historia hospitalaria está acompañado por la sustantivación de la institución, es decir, el momento en que adquiere objetivos y características específicas. En consecuencia, simultáneamente con la gestación de la Edad Contemporánea, el antiguo albergue hospitalario se fue transformando genéricamente en hospital (Arce, 2013, p. 36).

Esta tradición colonial, que definía al hospital público como ámbito de reclusión de indigentes, inició su desplazamiento hacia fines del siglo XIX, cuando los hospitales se transforman en centros de cuidados médicos y comienzan a actuar junto con otras instituciones privadas.

El proyecto de desarrollo de la Argentina agroexportadora, promovido por la generación del 80, atraía grandes oleadas de inmigrantes con

buenas posibilidades de movilidad social vertical, que generaban sistemas de autoprotección, ya ensayados en sus países de origen. Así surgieron los primeros hospitales de colectividades extranjeras. De tal modo que, durante ese período, los hospitales pertenecían a dos vertientes institucionales: los hospitales públicos, patrimonialmente dependientes del Estado, pero sostenidos por entidades caritativas, y los hospitales de comunidades extranjeras, administrados y sostenidos por las respectivas entidades de socorros mutuos (Katz y Muñoz, 1988).

Arquitectónicamente estos hospitales eran pabellonados, es decir, varios edificios de dos o tres plantas, separados entre sí por jardines y callejuelas, ubicados dentro de un predio extendido en superficie, que ocupaba un espacio equivalente a una o más manzanas. El pabellón constituía entonces la unidad funcional. Cada uno de ellos se desempeñaba en forma semiautónoma, con capacidad para veinte o treinta camas y con todos los elementos para convertirse en un pequeño hospital

La organización operativa tendía a la descentralización, incluso en los servicios de apoyo (alimentación, mantenimiento, administración). La administración hospitalaria de ese momento, al igual que la propia ciencia médica, estaba influida especialmente por la escuela francesa. En particular, un proyecto denominado hospital perfecto, o de planta francesa, presentado en la Academia de Ciencias de París en 1880, fue el modelo más difundido (Arce, 2013).

Los médicos concurrían en forma gratuita para desarrollar sus actividades asistenciales y académicas, ya que el consultorio privado permitía que los profesionales vivieran cómodamente con sus honorarios particulares. El resto del personal estaba constituido por boticarios, enfermeras, algunas mucamas, damas voluntarias y, especialmente religiosas, que constituían el sostén organizativo del establecimiento.

Si bien los hospitales contaban con servicios de guardia (atendidos por estudiantes avanzados de la carrera de Medicina, con la supervisión de un médico), los accidentes domiciliarios o en la vía pública, así como los problemas epidémicos y la profilaxis vacunato-

ría se canalizaban principalmente a través de la asistencia pública. Esta estructura asistencial se inició en la Municipalidad de Buenos Aires en 1883, pero luego se reprodujo en otras ciudades (Veronelli y Veronelli Correch, 2004, pp. 290-303).

El hospital disponía de pocos medios para la recuperación, por eso los pacientes ingresaban para encontrar asilo, aislamiento y cuidados paliativos. Se trataba de enfermos “pobres de solemnidad”, ya que la clase pudiente se atendía en su domicilio bajo la atención de médicos privados y de las “mujeres del hogar”. En el hospital, los médicos podían acompañar la evolución espontánea de la enfermedad hacia la recuperación o hacia la muerte, y “observar el libro abierto de la naturaleza que se abre ante nuestros ojos”, porque “el médico debe leer en el cuerpo del paciente” (Perrone y Teixidó, 2007).

Las últimas décadas del siglo XIX marcaron el inicio de una etapa en la que a los hospitales de la colonia se sumaron un importante número de establecimientos de dependencia pública, la mayoría de los cuales aún perduran. En las décadas siguientes, se construyeron hospitales tanto polivalentes y monovalentes como psiquiátricos y para tuberculosos, en Córdoba, La Rioja, Salta, Chaco, Río Negro, La Pampa, Misiones y Buenos Aires. Así, se crearon 7000 camas hospitalarias de dependencia nacional.

Los avances de la tecnología médica continuaron y los hospitales fueron adoptando perfiles más complejos y adquiriendo mayor prestigio por su capacidad resolutive. Surgieron numerosas especialidades y subespecialidades y servicios tales como la asistencia pública, maternidades gratuitas, consultorios externos, atención de las urgencias y accidentes, centros de atención domiciliaria y servicios de ambulancia, control de las farmacias y de la higiene en los hospitales, entre otras incorporaciones. Cabe consignar que la atención de la emergencia en el país estuvo y está prácticamente en manos del Estado, realizada por las tradicionales guardias de los hospitales públicos (Perrone y Teixidó, 2007)

Los hospitales mutuales

Los hospitales mutuales constituyen un componente importante del sistema actual de servicios de salud argentino y su historia está ligada a la historia del país. El censo de 1895 consignó una población total de 4.000.000 de habitantes en el que la proporción de extranjeros superaba el 50%. Españoles, italianos, franceses y alemanes se instalaron fundamentalmente en Buenos Aires y se atendían en sus hospitales de socorro y ayuda mutuos. La inmigración generó un gran movimiento de progreso social y se produjo el nacimiento y la maduración de organizaciones civiles, culturales, económicas, políticas y obreras que signaron las características de las décadas venideras.

Las asociaciones mutuales son entidades de bien público sin fines de lucro que se financian habitualmente con el aporte de una cuota mensual de sus afiliados por la que reciben determinados servicios, en particular los de salud. Estas instituciones tenían, y aún hoy tienen, diferencias muy notables con las obras sociales: en las mutuales la asociación es voluntaria, los asociados tienen derecho a elegir a las autoridades que las conducen, son fiscalizadas por los representantes de los asociados y cualquiera de ellos tiene derecho a desempeñar los cargos de conducción. Desde el punto de vista del funcionamiento técnico, los hospitales mutuales tienen grandes similitudes con los hospitales públicos generales de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Sus establecimientos, muy reconocidos, reciben al igual que en el subsector público el nombre de “hospitales”, a diferencia de las clínicas y los sanatorios, que caracterizan al subsector privado. Algunos nombres facilitan su identificación, tales como el Hospital Italiano, el Hospital Español, el Hospital Francés, el Hospital Británico, el Hospital Alemán, el Hospital Israelita, entre los más destacados. En numerosas oportunidades de la historia argentina, cuando las circunstancias sanitarias lo requirieron, por epidemias, guerras, catástrofes u otros siniestros, los hospitales de las mutuales contribuyeron generosamente en la atención de enfermos y heridos (Perrone y Texidó, 2007).

La beneficencia

En nuestro país, las sociedades de damas de beneficencia se ocupaban de la administración de los hospitales públicos. Existían en las principales ciudades del país, y todas ellas estaban agrupadas en una federación. Por consiguiente, su poder e influencia en la sociedad era muy importante, no solo por sus vínculos familiares con funcionarios, ciudadanos ilustres y personajes influyentes, sino también por el peso concreto de los importantes recursos que administraban, como hospitales, asilos y hospicios para alienados. Su gestión debía ser aceptablemente eficiente, como para contar con la opinión favorable de las instituciones de la sociedad, y estaban apoyadas por congregaciones religiosas a través del trabajo de monjas y sacerdotes en la vida cotidiana hospitalaria. Aunque recibían sustanciales subsidios del Estado, que en la época se estimaban en el orden del 90% de sus presupuestos, probablemente respondían a las directivas y necesidades de los funcionarios estatales, de acuerdo a su conveniencia y a las condiciones que a su juicio consideraban apropiadas, en una suerte de tercerización mediante subsidios de las acciones sociales y de salud.

Esta duplicidad entre funcionarios y entidades filantrópicas no estaba exenta de tensiones. Emilio Coni, en su condición de funcionario de la Intendencia de Buenos Aires, que dependía de la presidencia, tuvo una entrevista –probablemente en 1892– sobre el conflicto latente con el entonces presidente, doctor Carlos Pellegrini. Coni le proponía centralizar la administración de los servicios sanitarios del municipio, a lo que Pellegrini le respondió que coincidía con sus fundamentos, ya que había tenido la oportunidad de ver esa modalidad de organización en la asistencia pública de París. Sin embargo, consideraba que no era posible retirarle a las sociedades de beneficencia la dirección de los nosocomios a su cargo, “so pena de levantar ante sí una enorme montaña de resistencias y malas voluntades” (Palacio, 1954, p. 684).

Capítulo 2

Los años cuarenta: cambios y consolidaciones

Al comienzo de los años cuarenta, la Argentina se introduce en un tiempo histórico en el que se producirán profundas transformaciones en lo político, social y económico que modificarían para siempre la conformación y la dinámica del escenario nacional. Este análisis puede extenderse también sin dudas, al sistema sanitario argentino que comenzará a experimentar mutaciones trascendentes que alterarían para siempre su anterior conformación, dando lugar a cambios que proyectarían sus efectos en los años siguientes.

Podríamos caracterizar a la década de 1940, en especial a su primera mitad, como un tiempo de convergencia de diversos procesos en el campo de la salud argentina en el cual los actores, que luego conformarán la estructura del sistema sanitario nacional, el Estado, las obras sociales y el subsector privado, irán alcanzando caracteres definidos.

En lo referente al Estado, durante el breve período que transcurre entre 1943 y 1949, se produce una drástica transformación tanto en su rol como en la complejización de sus estructuras, desde el limitado Departamento Nacional de Higiene, vigente desde el 1880 sin grandes modificaciones, a la constitución del primer ministerio de salud nacional, en 1949. Pero las grandes transformaciones no solo se produjeron en las estructuras sanitarias del Estado, también se expresaron respecto a la concepción de su rol en materia de salud pública, que evolucionó desde un papel subsidiario al comienzo de la década hacia un fuerte protagonismo, centralidad y hegemonía durante la gestión de Ramón Carrillo. En el subsector de la seguridad social, se perfiló y consolidó el rol de las obras sociales, unas con origen en la

estructura del Estado y, especialmente, las que se organizaron desde las estructuras de las organizaciones de los trabajadores, las obras sociales sindicales, que en las décadas siguientes adquirirán un protagonismo decisivo.

Por último, el subsector privado se desarrolla desde las incipientes organizaciones de mutuales y hospitales de las comunidades, surgidas desde las entrañas de la inmigración o a través del crecimiento de modestas clínicas y sanatorios privados. Responden a las demandas crecientes de nuevos usuarios de una naciente clase media, con mejores posibilidades económicas y disconformes con la deficiente asistencia de sistema público.

Paralelamente se desarrolla el proceso de conformación y desarrollo de las primeras organizaciones gremiales de profesionales, tanto del sector público, como del ámbito de la medicina privada.

Todo esto, sumado a la profunda transformación de contexto político y social que se desarrolló especialmente desde 1945, convierte a esta etapa en una referencia ineludible a la hora de profundizar el análisis sobre la evolución y actualidad de nuestro sistema sanitario. Es este un período no solo de profundas transformaciones, sino también de explicitación de contradicciones, que, luego exacerbadas, nos condujeron al panorama actual del sistema fragmentado.

La revolución del 4 de junio de 1943

Después del derrocamiento de Hipólito Yrigoyen, la revolución del 6 de septiembre de 1930 había establecido el régimen de “una oligarquía política que se sostenía por el rigor policial y el fraude electoral” (Palacio, 1954). La política económica de dependencia hacia Gran Bretaña, cristalizada en el Pacto Roca-Runciman, la corrupción imperante y la represión política y sindical, configuraron el contexto de lo que José Luis Torres denominó certeramente como “Década Infame”. Todo esto “ocurría en momentos internacionales difíciles,

cuando la segunda guerra europea suscitaba problemas que era necesario resolver y anunciaba un porvenir oscuro que era necesario aclarar” (Palacio, 1954, p. 685).

El 4 de junio de 1943, las tropas de Campo de Mayo, al mando del general Rawson, se movilizan sobre Buenos Aires, lo que provoca la renuncia del presidente Ramón S. Castillo. Como consecuencia, se instaura una junta militar presidida por el general Pedro P. Ramírez.

La raíz y la orientación de estos cambios encuentran su explicación en el contexto histórico de fines de la década de 1930 y comienzo años de la de 1940, momento en el cual el país asistía a una serie de mutaciones de carácter económico, social y político de amplias perspectivas.

Entre estas transformaciones son destacables los efectos que había provocado el proceso de industrialización que, ya desde antes de la crisis del modelo agroexportador iniciado en 1929, conoció un acelerado desarrollo, que se profundizaría con el inicio de la segunda guerra mundial. El crecimiento de la industria debida a la sustitución de bienes de consumo masivos antes importados, y que empleaba una profusa mano de obra, generó un crecimiento de los sectores asalariados urbanos y recargó con nuevas demandas y desafíos al mundo del trabajo. Para Hernán Camarero, se asistía “a una verdadera crisis de legitimidad del orden político burgués erigido por la restauración conservadora en los años 30 y al despliegue de un sentimiento de exclusión que se extendía en vastos sectores de la población” (Camarero, 2000). Juan Carlos Torre define la situación en estos términos: “el sistema político deja de ser el vehículo de la presión de los sectores medios y populares y es confinado a un papel marginal, mientras que el Estado deviene el canal directo de las influencias del bloque dominante” (Torre, 1989, p. 5). Estos factores se constituirán en la base principal del agotamiento del régimen político vigente y sentarán las bases para el surgimiento de un nuevo paradigma político social que se expresará también en un drástico viraje en el paradigma sanitario.

La profundidad y la celeridad de las transformaciones se expresará, por ejemplo, en el hecho de que hasta el año 1943 la máxima dependencia a cargo de la salud a nivel nacional era el DNH. Desde ese momento hasta antes de finalizar la década la jerarquía de la máxima autoridad sanitaria va escalando hasta llegar al rango de ministerio, en 1949. Pero además, en la etapa se produjeron múltiples acontecimientos que aceleraron y consolidaron la organización de distintas entidades que agrupaban a actores sectoriales, lo cual fue trascendente para la futura conformación del sistema de salud argentino, a saber: la consolidación de la organización sindical de los trabajadores, de las corporaciones de profesionales de la salud y de los prestadores y el avance en la conformación de las obras sociales y del sector privado.

Las reformas del gobierno militar (1943-1946)

El 29 de marzo de 1944, un movimiento interno dentro del régimen militar que había tomado el poder en 1943 provocó la renuncia de Ramírez, quien fue reemplazado por el general Edelmiro J. Farrell. Ya en las etapas iniciales del nuevo gobierno se notaba la influencia que ejerció sobre su accionar el coronel Juan Domingo Perón, que comenzó desempeñándose como subsecretario del Ministerio de Guerra y, posteriormente, como secretario de Trabajo y Previsión, función desde la cual desplegó una dinámica acción de gobierno orientada a abordar resueltamente los problemas sociales y laborales en general relegados o ignorados por los gobiernos de la década anterior.

La influencia creciente de Perón dentro del gobierno militar se debió en gran medida a su alianza con un sector del sindicalismo argentino, principalmente con las corrientes sindicales socialista y sindicalista revolucionaria. En este período el Estado comienza a ejercer más activamente la tarea de coordinar el sector de salud en coincidencia con la labor de Perón en el área de Trabajo y Previsión.

En octubre de 1943, respondiendo a las demandas de mayor centralización y coordinación, el gobierno de facto creó la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social (DNSPAS). Esta dirección concentró en una sola organización la totalidad de las dependencias nacionales vinculadas a la salud y al bienestar social, que anteriormente estaban bajo la jurisdicción de varios ministerios, como el DNH, la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, el Instituto Nacional de Nutrición, el Registro Nacional de Asistencia Social, la Dirección de Subsidios y, poco después, la Comisión Nacional de Ayuda Escolar (Ross, 2007).

A través de la gestión de la Secretaría de Trabajo y Previsión (STP) se desarrollaron programas que mejoraron las condiciones de la salud de los trabajadores, en muchos casos indirectamente a través de cláusulas sanitarias incluidas en la nueva legislación laboral. El Estatuto del Peón de 1944, por ejemplo, obligó a los patrones a mantener botiquines, brindar ayuda médica y farmacéutica al obrero rural, cooperar con las autoridades en combatir brotes infecciosos y brindar impermeables y techo para cobijar a los trabajadores “golondrina” (o estacionales).

En esta interacción entre el Estado y las organizaciones obreras, en el ámbito de la STP, los gremialistas planteaban de continuo la cuestión del financiamiento de sus necesidades sindicales en salud, y del apoyo estatal para estas. En abril de 1944, la STP creó la Dirección General de Asistencia y Previsión Social para Ferroviarios (DGAPSF) y en junio resolvió que los trabajadores de ferrocarril fuesen obligados a contribuir a este fondo de salud de su sindicato, presionando a los ferrocarriles privados para que aportasen (Ross, 2007).

La importancia del crecimiento de los servicios de salud ferroviarios reside en el hecho de que se construía un sector paralelo de servicios sanitarios para un grupo particular de la comunidad total, constituyendo la avanzada dentro del sector gremial para el futuro desarrollo de las obras sociales sindicales. Al mismo tiempo la DNSP

(ex DNSPAS) se propuso entre sus objetivos de 1944 el desarrollar el Plan Nacional de Salud que le permitiera “garantizar el bienestar sanitario para toda la población mediante la provisión directa de servicios estatales nacionales y la coordinación de los organismos de sanidad provinciales, municipales y privados” (Ross, 2007). La simultaneidad de estos dos hechos contrapuestos puede visualizarse como el germen de una futura contradicción en la política que posteriormente implementó el peronismo a través de Ramón Carrillo. Como lo explicitan Medina y Narodoski (2015), este fenómeno, que siguió creciendo en paralelo con la sindicalización, se fue transformando en un proceso de “bifurcación” en el cual el crecimiento del sistema de salud de las obras sociales, “parecía ir en una dirección inversa respecto del concepto de integración de Carrillo”.

Para planear la organización y coordinación de la salud pública la DNSP convocó, en septiembre de 1945, el Primer Congreso Nacional de Salud Pública con delegados propios de las provincias y territorios y de los ministerios nacionales. El congreso recomendó planear la asistencia médica

sobre una base regional, y no según los límites de provincia o territorio, organizar las instalaciones de salud en modo jerárquico, desde clínicas móviles a los mayores hospitales de ciudades principales y recategorizar la DNSP como Secretaría de Estado, equivalente a Ministerio. Esta última recomendación fue efectivizada por el gobierno militar justo antes de asumir Juan Perón la presidencia, y el doctor Ramón Carrillo fue designado encabezar la nueva Secretaría de Salud Pública (SSP) (Ross, 2007, p. 128).

De las mutualidades a las obras sociales

La ausencia de una política estatal activa con respecto a la salud en el período que va desde mediados del siglo XIX hasta la década de 1940 hizo que la atención de la salud se convirtiera en una preocupación para los sectores trabajadores, ya que el servicio de salud

solo era prestado en forma privada salvo para aquellas personas que vivían en pobreza extrema, los llamados “pobres de solemnidad”, los cuales eran asistidos por la red de hospitales públicos y entidades de beneficencia.

El concepto de seguro en el campo de la salud no se había difundido. Fueron las asociaciones de inmigrantes y gremiales las pioneras en el surgimiento de seguros de salud, constituyendo el modelo básico de las instituciones gubernamentales que en la actualidad constituyen el llamado tercer sector. Con el objeto de posibilitar esa cobertura ausente surgieron de manera espontánea, por iniciativa de estos sectores, las llamadas “mutuales de socorros” o “mutuales”, que constituyeron una forma de organización caracterizada por su objeto solidario de cobertura de los costos médicos, basado en aportes voluntarios o periódicos. El origen de estas entidades se remonta a mediados del siglo XIX, cuando comienzan a constituirse distintas organizaciones, que tienen su base en sociedades de inmigrantes o de trabajadores. En 1854 se constituyó la Sociedad Francesa de Socorros Mutuos; en 1856, la Sociedad de los Zapateros; en 1857, la Sociedad Tipográfica Bonaerense y en 1858, *Unione e Benevolenza*. Estas asociaciones,

entre otras tareas, se ocupaban de recaudar fondos para cubrir las necesidades de los trabajadores que sufrieran la pérdida del empleo o fueran encarcelados por su actividad sindical. En algunas ocasiones los fondos se obtenían a través de rifas, bailes, colectas o “pequeñas aventuras empresarias”, como la fabricación de cigarrillos (Garay, 2017b).

En general, las mutuales conformadas por sectores gremiales no alcanzaron a desarrollar centros de atención propios, sino que su principal función era la de cubrir y financiar los gastos de atención médica que, en su mayoría, se gestaban en establecimientos privados.

Las asociaciones eran voluntarias, y su actividad principal era la subvención de servicios sociales, en particular de la asistencia mé-

dica, sobre la base de los fondos aportados mensualmente. En 1919 la Unión Ferroviaria –el principal gremio de entonces– estableció la retención obligatoria de los aportes por parte de las patronales ferroviarias (inglesas), para su derivación posterior al sindicato. Así fue como pudieron formar primero una caja de jubilaciones propia y luego el Hogar Ferroviario. El papel rector de los trabajadores del riel en materia de protección de la salud se hizo más notable aún en la década del 1930, cuando en alianza con el gremio de los maquinistas (La Fraternidad), acordó la construcción del primer hospital de origen sindical, que se terminó de habilitar en 1940.

El debilitamiento del anarquismo como agente organizador de un movimiento obrero revolucionario y la consolidación de la corriente sindicalista, que comenzó a estructurar la agremiación por rama de actividad, hizo que el desarrollo mutualista fuera paulatinamente reconfigurándose mayoritariamente por rama de actividad. El número de estas entidades fue creciendo de manera exponencial en el último cuarto del siglo XIX y el primero del siglo XX hasta llegar, según datos del censo de mutualidades, de 1.927 a 11.451 en todo el país (De Fazio, 2013).

Las dificultades de financiamiento de las mutuales medianas y pequeñas hicieron que comenzaran a estrecharse los lazos y las relaciones entre estas entidades y el Estado. Estas dificultades estuvieron relacionadas con los crecientes gastos en algunos rubros como medicamentos o consultas de especialistas que se fueron incrementando progresivamente con los años y también por la incorporación de nuevas tecnologías como las de diagnóstico.

A comienzos de la década de 1940

un conjunto abigarrado y complejo de instituciones, atomizadas, dispersas, forjadas a partir de alguna necesidad común o de algún vínculo –ideológico, religioso, étnico, laboral– cuyo proceso de complejización y los nuevos requerimientos de atención que conllevaron, mostraron que las bases organizativas que durante

décadas se habían mostrado eficaces comenzaban a evidenciar sus límites (Falappa, s/f.).

La intervención del aparato estatal en la vida de las instituciones supondrá nuevos mecanismos reguladores que garantizan la superación de la crisis y modelan el desarrollo futuro de las formas asociativas, la decadencia o el estancamiento del mutualismo y el fortalecimiento de su continuadora, la obra social gestada con el apoyo del Estado en el seno de las asociaciones. Susana Belmartino considera que “un buen ejemplo en términos de continuidades y rupturas puede encontrarse en la hipótesis de secuencia entre mutualidades y obras sociales” (Belmartino, 2009, p. 4). Esta hipótesis, entre otros aspectos, enfatiza un rasgo cultural que las vincula: la fragmentación de las modalidades de agrupamiento y la heterogeneidad de las normas que las regulan. Por otro lado, se contraponen a la idea que vincula el origen de las obras sociales con las disposiciones del Decreto N° 30655, de noviembre de 1944, que creaba la Comisión de Servicio Social, dependiente del vicepresidente de la Nación, que en ese momento era Perón.

Belmartino supone una progresiva diferenciación de ciertas mutualidades,

que comienzan a crecer y fortalecerse en virtud de alguna decisión que convierte en obligatorios los aportes de un determinado grupo laboral y le suma la contribución del estado en tanto empleador, o la de algunas empresas que otorgan voluntariamente su apoyo financiero (Belmartino, 2005a).

Este proceso de cambio no se produjo de manera inmediata ni tomó una sola dirección: por el contrario, se activó a partir de la politización del vínculo asociativo. Belmartino aporta:

La intervención del aparato estatal en la vida de las instituciones supondrá nuevos mecanismos reguladores que garantizan la superación de la crisis y modelan el desarrollo futuro de las formas

asociativas, la decadencia o el estancamiento del mutualismo y el fortalecimiento de su continuadora, la obra social gestada con el apoyo del Estado en el seno de las asociaciones sindicales (Belmartino, 2005a).

Los sindicatos a comienzos de los años cuarenta

El movimiento sindical, marcado por las luchas de los años veinte y treinta, entraba en la década del cuarenta fragmentado en tres grandes corrientes ideológicas: socialistas, comunistas y sindicalistas.

En 1943 el movimiento obrero estaba concentrado en dos grandes organizaciones: la Confederación General del Trabajo (CGT), en la que se agrupaban principalmente socialistas y comunistas, pero también sindicalistas, y la Unión Sindical Argentina (USA), conformada mayoritariamente por dirigentes de tendencia sindicalista, que tenían la idea de agrupar a la clase obrera en sindicatos por industria. Casi simultáneamente con el golpe militar de junio, la CGT se dividió en dos: CGT N° 1, que agrupaba esencialmente a sindicalistas, y la N° 2, en la que predominaban socialistas y comunistas.

El movimiento obrero se había desarrollado en un clima hostil durante los gobiernos conservadores de la década de 1930 y la nueva coyuntura despertó expectativas en los cuadros sindicales. En los años previos se había producido un importante proceso migratorio desde el interior del país, constituido por trabajadores jóvenes sin experiencia en el trabajo industrial, que cambió cuantitativa y cualitativamente al país.

El área metropolitana se llenó de provincianos. Su número comenzó a aumentar vertiginosamente a mediados de los años treinta y mucho más a partir de 1940. Los 8.000 provincianos que recibía anualmente hasta 1936 pasaron un promedio de 70.000 entre 1937 y 1943 y ascendieron hasta 117.000 entre 1944 y 1947. En total, sumaron un millón de nuevos residentes a Buenos Aires y su

cinturón urbano, que creció de los 3.457.000 habitantes de 1936 a los 4.618.000 registrados en 1947. Fue un éxodo en masa (Torre, 2002, p. 262)

Las características de los migrantes, en general trabajadores provenientes de zonas rurales o poco industrializadas y sin experiencia sindical previa, los alejaban de la vieja dirigencia sindical de origen socialista o comunista, que veían como la masa ideal para el cambio revolucionario a los trabajadores fabriles más permeables a las prédicas contestatarias.

Existe una tendencia a explicar la génesis del peronismo como la convergencia entre la acción de su líder y estos trabajadores recién llegados, lo cuales actuaron como la fuerza generadora del nuevo fenómeno político sin prácticamente ninguna mediación con su líder. Sin embargo, la dinámica de los acontecimientos no puede hallar cabal explicación sin la acción de una dirigencia con cierta experiencia y capacidad de organización.

Así lo afirma Juan Carlos Torre cuando dice:

entre el llamado a las masas realizado por el Estado y la formación de un movimiento político popular fuertemente articulado en los sindicatos hay una experiencia de organización que la referencia los nuevos trabajadores no logra llenar (Torre, 1989, p. 4).

Por lo tanto, concluye que en el proceso de génesis del peronismo tuvieron una intensa participación dirigentes y organizaciones gremiales viejas, participación que llegó a ser fundamental a nivel de los sindicatos y de la CGT y muy importante en el Partido Laborista. Perón estaba interesado en captar el apoyo de los poderosos sindicatos ferroviarios para su proyecto y en preservar los fondos jubilatorios de los trabajadores, por lo que propuso unificarlos en el Instituto Nacional de Previsión Social (INPS). Desde la STP, Perón inició una acción de acercamiento a la dirigencia sindical que se cristalizará en la conformación de una poderosa alianza que lo llevará a la presiden-

cia de la Nación y a convertirse en el líder político más importante del siglo XX en la Argentina.

Nacen las obras sociales sindicales

Al producirse la revolución militar nacionalista de 1943, el movimiento mutualista ligado al sindicalismo ya había tenido un notable crecimiento a la par que un importante desarrollo y un grado de complejidad importante en su sistema de prestaciones. Tal es el caso de los ferroviarios, primera entre las grandes organizaciones sindicales con desarrollo mutualista, que desde 1919 tenía su propia Caja de Jubilaciones y un sistema de retención de aportes de los asociados por parte de las patronales ferroviarias que mejoró notablemente las posibilidades de su recaudación de fondos.

La creación por parte del entonces coronel Juan Domingo Perón de la STP será un hecho de gran trascendencia pues, a través de ella, Perón se relacionó con los dirigentes sindicales, muy interesados en ser escuchados por el Estado debido a las dificultades financieras que padecían sus entidades.

En octubre de 1943 se creó Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social (DNSPAS) con el objeto congregarse en una única estructura las múltiples dependencias nacionales vinculadas a salud y bienestar social. Pero un año después, en octubre de 1944, esta dependencia perdió el control de la ayuda social y la responsabilidad por la salud de los trabajadores, ya que estas áreas fueron traspasadas a la STP.

Los mutualistas provenientes del sector gremial respondieron de manera positiva a la politización del vínculo que promovía el Estado. En cambio las otras vertientes del mutualismo, de orientación conacional o ideológica, rechazaron esa opción y se negaron a insertarse en el esquema de poder que prometía solucionar sus problemas a cambio de la aceptación de normas de funcionamiento comunes y el control de organismos supra societarios (Belmartino, 1996).

Para financiar aquellos emprendimientos el gobierno estableció el Decreto N° 30.655, del 14 de noviembre de 1944, por el que se creó la Comisión de Servicio Social, que fue la encargada de “propulsar la implantación de servicios sociales en los establecimientos de cualquier ramo de la actividad humana donde se presten tareas retribuidas”, a los efectos de proveer –entre otros beneficios– atención médica y farmacéutica a precio de costo, baños fríos y calientes al término de la jornada, suministro de artículos de primera necesidad a precio de costo, cocina y comedor para uso del personal y campañas para evitar accidentes de trabajo. Por la relevancia de lo establecido en esta norma para los incipientes derechos en materia de salud de los trabajadores, algunos consideran esta fecha como la de nacimiento de las obras sociales (Garay, 2017).

En línea con aquel avance, el Estado hizo obligatorio el examen de salud anual de toda la población afiliada al Instituto Nacional de Previsión Social. La administración nacional comenzó a organizar servicios sociales para el personal de su dependencia: del Ministerio del Interior (1947); del Congreso Nacional (1947); de la Municipalidad de Buenos Aires (1948); del Ministerio de Agricultura y Ganadería (1948); del Consejo Nacional de Educación (1948) y de la Secretaría de Trabajo y Previsión (1948).

Las obras sociales sindicales son consecuencia de un proceso histórico en el que se combinan una serie de factores aportados por los diferentes actores: por un lado, el desarrollo de las mutualidades, debido al débil rol del Estado en las etapas previas a 1943; por otro, algunas acciones del gobierno militar de 1943 a 1946, que consolidaron el rol de las mutualidades, como el Decreto N° 30655/44, que creó la Comisión de Servicio Social; una fuerte tendencia de las organizaciones gremiales a brindar atención a sus afiliados, con servicios propios o contratados. En parte, también es posible que influyera sobre esta actitud la visión que hasta ese momento se tenía del sector público en salud, destinado a ofrecer servicios a personas en la indigencia. Es de notar que el rol protagónico del Estado

en la salud en esos años estaba solo esbozado, por lo cual, vistas las experiencias previas, no era ilógico que los sindicatos desconfiaran de que la acción estatal pudiera ser la solución. El Estado peronista, con Ramón Carrillo como ministro, podría haber colmado esas expectativas, pero la contradicción ya estaba planteada en términos difícilmente reductibles.

Como afirma Leone:

En suma, los trabajadores argentinos a través de sus organizaciones sindicales decidieron a mediados del siglo XX asumir el desarrollo de estructuras sociales que dieran respuestas a la problemática de la salud, en pleno auge del desarrollo industrial y en el marco del nacimiento de un movimiento político que instalaba en el centro de la escena a la clase trabajadora. Es decir, entendían que como clase social habían acumulado el suficiente poder para constituirse en artífices de la resolución de sus problemas de salud y participar activamente en satisfacer sus necesidades... en concordancia con el desarrollo de una concepción de Estado que comenzaba a bregar por el bienestar de sus ciudadanos y, si se quiere, desde una mirada de la economía de la época, en la preservación de la fuerza del trabajo y de su familia (Leone, 2011, p. 70).

Se podría afirmar que, como consecuencia de esta decisión de los trabajadores, nace el seguro de salud en la Argentina por fuera de las estructuras del Estado, con aportes desde el salario, en forma voluntaria, por rama de actividad y con criterios de equidad y solidaridad.

Por otra parte, no se puede obviar que esta situación condicionó a partir de ese momento las posibilidades futuras de integración del sistema, ya que generó un subsector que llegó a un desarrollo capaz de brindar cobertura a más de la mitad de la población argentina.

El nacimiento y desarrollo de la corporación profesional: el gremialismo médico

A principios del siglo XX los médicos ejercían la profesión de manera individual en sus consultorios privados. Su quehacer gozaba de prestigio y reconocimiento social debido a la actividad desplegada en las últimas décadas del siglo XIX por las dos organizaciones que la representaban ante diferentes organismos estatales: la Escuela de Medicina de la UBA y la Academia Nacional de Medicina. En esta misma época,

alcanzará plena vigencia una ideología profesional con fundamentos elitistas e individualistas, basada en las reivindicaciones de autonomía del poder político, el derecho a la autorregulación y la legitimación de la práctica por medio de un conocimiento especializado y aplicado según los principios de un estricto código de ética, cuyo control y empleo quedaban limitados a la esfera de la conciencia de cada uno de los profesionales (Belmartino, 2005a, p. 46).

La mayor parte de los médicos que se desempeñaban en los hospitales públicos lo hacía *ad honorem*, pues lo visualizaban como ámbito de formación profesional. En la actividad privada percibían honorarios por el pago directo de los pacientes o a través de algunas formas de cobertura, como las mutualidades (Visillac et al., 2007).

Esta concepción individualista y elitista de la profesión y las modalidades de ejercicio profesional conspiraron contra las posibilidades de organización corporativa. Pero al avanzar el siglo las modificaciones en la división del trabajo médico y al nacimiento de las especializaciones, con el consecuente advenimiento de las nuevas tecnologías aplicadas a salud concurrieron al desarrollo de incipientes procesos de trabajo en equipo. Como afirma Belmartino,

cuando la medicina dejó de ser una actividad de notables hubo que resignar la idea de reclamar un derecho sin aceptar en contrapartida la posibilidad de sanción a las obligaciones que lo sus-

tentaban. Por otra parte, a medida que la práctica en el hospital o el sanatorio cobraba importancia en la vida profesional, el médico se habría visto sometido a una regulación social de su trabajo en aumento (Belmartino, s.f., p. 11).

Otra de las causas que explica el surgimiento de una medicina distinta y un nuevo papel del médico es el nuevo rol del Estado que, a partir de la década de 1930, aumentó su injerencia en los problemas relacionados con la salud pública y la socialización de la práctica. Además, el ejercicio profesional sufrió grandes transformaciones: el mercado de trabajo se tornó insatisfactorio, escasamente retribuido, mercantilizado por el aumento de médicos, de las grandes empresas e innovaciones diagnósticas y terapéuticas, lo que mermó las posibilidades de pago directo. Por otra parte con el gran crecimiento de la demanda de atención, tanto en el sistema público como de mutuales, se temía el colapso de los sistemas de atención, por un lado, y el desvío de pacientes con capacidad de pago hacia el hospital (Belmartino, s.f).

Las primeras organizaciones gremiales

Si bien existen casos aislados desde el siglo XIX, recién a partir de 1920 surgieron las primeras gremiales médicas que tuvieron cierta perdurabilidad. El proceso de agrupación se aceleró en la década de 1930, cuando aparecieron las primeras federaciones provinciales. Esta época constituyó un período de consolidación del gremialismo médico, expresión de lo cual fue la creación en 1936 de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires y, en 1941, de la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), organismo de tercer nivel que representaba los intereses de la profesión de todo el país.

En junio de 1923, comenzaron a surgir en la ciudad de Buenos Aires los círculos médicos –entidades netamente gremiales–. El primero fue el de Barracas (luego Círculo Médico del Sud). Ya en 1932

se contabilizan siete. Los socios eran médicos que trabajaban en las proximidades de la zona donde se ubicaba la institución. Otros ejemplos de sindicatos se dieron en San Juan, en 1921; Chivilcoy, en 1923; mientras que en el sur de la provincia de Santa Fe (Rafaela); Córdoba (San Francisco); y Mar del Plata, en 1924.

La fundación de la compañía de seguros La Primera en Trenque Lauquen, relacionada con el Sindicato de Médicos, señaló un cambio en la orientación del gremialismo médico. A fines de 1924, surgió un proyecto de colegio médico en la provincia de Buenos Aires, independiente de los gremios, como consecuencia del rechazo de muchos profesionales al modelo clásico de sindicato. El Colegio de la Provincia de Buenos Aires, en sus inicios, además de las cuestiones éticas y de capacitación, hizo hincapié en la defensa de las condiciones de trabajo, superponiéndose a las actividades de los gremios. La agremiación se planteó con el doble fin de resguardar los intereses profesionales y velar por el mantenimiento de los contenidos éticos de la práctica: “defender nuestros intereses, pero salvaguardando el decoro de nuestra profesión”.

El gremialismo en la década de 1930 tuvo como signo característico la desunión y fragmentación. La polémica fundamental se basaba en las posiciones de enfrentamiento al régimen hospitalario: el desarrollo del hospital público, según algunos, inevitablemente comprometía el futuro de la práctica médica privada. Como resultado de esta polémica, en 1936, en el tercer congreso del Colegio de Médicos, se aceptó la oficialización de la medicina, pero no la actividad de tiempo completo, y se aprobó la limitación del hospital a los menesterosos, previo certificado de pobreza.

Pero no todas las instituciones pensaban igual: entre los privatistas, un grupo opinaba que el Estado solo debía atender las urgencias; otros sostenían que esta limitación no solucionaría la crisis profesional; y una tercera opinión decía que las prácticas de orientación cooperativa eran opuestas a la función social del médico.

Este proceso de fortalecimiento gremial duró hasta 1945, con la obtención de dos grandes logros: la Ley de Ejercicio Profesional y el Estatuto del Trabajo Médico. Sin embargo, a partir de ese año se desdibujó esta unión a raíz de diferencias ideológicas: muchos gremios intervinieron en política y esta decisión contó con la oposición de muchos grupos profesionales.

En estos años se dio una situación paradójica: por un lado, las entidades médicas solicitaban que el Estado no se inmiscuyera en los asuntos técnicos y, por otro, le exigían la regulación de la práctica y la formulación de políticas de salud.

Nace la COMRA

En mayo de 1941 se reunió el Primer Congreso Médico Gremial Argentino Extraordinario, con diecisiete delegaciones de todo el país. Allí se decidió formar la Federación Médica de la República Argentina. Por oposición de los delegados del interior, no se utilizó la palabra “gremial” y, a partir de 1943, se denominó Confederación Médica de la República Argentina (COMRA). Este logro fue, en parte, fruto de una campaña de los dirigentes del Colegio de Médicos, luego Federación Regional, que recorrieron el país para despertar la conciencia gremial. De hecho, varios de los primeros dirigentes de la COMRA pertenecían a esta institución.

Durante el primer tiempo de la actuación política de Perón, la relación con los dirigentes de las incipientes organizaciones profesionales, especialmente COMRA, fueron cordiales. Sin embargo, al definirse las tendencias electorales que se iban a enfrentar en los comicios de febrero de 1946, algunas agrupaciones profesionales adhirieron a la Unión Democrática, enfrentada abiertamente con Perón.

En 1945, en la primera asamblea ordinaria de la COMRA, se comenzó a manifestar el descontento de las federaciones de las provincias por la representatividad de la Comisión Directiva y por las

anomalías en el balance, sumada a la actitud de las autoridades de la confederación de no convocar a elecciones para renovar los cargos directivos y a su cercanía con el gobierno, ya que incluso algunos dirigentes eran funcionarios. A raíz de esto, la Inspección General de Justicia intervino la confederación hasta 1946.

Durante estos años, la COMRA se dedicó a cuestiones internas, aunque sin intervenir en los temas trascendentales para los médicos. A pesar de las limitaciones que trajo aparejado su alejamiento del aparato estatal, la institución creció. Sin embargo, la recuperación de la unidad gremial bajo la dirección de la COMRA no satisfacía a todos los gremios médicos. Durante esos años el gremio se dividió entre quienes apoyaban al gobierno, la Asociación de Médicos Municipales (AMM), y los que se oponían, sectores molestos por el fuerte avance de los sindicatos y sus servicios de asistencia, al que veían como perjudicial para el ejercicio profesional en el ámbito privado (Visillac et al., 2007).

La AMM promovió la conformación de la Unión Médica Argentina (UMA), que iba a estar compuesta por el Sindicato de Médicos (de muy corta vida y distinto del primitivo sindicato desaparecido en 1922), la AMM y la Agrupación Médica Peronista. Como no llegó a constituirse, la AMM decidió incorporarse a la Confederación General de Profesionales (CGP), apoyada por Perón.

Con posterioridad al derrocamiento de Perón, la COMRA definió sobre nuevos principios las condiciones de su inserción sectorial, tal como lo expresa Belmartino en estos términos:

En la percepción de su dirigencia, la política había desnaturalizado la búsqueda del bien común y restado legitimidad a la centralización del poder estatal. La eficacia técnica dejó de proponerse como apoyo del reordenamiento de lo político y se convirtió en fundamento de la demanda corporativa (Belmartino, 2009, p. 6).

Así concluye que

los antiguos valores con los que la profesión se sigue identificando se reformulan en confrontación con condiciones sociales inéditas y comienzan a preparar el camino para una lógica privada de regulación de la práctica médica. Lo privado/corporativo se delimita en oposición a lo público/estatal, aportando argumentos legitimadores de la futura modalidad dominante de ejercicio (Belmartino, 2009, p. 6).

En el ámbito de la provincia de Buenos Aires, un acontecimiento de gran relevancia fue la creación, el 20 febrero de 1957, del Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) por el Decreto Ley N° 2452, sancionado por la intervención federal de la provincia de Buenos Aires. En este hecho tuvo una participación relevante Sergio Provenzano, dirigente gremial médico, el cual se inspiró en algunos de los principios fundamentales de la COMRA, como el de la libre elección, para la conformación de la obra social provincial.

Otro hecho gremial trascendente fue la denominada “huelga grande” durante el gobierno de Arturo Frondizi, que se originó por la cesantía del director de la mutual de la Unión Tranviarios Automotor (UTA) decidida por la intervención del gremio en julio de 1958 (Visillac et al., 2007, p. 28). El conflicto fue escalando en intensidad hasta que la adhesión de la COMRA hizo que la huelga se generalizara, extendiéndose hasta septiembre de ese año. Tras el acuerdo logrado se sancionó una ley que garantizaba la estabilidad laboral de los profesionales, prohibiendo el despido sin sumario previo.

Durante la dictadura de Juan Carlos Onganía, la COMRA logra la sanción de la Ley N° 18483/69, que estableció el Nomenclador Nacional, y en 1970, la Ley N° 18610, de Obras Sociales, que consolidó la posición del gremialismo médico mediante una convergencia con el sindicalismo dialoguista en lo que Belmartino denominó “el pacto corporativo”. La historiadora lo caracteriza en los siguientes términos:

Las corporaciones médica y sindical, enfrentadas por una rivalidad de larga data relacionada con el control de un sistema de financia-

miento y provisión de atención médica sobre el que ambas reivindican derechos irrenunciables, pronuncian alegatos sobre verdades y mentiras, inexactitudes y contradicciones, pero en última instancia están defendiendo la perduración de ese sistema. Esa aspiración se concretará en el espacio de concertación creado en el INOS (Instituto Nacional de Obras Sociales) (Belmartino, 2009, p. 7).

En la década de 1970, durante el proceso de discusión y sanción de las leyes del SNIS y de Carrera Sanitaria Nacional, tanto COMRA como AMM, plantearon su oposición a las leyes con el argumento de “no oponerse a la filosofía”, pero sí al articulado de ambas leyes.

Durante la dictadura cívico-militar, la actividad gremial fue reprimida, por lo que las entidades gremiales profesionales, solo presentaron algunos reclamos frente a cesantías, por ejemplo, en la Ciudad de Buenos Aires, por parte de la AMM (Visillac et al., 2007, p. 42).

Otras entidades gremiales

En la provincia de Buenos Aires, la entidad más antigua y representativa es la Federación Médica de Buenos Aires (FEMEBA), fundada en 1942, en la ciudad de La Plata. Fue constituida con el objetivo de nuclear a todas las entidades médicas existentes en el territorio bonaerense y “fundamentada en premisas éticas y solidarias de defensa gremial”. Desde su fundación, la federación comenzó a trabajar para dejar sentados los primeros fundamentos de lo que más tarde sería la Caja de Previsión y Seguro Médico.

A partir de la recuperación democrática de 1983 se organizan nuevos actores, especialmente en el ámbito del sistema público, como es el caso de la organización que agrupa a los profesionales de la salud pública de la provincia de Buenos Aires, la Comisión Interhospitalaria del Conurbano Provincial (CICOP). Esta tiene origen en la Comisión Inter Hospitalaria Provincial de la FEMEBA, creada en 1971. En 1988, un grupo de profesionales se separa de esta enti-

dad, conformando en un principio la Comisión Interhospitalaria del Conurbano (CICO), que en 1989 se convierte en la CICOP, la cual se reivindica “como gremio democrático y pluralista representativo de los profesionales del equipo de salud y comprometido con el Hospital Público” (García, 2009).

En 2004, la CICOP ingresa en la Central de Trabajadores de la Argentina (CTA) y en 2005, junto con organizaciones de distintas provincias, constituyen la Federación Sindical de Profesionales de la Salud de la República Argentina (FESPROSA).

El sector gremial de los trabajadores no profesionales está representado por varias organizaciones gremiales con influencia en todo el territorio nacional, como la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE) y la Unión del Personal Civil de la Nación (UPCN) y múltiples organizaciones que agrupan a los trabajadores de los sistemas provinciales.

En el caso de los trabajadores del sector privado, la entidad que los agrupa es la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad de la Argentina.

Entidades gremiales del subsector privado

El 18 de diciembre de 1964, se creó la Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales (CONFELISA) con el objetivo de unificar en una sola entidad a los centros de salud privados de todas las regiones de país. En 1966, la Confederación presentó su primer documento a las autoridades nacionales en el que solicitaba un “estudio catastral y estadístico, con miras a obtener esfuerzos conjuntos de todas las entidades asistenciales, ya sean nacionales, provinciales, municipales, obras sociales o privadas” y la tipificación del sector de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados. En 1984, frente al proyecto de Seguro Nacional de Salud, la Confederación señalaba entonces en un extenso documento que

se inclinaba a favor de seguros planificados y normatizados por el Estado, administrados por los interesados, con fiscalización estatal y participación plena de los prestadores directos, a través de las entidades sin fines de lucro que los representaban, desde la elaboración del proyecto hasta su instrumentación y ejecución (CONFELISA. Historia, s.f.)

En 1987, su estructura inicial fue robustecida por una nueva reforma de estatutos, que entre otras innovaciones instituía el Consejo Federal de Dirección, máximo organismo político de conducción integrado por un representante de cada asociación o federación provincial, con voz y voto e iguales derechos y obligaciones. En la actualidad, CONFELISA, agrupa a más de mil clínicas, sanatorios y hospitales de todo el país.

En el sector de las entidades de medicina privada, la Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la República Argentina (CIMARA) es la más antigua en la representación de instituciones de medicina privada de la Argentina. Fundada en 1967 por un visionario grupo de profesionales, hoy con alcance nacional, cuenta entre sus asociadas a las empresas y los sanatorios privados más importantes, por su prestigio, por la cantidad de afiliados, por la complejidad de sus establecimientos asistenciales y por la reconocida calidad profesional y servicio al asociado. El 25% de la población argentina asociada a la medicina prepaga está representada por la CIMARA.

Finalmente, la Asociación de Entidades de Medicina Privada (ADEMP) es una organización civil sin fines de lucro, conformada como una cámara del sector para la defensa y la preservación de la actividad. Agrupa a más de 30 entidades privadas que la componen.

Capítulo 3

Ramón Carrillo

Primer ensayo de construcción de un sistema nacional de salud

El 4 de junio de 1946 asumía la presidencia de la Nación el general Juan Domingo Perón, luego de un contundente triunfo en las elecciones de ese mismo año, en las que derrotó a una alianza que abarcaba desde los sectores más rancios del conservadurismo hasta la izquierda expresada en los partidos comunista y socialista.

Comenzaba una época signada por profundos cambios en lo social, político y económico de los cuales no estaría exenta la salud pública de la Argentina. Perón dará pistas sobre el futuro del área al designar como titular de la recientemente creada Secretaría de Salud Pública, con rango de ministerio, al que será el excluyente protagonista de las revolucionarias transformaciones que se producirán en el ámbito de la salud, el doctor Ramón Carrillo.

Se ponía fin a una historia previa en la que la salud pública del pueblo argentino estaba a cargo de una dependencia que tenía menor rango que la que se dedicaba a velar por la salud del ganado, que desde las primeras épocas de la República merecía el rango de ministerio.

Cuando Perón asumió la conducción de la Secretaría de Trabajo y Previsión, a través de la cual comenzó a ejercer un rol determinante en el gobierno de la revolución de 1943, el organismo de máximo rango que regía las acciones gubernamentales en salud era el Departamento Nacional de Higiene, creado en 1880. En los años siguientes, en los que su influencia iría en ascenso, la jerarquía de la conducción sanitaria pasaría por el nivel de Dirección Nacional en 1943, Secretaría de Salud en 1946 hasta que, en 1949, se transforma en Ministerio.

Ramón Carrillo es designado como el primer ministro de salud de la historia argentina.

Carrillo iniciará inmediatamente su colosal labor, la que imprimirá en nuestro sistema sanitario rasgos que perdurarán en el tiempo, que se tornaron caracteres distintivos respecto a otros sistemas de América Latina. Como lo expresa Karina Ramacciotti, “si hay algo realmente como de ruptura durante los años del peronismo es la idea de que la salud pública tiene que ser gratuita”. Agrega:

a pesar de todos los embates de las últimas décadas, mantiene un hospital público, y en eso es muy diferencial, se distingue dentro de América Latina... si hay algo que diferencia a la Argentina en la región es, sin lugar a dudas, el servicio sanitario gratuito y de calidad. (Ramacciotti, 28 de marzo de 2016)

Carrillo, el hombre

Ramón Carrillo nació el 7 de marzo de 1906 en la ciudad de Santiago del Estero, fue el mayor de los once hijos de la unión de María Salomé Gómez Carrillo y el profesor Ramón Carrillo, docente del Colegio Nacional de Santiago del Estero y tres veces diputado provincial por el conservadurismo. Realizó sus estudios primarios en la Escuela Normal Manuel Belgrano de esa ciudad y el secundario en el Colegio Nacional de Santiago del Estero del cual egresa a los diecisiete años como bachiller con medalla de oro.

En su adolescencia escribió para el periódico provincial *El Liberal* un artículo titulado “Glosas a los servidores humildes”, en el cual ya demostraba su preocupación por los problemas sociales, describiendo la dramática situación de los ancianos que “han encanecido en el puesto sin ascender en cincuenta años, ganando apenas para vivir miserablemente. Ahora están enfermos y agotados; sus fuerzas no dan para el trabajo liviano. Como no existe jubilación, tendrán que trabajar hasta que el destino disponga otra cosa”.

En 1924 ingresa a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y, siendo todavía estudiante, se vincula con el doctor Manuel Balado, recientemente llegado de los Estados Unidos con las últimas novedades en neurocirugía. Carrillo se vuelca definitivamente al estudio y a la práctica de la cirugía del sistema nervioso, área en la que llegará a destacarse en pocos años.

En 1928 es designado practicante menor interno del Hospital Nacional de Clínicas y publica en el Boletín del Instituto de Clínica Quirúrgica, en coautoría con el Dr. Balado, sus dos primeros trabajos científicos (López Marsano, 2016). En 1929 se gradúa con Medalla de Oro como mejor alumno de su promoción y es designado, por concurso, practicante menor interno del Hospital de Clínicas y director de la *Revista del Círculo Médico Argentino y Centro de Estudiantes de Medicina*.

Como expresa su biógrafo y colaborador Rodolfo Alzugaray: “Aunque no milita en política activa, Ramón pertenece por tradición [al] Partido Conservador en el cual su padre es un dirigente destacado en Santiago del Estero. Sin embargo, lo fundamental de la línea ideológica que Ramón aprendió junto a las primeras letras es el nacionalismo, pero el nacionalismo del interior, criollo y revolucionario” (Alzugaray, 2008, pp. 25-26).

En 1930 gana la “Beca de la Universidad de Buenos Aires” al perfeccionamiento en Europa por sus excepcionales calificaciones y por el valor de sus publicaciones científicas. Se traslada a Ámsterdam, donde estudia neuropatología y también investiga sobre la anatomía del sistema nervioso en el Instituto Central de Investigaciones Cerebrales. Hacia 1933 regresa a Buenos Aires. Llega a una Argentina decididamente inserta en la Década Infame, a través de lo que lo que puede denominarse como un nuevo pacto colonial con Gran Bretaña, el Tratado Roca-Runciman.

Este incipiente acercamiento a la realidad política de la época es relatado por Ramacciotti en los siguientes términos:

entre el regreso de este viaje y su involucramiento en experiencias políticas no pasó mucho tiempo, y sin dudas, este protagonismo debe ser analizado en el contexto brindado por los acontecimientos político-sociales durante el período comprendido entre 1930 y 1943. Paralelamente a la aparición de estas agrupaciones, surgió una creciente influencia nacionalista dentro del Ejército, la Universidad y la Iglesia Católica. Este clima de ideas, sumado a la violencia y al fraude electoral de los años treinta, contribuyó para que los grupos nacionalistas apoyaran en forma unánime el segundo golpe de Estado de la historia argentina que depuso al conservador Ramón Castillo (Ramacciotti, 2013, p. 100).

En esta época se vincula con su coterráneo Homero Manzi y otros hombres, como Arturo Jauretche, Raúl Scalabrini Ortiz, y los autores teatrales y de tango Armando Discépolo y Enrique Santos Discépolo, representantes de la cultura y de las nuevas ideas nacionales. Los tres primeros fueron fundadores de la Fuerza de Orientación Radical de la Joven Argentina (FORJA) en 1935, que se convertiría en un puente político-ideológico entre el yrigoyenismo y el naciente peronismo.

En 1939, obtiene el cargo de jefe del Servicio de Neurología y Neurocirugía del Hospital Militar Central en Buenos Aires, al que había ingresado en 1937. En aquellos años en el Hospital Militar, se trataba a conscriptos con insuficiencias físicas, con un patrón común en el diagnóstico: enfermedades de la pobreza contraídas en zonas marginales del país, lo cual pone en contacto a Carrillo con una realidad, que si bien no desconocía por su origen provinciano, aparece en el orden militar como un estudio transversal de la juventud argentina.

En 1942, debido a sus méritos en el campo de la neurobiología, gana por concurso la cátedra de Neurocirugía en la Facultad de Medicina de la de una brillante carrera como investigador y catedrático.

Sin embargo, un nuevo golpe militar derroca al presidente Castillo en 1943. Debido a estos acontecimientos, conoce al coronel Perón en el Hospital Militar. Este le propone comenzar a pensar en la pla-

nificación de una política sanitaria para un nuevo gobierno. Ese año, por iniciativa de Carrillo se crea el Instituto de Neurocirugía de la Facultad de Medicina de la UBA en el Pabellón Costa Buero.

En el marco del conflicto desatado por la guerra en Europa entre neutralistas y aliadófilos, fue designado miembro del Consejo Superior de la Facultad de Medicina y decano interino el 29 de noviembre de 1945, con 39 años, pero a raíz de su posición de defensa, no solo de la neutralidad argentina en la guerra mundial, sino del nuevo gobierno militar y de sus ideas nacionalistas, es acusado de nazi en los turbulentos días posteriores al 17 de octubre (López Marsano, 2016).

El contexto de esta acusación será la identificación de la mayoría de las corrientes estudiantiles reformistas con los grupos opuestos al gobierno militar al que calificaban de régimen nazifascista. La Federación Universitaria de Buenos Aires (FUBA) se volcó definitivamente a favor de la Unión Democrática y en contra de Perón. Al respecto, afirma Alzugaray:

Carrillo y sus amigos eran neutralistas por convicción, y en líneas generales coincidían con los argumentos de FORJA, en el sentido de que la guerra mundial era un problema entre países imperialistas, en los que Argentina y Latinoamérica no tenían nada que ver (Alzugaray, 2008, p. 25).

Su relación con Perón

El 17 de octubre de 1945 lo encontró como jefe del Servicio de Neurocirugía del Hospital Militar, lo que lo convirtió en un testigo privilegiado de la llegada de Perón en las primeras horas de ese día. Según cuentan allegados a Carrillo, después de una reunión con Perón, salió del hospital con una serie de misivas para activos participantes de tan histórica jornada (Alzugaray, 2008).

Después de las elecciones que llevaron al Partido Laborista al poder, el doctor Carrillo pasó a ocupar un lugar importantísimo en la

estructura del naciente peronismo. Por indicación de Perón, el 23 de mayo de 1946, el saliente gobierno militar creó la Secretaría de Salud Pública de la Nación y el 29 del mismo mes, Ramón Carrillo fue designado secretario.

El 16 de julio 1946 se casaron Ramón Carrillo y Susana Pomar. Sus padrinos de casamiento fueron Perón y Evita. Dos meses después adquirieron una quinta entre Adrogué y Villa Calzada a la que Carrillo llamó “Villa Antares”. La antigua casa fue refaccionada y en el amplio parque Ramón encaró la tarea de plantar cientos de árboles (López Marsano, 2016).

La Secretaría de Salud Pública

El 23 de mayo de 1946 en acuerdo general de ministros fue creada la Secretaría de Salud Pública de la Nación con rango de ministerio. El 29 de mayo, Ramón Carrillo es designado secretario por decreto del gobierno de facto, para luego ser confirmado en el cargo al asumir el gobierno constitucional de Juan Domingo Perón. La creación de la secretaría se da dentro del marco de transición del gobierno militar al recientemente electo, ya que, en la Constitución vigente, la de 1853, solamente existían ocho ministerios. En 1949, con la sanción de la reforma constitucional, se creó el Ministerio de Salud, siendo confirmado Carrillo, que se convirtió en el primer ministro de Salud de la Argentina.

Es este el primer momento de la historia sanitaria argentina en que se desarrolla una política que tiende a la integración del sistema y en el que además se introduce la idea de la planificación sanitaria. Este es el concepto central que explica la política desarrollada por Carrillo, en consonancia con otras realizaciones del gobierno peronista. En los siguientes ocho años, la actividad febril e incansable de Carrillo, provocó un salto cuantitativo y cualitativo de la salud en la Argentina. Logró la racionalización de las partidas presupuestarias, la normalización de las prestaciones laborales de los empleados (to-

davía había agentes en 1945 que cobraban su salario en mercadería). Su gestión les reconoció como válidos los servicios que habían prestado y les otorgó los beneficios sociales acordados a todos los trabajadores del país (Alzugaray, 2008). Carrillo decidió que había llegado la hora de integrar todos los establecimientos y recursos estatales, ya fueran nacionales, municipales o de las provincias y centralizar la conducción técnica de los mismos.

El Plan Analítico de la Salud Pública

El primer paso fue el estudio integral de los problemas de la salud pública del país. Al año de creada la Secretaría, Carrillo había elaborado su diagnóstico, el Plan Analítico de la Salud Pública, un volumen de cuatro mil páginas con todas las acciones a desarrollar en el área.

Tal como lo menciona Javier Mignone, en diciembre de 1946 se publicó la primera edición del Plan Analítico de la Salud Pública, desde donde se intentaba abordar todas las derivaciones teóricas y prácticas de esas dos leyes básicas de la sanidad nacional. El plan sanitario, tal como lo afirmó la misma Secretaría de Salud, tuvo como objetivo disponer de un programa orgánico, metódico y ajustado a las necesidades mínimas del país, donde se hacía hincapié especialmente en las urgencias (Mignone, 1990).

El primer peronismo asumió una modalidad de gestión basada en una planificación realizada sobre bases empíricas y un extraordinario diagnóstico del estado sanitario de la población, a contrapelo de los gobiernos precedentes donde la salud pública, y en especial aquella dirigida a los sectores de menores recursos, no había constituido prioridad alguna (Mignone, 1990).

En el Plan se destacaron dos conceptos generales formulados por Carrillo que guiaron la acción del ministerio: la centralización normativa y la descentralización ejecutiva. Para llevar a cabo la primera,

detalló todas las formas y los medios para implementar los procedimientos y las acciones técnicas y administrativas de la Secretaría de Salud Pública. Ello significó la determinación uniforme para todas las aéreas administrativas de definiciones, criterios, régimen de trabajo, normas de administración de fondos, economatos, depósitos, contrataciones y contabilidad. Con ello, unificó criterios para todo el país, acordando con provincias y municipios, un “solo y uniforme tipo de organización hospitalaria y un mínimo de calidad y cantidad de las prestaciones” (Alzugaray, 2008, p. 69)

Respecto a la descentralización ejecutiva, la implementó dividiendo el país en aéreas geográficas, y en cada una de ellas creó organismos de ejecución a los que se les fue delegando gradualmente funciones y atribuciones técnicas y administrativas.

La consecuencia directa e inmediata de estas formas organizativas fue la posibilidad de aplicación de políticas sanitarias que llegaran a todo el territorio, incluyendo las áreas más lejanas y aisladas de los grandes centros administrativos. Ello fue la base indispensable para el éxito de las campañas de vacunación antivariólica, antídifterica, los catastros radiológicos y toda la aplicación de la medicina preventiva, esencial en el pensamiento de Carrillo.

Sus políticas significaron profundos cambios estructurales en la organización del sistema de salud, que marcarán para siempre a fuego algunas de sus características, presentes en el futuro más allá de los intentos reiterados por suprimirlos. Uno de ellos es sin duda la gratuidad del sistema público. Se desarrolló y consolidó un Estado planificador y prestador hegemónico, bajo cuyo impulso se expandió la cobertura sanitaria del subsector público y se nacionalizaron todos los establecimientos públicos desplazando a las sociedades de beneficencia de su patrocinio.

La política sanitaria del primer peronismo

En el ámbito de la salud, la década de 1940 es escenario de un doble nacimiento: por un lado, el del Estado responsable-garante del derecho a la salud y el de las organizaciones sindicales, estatales y paraestatales, que más tarde darán origen al sistema de obras sociales. Es decir, por un lado, la década del cuarenta registra la expansión de los derechos sociales en general y de una multiplicación de la oferta pública universal y gratuita de servicios de salud, aproximándose notablemente al modelo del Estado de Bienestar. Por otro, se expande la lógica del seguro social focalizado en un grupo de trabajadores formales asalariados (Tobar, 2002).

Sin embargo, estos hechos, que a futuro tendrán una fuerte influencia como determinantes de la fragmentación del sistema, no tuvieron la misma relevancia en esta etapa debido al fuerte rol del Estado nacional en la salud pública que atenuaría la tendencia a la “bifurcación” del sistema. El paradigma de la salud pública vigente en este momento instituía el cuidado de la salud del conjunto de la población como responsabilidad inexcusable del Estado en el marco de una acción colectiva. De ahí la creciente injerencia del Estado nacional en la planificación, inversión y administración de los servicios de salud. Se desarrolló y consolidó un Estado planificador y prestador hegemónico, bajo cuyo impulso se expandió la cobertura sanitaria del subsector público y se nacionalizaron todos los establecimientos públicos (desplazando a las sociedades de beneficencia de su patrocinio). El gobierno peronista desarrolló una red de centros de atención ambulatoria y se llevaron a cabo una gran cantidad de programas para problemas sanitarios específicos (como el de lucha contra enfermedades endémicas). Esta gestión tuvo algunas características que hicieron posible el logro de sus cometidos:

- La política sanitaria se desarrolló dentro del marco del proyecto de gobierno del primer peronismo, que tenía como eje central la ampliación de los derechos de los sectores populares.

- El plan desarrollado tuvo bases doctrinarias definidas y originales para la época.
- Produjo profundos cambios en la estructura organizativa del sistema de salud.
- Se tradujo en realizaciones y obras concretas, que por su magnitud constituyeron una transformación revolucionaria.

El plan dentro del Plan

Un hecho central para entender la política de salud que desarrolló Carrillo es que la misma sucedió dentro del marco de un proyecto de gobierno orientado prioritariamente a la ampliación de derechos para los sectores populares y, dentro de estos, el derecho a la salud se constituyó en uno de los principales y en condiciones totalmente favorecidas respecto a la etapa previa. La concepción del Estado que planteó e instrumentó el peronismo en el gobierno se encontraba en consonancia con la concepción del Estado de Bienestar, por lo que la política social y económica del gobierno se orientaba también a influir favorablemente sobre los determinantes sociales del proceso salud enfermedad, ideas que eran afines con la concepción del ministro de salud.

En la Constitución de 1949 por primera vez se había incorporado el concepto de salud pública como obligación del Estado. Este concepto involucraba no solamente la salud física, sino la salud espiritual y la salud social, al asegurar la alimentación, un mínimo de trabajo, condiciones de vida digna y consideraba que el cuidado de la salud del conjunto de la población es responsabilidad del Estado en el marco de una acción colectiva.

Los objetivos planteados por la política económica del gobierno fueron esencialmente tres: a) pleno empleo; b) industrialización con fuerte apoyo e intervención estatal, y c) mejora de la remuneración real de los asalariados. La idea de pleno empleo provenía del temor

de empresarios, sindicalistas y militares a que se reiterara el escenario de conflictividad social, que estalló al término de la Primera Guerra Mundial, y determinó el incremento general de salarios de la década de 1920.

Es interesante puntualizar cómo analizaba Carrillo el problema sanitario en 1949, frente a la inminente reforma constitucional. Señalaba la necesidad de incorporar el derecho a la salud, como bien social tutelado, ya que este no estaba contemplado en la Constitución de 1853. Promovía a la salud como derecho y a la vez como deber y, en función de esta doble interpretación, fundamentaba la necesidad de ejercer el poder de policía sanitaria que, tanto nuestra Constitución de 1853, como la de Estados Unidos, no mencionaban expresamente. Este poder de policía implicaba –como ya fue comentado– restricciones a las libertades individuales y a la propiedad, en función del bienestar prioritario de la comunidad. Al mismo tiempo, el texto de 1853 guardaba silencio respecto a las facultades del poder central y de las provincias para dictar normas y ejercer acciones en materia de salud pública. Al respecto se remontaba a tres tesis de 1900, ventiladas en la Cámara de Diputados de la Nación, a propósito de una ley sobre policía sanitaria animal: la localista, defendida por Joaquín V. González, argumentando que cualquier restricción a los poderes de las provincias debía ser expresamente contemplada en la Constitución, y la tesis del poder central, argumentada por el diputado Manuel Quintana, quien consideraba que el poder de policía sanitaria pertenecía absolutamente a la autoridad nacional. Finalmente fue aprobada la tesis intermedia, expuesta por el diputado Antonio Bermejo, quien postulaba que eran atribuciones concurrentes de la Nación y las provincias.

Tras una prolongada revisión de la jurisprudencia, Carrillo proponía las innovaciones específicas a introducir en la nueva Constitución. Siguiendo el doble alcance de la definición de la OMS, manifestaba:

propiciamos que entre los derechos y deberes se incluya, en la parte o sección destinada al individuo, una norma que establezca que:

“Todo habitante de la nación tiene derecho a la protección, la conservación y la restitución de la salud. El Estado garantiza y asegura la efectividad de ese derecho, mediante las medidas de sanidad y la asistencia médico-social integral” (Carrillo, 2018, p. 378).

Por consiguiente, debía garantizarse “la protección, conservación y restitución de la salud” y el Estado debería asegurar ese derecho mediante “medidas de sanidad y asistencia médico-social integral”, así como la “protección de la maternidad y la infancia”. En lo referente al federalismo, defendía la competencia del Congreso Nacional “para legislar en materia de política sanitaria”, así como de “dictar el Código Sanitario y la legislación en materia de asistencia social”, sin que esto implicara vulnerar las autonomías provinciales. De hecho, era facultad exclusiva de la Nación actuar en la Capital Federal, los territorios nacionales (Carrillo, 2018).

El análisis jurídico de Ramón Carrillo reseñado hasta aquí muestra claramente su punto de partida político para encarar la gestión ministerial. El Estado debía hacerse cargo de la planificación y conducción de todos los asuntos referidos a la atención de las enfermedades de la población y a la protección de su salud. Esto no implicaba una actitud excluyentemente estatista en materia sanitaria, o tendiente a desalentar las actividades asistenciales privadas y mutuales. Pero prevalecía el concepto de que el Estado debía ser el prestador de todos los servicios públicos, o de que estos debían prestarse a través de empresas públicas de servicios. Debe recordarse que durante esa etapa la provisión de agua, electricidad, gas, teléfonos y transportes se hacía por medio de empresas estatales.

Una doctrina sanitaria

Otro elemento que no puede obviarse es que las acciones de salud implementadas por Carrillo tenían definidas bases doctrinarias que permitieron abordar la salud desde una concepción inédita hasta entonces en la política sanitaria argentina.

En el campo de las ideas, el proyecto peronista se propuso como una revolución: la construcción de un Estado con capacidad de modelar la sociedad asegurando el imperio de determinados valores que garanticen el crecimiento con justicia social. En el área de las políticas de salud, ese modelado se basa en fundamentos doctrinarios y supuestos técnico-organizativos que se han ido construyendo a nivel internacional por lo menos desde la primera posguerra. Esa experiencia y algunos resultados ya perceptibles otorgan legitimidad a la idea de una construcción social desde lo técnico, fundada en una decisión política: terminar con el antiguo orden y sus privilegios y crear uno nuevo a partir de la generalización del bienestar (Belmartino, 2005a).

Carrillo define una medicina asistencial, encargada de la asistencia de las enfermedades, en la que preconiza un modelo basado en la atención ambulatoria que se adelanta varias décadas a los postulados de Alma Ata. Considera a la medicina sanitaria como aquella rama de la salud pública que tiene por objeto organizar los medios técnicos, jurídicos, científicos para eliminar los gérmenes patógenos y evitar e impedir así la contaminación del hombre, directa o indirectamente, protegiéndolo de las contingencias o injurias del medio ambiente. Sostiene que la medicina social es una rama de la salud pública que tiene por objeto: a) organizar la lucha contra los factores indirectos de la enfermedad y la mortalidad, b) luchar contra su consecuencia, las enfermedades crónicas invalidantes y c) asegurar la prolongación de la vida útil del hombre. Puede agregarse un objetivo adicional: d) mantener un elevado índice vital.

Carrillo opinaba que mientras no hubiera una buena organización social en un país, los enfermos se iban a encontrar en mayor cantidad y gravedad entre los sectores pobres de la población. Conocía por experiencia que ciertas enfermedades afectaban exclusivamente a grandes masas entre las clases no pudientes. Los factores de ello eran:

La alimentación insuficiente o inadecuada del pueblo, la vivienda insalubre, el mal vivir higiénico, la ignorancia y la pobreza son enemigos nuestros, tanto como los microbios o más que ellos, sin

contar que los hombres de nuestro tiempo pagamos un subido tributo vital a los llamados progresos de la civilización, a su técnica, a su concentración industrial y a sus grandes y antihigiénicas ciudades (Carrillo, 2018, p. 167).

Pero además Carrillo parte de una precisa concepción de la asistencia de la salud. En los centros hospitalarios introduce un nuevo concepto: el servicio social debe entrar en la población, pero además esa acción sanitaria debe tratar de actuar sobre el ambiente físico de la comunidad, debe preocuparse del agua potable, de la contaminación de las napas, etc., es decir, sacar los hospitales de sus muros. El hospital peronista es un hospital que llega al pueblo y que está en contacto con el pueblo y lo protege.

En su concepción, la Medicina Sanitaria es aquella rama de la Salud Pública que tiene por objeto “organizar los medios técnicos, jurídicos, científicos para eliminar los gérmenes patógenos y evitar e impedir así la contaminación del hombre, directa o indirectamente, protegiéndolo de las contingencias o injurias del medio ambiente”. Tiene como objetivo aparte de los factores biológicos, la lucha contra los factores físicos como el clima, el agua, la temperatura, la tierra, etc. (Carrillo, 1974, p. 365).

Carrillo es pionero en resaltar el rol de los determinantes sociales de la salud con una notable síntesis en una frase que ha pasado a formar parte de las citas más frecuentadas de sanitarismo argentino, aquella que expresa que “frente a las enfermedades que produce la miseria, frente a la tristeza y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causa de enfermedad, son unas pobres causas”. Y también cuando precisa: “La condición social, constituida por el régimen de trabajo y las formas diversas de existencia, determina índices de morbilidad y de mortalidad también diversos”. Es por eso que preconiza un modelo de atención que desarrolle además un nuevo modelo médico que visualice la necesidad de que “junto con la historia clínica del enfermo, se levante la historia social del hombre”.

Y con una claridad no exenta de un fino estilo literario, habitual en sus escritos, remata:

Los médicos si solo vemos la enfermedad, si solo indagamos el órgano enfermo, corremos el riesgo de pasar por alto ese pequeño mundo que envuelve al individuo como algo imponderable, como una red tejida de sueños y esperanzas. Mientras los médicos sigamos viendo enfermedades y olvidemos al enfermo como unidad psico-social seremos simples zapateros remendones de la personalidad humana. (Carrillo, 1974)

La creación de un Sistema Nacional de Salud

Carrillo concibe, y comienza a instrumentar por primera vez en la Argentina, una propuesta sanitaria que presenta algunos aspectos coincidentes con el modelo del Servicio Nacional de Salud británico, proponiendo un sistema único regionalizado, con servicios organizados por niveles de complejidad, cobertura universal y financiamiento estatal.

Plantea la superación de la asistencia médica horizontal, con el enfermo en cama, internado, y complementarla con la asistencia vertical, sin internación. Pero, como considera que los dispensarios monovalentes atomizan la atención, introduce la propuesta de “hacer polivalente lo que antes era monovalente y proyectar la acción de los médicos fuera del hospital, buscando no sólo la curación clínica, sino la curación social” (Carrillo, 2018, p. 390), creando la figura del Centro de Salud. Esta idea, precursora en treinta años de la Declaración de Alma Ata, se constituye en el antecedente más remoto y concreto de una política basada en la estrategia de la Atención Primaria de la Salud en nuestro país, hecho éste silenciado sistemáticamente por mucho tiempo al rastrear los orígenes de la misma en la Argentina.

En este sentido, su concepción es integral y va más allá de la atención médica cuando propone que

La aplicación de esta idea nos permitirá desarrollar la otra complementaria, la del sistema abierto que consiste en llevar la asistencia médica al mismo domicilio, idea que ya germinó en San Vicente de Paúl, hace tres siglos, mucho antes de que aparecieran las modernas orientaciones de la Seguridad Social, que la han adoptado y actualizado como una reacción defensiva del sentido del hogar y del núcleo familiar, en horas en que las masas tienden a descargar sobre la sociedad y sobre el Estado todos sus problemas y necesidades (Carrillo, 2012, p. 30).

Tanto se anticipa en este sentido a la necesidad de la interdisciplina en el abordaje de la salud que podría considerarse como el primer antecedente planteado respecto al rol de los trabajadores sociales en un momento en que su labor todavía no tenía rango profesional.

Pero además sostiene que la acción sanitaria del hospital debe tratar de actuar sobre el ambiente físico de la comunidad, debe preocuparse del agua potable, de la contaminación de las napas, etc., es decir, sacar los hospitales de sus muros. Concibe al hospital peronista como un hospital que llega al pueblo y que está en contacto con el pueblo y lo protege.

La revolución de la capacidad instalada

Como evidencia a favor de considerar que la Argentina avanzó en la conformación de un Estado de Bienestar, se puede argumentar que entre 1946 y 1951 se construyeron 35 policlínicos en todo el país. Esto llevó el número de las camas públicas a más de 130.000, lo que significó 7,4 camas cada 1.000 habitantes. En una década prácticamente se triplicó la cantidad de enfermeras y la de médicos se duplicó. A comienzos de 1950 se había erradicado el paludismo que solo cuatro años antes afectaba a trescientos mil argentinos y nuestro país contaba con una de las mayores coberturas del mundo.

Durante el Primer Plan Quinquenal de Desarrollo (1947-1951) se sancionaron las leyes de sanidad pública (N° 13012) y de construc-

ción, habilitación y funcionamiento de servicios de salud (N° 13019). A través de estas se garantizó la financiación y sostenibilidad de los servicios públicos para ofrecer asistencia médica, completa y gratuita al 65% de la población argentina que era considerada no pudiente, y para ofrecer servicios a tarifas reducidos a otro 20% de la población en mejor posición económica. El acta fundacional del Servicio Nacional de Salud (NHS) británico, que hoy se considera paradigma de un sistema universal y público, data de 1949. Para ese entonces el sistema público de salud argentino lo superaba tanto en recursos como en resultados obtenidos.

La capacidad inversora del Estado nacional también se reflejó en el campo de la salud mediante gran cantidad de construcciones en infraestructura asistencial. Pero en este aspecto cumplió un papel muy importante la Fundación Eva Perón que, a pesar de ser una entidad no gubernamental, estaba íntimamente vinculada al poder político y a la gestión del gobierno. La acción conjunta del Ministerio de Salud y de la Fundación en la construcción de hospitales posibilitaron la clara hegemonía de la autoridad sanitaria nacional, en el escenario de las actividades e inversiones del sector salud, pese a las limitaciones jurídicas del federalismo en el poder de decisión, ya comentadas. En efecto, no solo la capacidad de trabajo de Carrillo y sus permanentes innovaciones para extender las acciones de salud del gobierno a todo el territorio nacional, sino la disponibilidad de recursos para apoyar sus iniciativas, consolidadas por el respaldo de la Fundación, fortalecieron el liderazgo del Ministerio ante las autoridades provinciales

Ramón Carrillo se hizo cargo en 1946 de un área de salud que hasta ese momento tenía las dimensiones y los recursos de una dirección nacional y la transformó, ocho años después, en un ministerio de salud omnipresente en todo el territorio nacional. Estaba desarrollando una transformación de fondo que orientaba la salud del país hacia la conformación de un sistema nacional con cobertura universal que, en esos años, estaba en desarrollo en muy pocos países del mundo.

La organización del sistema de salud

El modelo de sistema de salud que Carrillo propugnó estaba basado en principios que, en su mayoría, luego fueron parte de la construcción de un sistema regionalizado y de complejidad creciente, que funcionaba en red. Su propuesta de centro de salud surge como una necesidad del gobierno justicialista de brindar rápidas respuestas técnicas a las demandas y expectativas generadas por la política sanitaria implementadas por el gobierno de Perón (Carrillo, 2018, p. 383).

Plantea superar la asistencia médica horizontal, con el enfermo en cama, internado, y complementarla con la asistencia vertical, sin internación y que los dispensarios monovalentes atomen la atención. Introduce el tema de los costos (internación versus atención ambulatoria).

Hemos creado el centro de salud, incluso con atención ambulatoria. Hacer polivalente lo que antes era monovalente y proyectar siempre la acción de los médicos fuera del hospital, buscando no sólo la curación clínica, sino la curación social. La acción del médico se prolonga al domicilio por medio de las trabajadoras sociales. No es el hombre sino la unidad familia la que hay que atender. Los centros de salud curan al enfermo no en función del individuo, sino en función de la familia, la organización llega hasta el domicilio del enfermo (Carrillo, 1974, p. 54).

En materia de asistencia vertical, el concepto es la unificación de todos los dispensarios para dar lugar al sistema ambulatorio, el centro de salud, que tiene por objeto la atención de los enfermos, su familia y la sociedad en conjunto, es decir, llevar a cabo una acción integral sobre la población. Es un conjunto de consultorios polivalentes, con servicio social, visitadoras sanitarias y bioestadística para captación de enfermos, reconocimiento de sanos y tratamientos ambulatorios.

Diversos autores coinciden en destacar de la tensión existente en el modelo peronista de provisión de servicios de salud y seguridad social entre los proyectos centralizadores y universalistas y aquellos de

mayor o menor grado de particularismo. Tal tensión ha sido interpretada en función de factores políticos, ideológicos y culturales. Peter Ross (2007, pp. 154-155) sostiene que fue el peso de los sindicatos, interesados en preservar el poder que sus propias cajas le otorgaban, el motivo fundamental que impidió el desarrollo de un sistema universal de asistencia. Frente al proyecto de Ramón Carrillo de desarrollar una intervención homogeneizante y centralizada que incluyese la semi-socialización de la medicina, se levantaron una serie de obstáculos. Estos obstáculos residían en el sector privado (los médicos y las organizaciones mutualistas y de caridad); en las autoridades municipales y provinciales; y en el conflictivo triángulo Secretaría de Trabajo y Previsión (STP) (luego en el Ministerio de Trabajo y Previsión) - Instituto Nacional de Previsión Social (INPS) - sindicatos

En el primer caso, hubo un notorio avance de la regulación e incluso de nacionalización de instituciones. Pero el rechazo masivo de los médicos y sus colegios profesionales a la socialización de la medicina condujo a aplicar muy parcialmente este proyecto. En el segundo caso, la falta de fondos llevó gradualmente a un abandono de la centralización por un conjunto de compromisos más moderados y menos costosos de coordinación. De hecho, la mayor parte de la extensión hospitalaria pública del período se deberá a la inversión provincial. El tercer caso fue protagonizado por el fracaso del INPS en convencer a los sindicatos de crear un seguro nacional de salud basado en la unificación de los regímenes previsionales. Con un presupuesto de salud pública limitado por la coyuntura económica desfavorable, sin el apoyo sindical y sin acceso a los fondos previsionales, el proyecto de seguro nacional de salud unificado quedó abortado.

La renuncia de Carrillo, exilio y muerte

El rol de Carrillo dentro del gobierno se había resentido después de la muerte de Eva Perón, a lo cual se sumó su mala relación con el vicepresidente Alberto Teisaire (Alzugaray, 2008). En 1954 su salud

se debilitó y renunció a la cartera sanitaria. Perón lo envió entonces a los Estados Unidos, donde ofreció un ciclo de conferencias en la Universidad de Harvard. En forma simultánea trató de mejorar su salud con un tratamiento que, a medias, resultó efectivo. Sin embargo, su alto costo lo puso en dificultades económicas. Se encontraba en Nueva York cuando se enteró del derrocamiento del gobierno argentino: allí empezó su calvario (Yedlin, 2012).

Sin recursos, se convirtió de la noche a la mañana en un exiliado y un perseguido de los militares golpistas. Consiguió trabajo como médico en una empresa minera de los Estados Unidos, la cual realizaba excavaciones en el Amazonas. Hacía allí viajó y desde ese lugar envió un telegrama al general Eduardo Lonardi, que detentaba la presidencia, en el que le decía que quedaba a su disposición para ser investigado. En Buenos Aires lo acusaban de malversador de fondos y ladrón de nafta. La dictadura militar ordenó el allanamiento de su quinta Antares, en el operativo secuestran sus libros y sus cuadros (Salas, 2016).

Cuando venció su contrato con la empresa minera, Carrillo siguió viviendo en el nordeste de Brasil trabajando como médico rural hasta que sufrió un accidente cerebrovascular que lo llevó a la muerte el 20 de diciembre de 1956. Los sucesivos gobiernos no permitieron la repatriación de sus restos, lo que recién ocurrió en 1972 bajo la presidencia de facto del general Agustín Lanusse. Los diarios de entonces apenas hicieron una breve referencia al hecho. En el Aeroparque Jorge Newbery (Buenos Aires), entre los presentes para rendirle homenaje, se encontraba su amigo y colega de FORJA, don Arturo Jauretche. Hoy Carrillo yace en Santiago del Estero, como él lo había pedido (Alzugaray, 2008).

Después de 1955

El período que se inicia en 1955 muestra el progresivo desmantelamiento de la enorme estructura organizada por Carrillo, con una actitud signada por el revanchismo político más que por criterios

de racionalidad administrativa. A la par se desarrolló una paulatina desconcentración desde el nivel central, hacia otras jurisdicciones estatales como las provincias e instituciones no estatales. De este modo, al término de este período, gran parte de las decisiones de la autoridad sanitaria nacional fueron asumidas por las estructuras estatales provinciales, por las múltiples entidades que integran la seguridad social y por diversas organizaciones intermedias de prestadores privados (Arce, 2013).

En 1955, luego del derrocamiento de Perón, en el marco de un achicamiento de la organización del Estado promovido por el Plan Prebisch y en lo relativo específicamente a los aspectos sanitarios, el Gobierno decidió acudir al asesoramiento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El primer informe específico sobre el sistema hospitalario fue realizado por el sanitarista brasileño, doctor Odair Pedroso, y entregado al ministro del área en septiembre de 1957. Recomendaba transferir la responsabilidad de los establecimientos nacionales a las respectivas provincias, idea que coincidía con los objetivos generales de la Revolución Libertadora. Como consecuencia de este informe, el gobierno decidió transferir los hospitales casi de oficio, sin el correspondiente soporte técnico y financiero, por lo que se produjo un rápido deterioro de los establecimientos. Además, en función de las recomendaciones, por el Decreto N° 2245/56 se creó la Comisión Nacional del Seguro Nacional de Enfermedad, integrada por representantes de los ministerios de Salud Pública y de Trabajo y Previsión (Veronelli y Veronelli Correch, 2004: pp. 537-551).

Con el acceso de Arturo Frondizi a la presidencia y ante la notoria incapacidad de las provincias para afrontar su manutención, mediante la Ley 14.475 del 25 de septiembre de 1958, se dispuso reintegrar los servicios transferidos a la jurisdicción nacional. Esta misma ley promovía nuevas medidas legislativas tendientes a una descentralización ordenada de los servicios.

A lo largo de las gestiones de Héctor Noblía (1958-62) y Arturo Oñativia (1963-66), ministros de Salud de Frondizi y Arturo Illia,

respectivamente, se mantuvo una actividad prudente respecto del equilibrio entre centralización y descentralización, por lo que el resultado –en términos de transferencias concretadas– fue escaso.

Durante el gobierno de Illia tuvo un rol preponderante el ministro de Asistencia Social y Salud Pública, doctor Arturo Oñativia. Veronelli y Veronelli Correch (2004) desarrollan los avatares de su gestión y de una de las normas jurídicas que impulsó, la Ley de Reforma del Sistema Hospitalario Nacional y de Hospitales de la Comunidad. La ley debía facultar al Poder Ejecutivo a modificar el régimen de constitución, funcionamiento y manejo de los organismos sanitarios con el objetivo de propender a una mayor autonomía. El hospital deberá tener un Consejo de Administración y mayor capacidad de dirección, incluso para lograr el incremento de recursos propios para el desarrollo de sus programas. Así surge el concepto de Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad (SAMIC). Estos se inspiraban en el modelo impulsado por la gobernación de Oscar Alende en la provincia de Buenos Aires en los dos primeros años de los sesenta que, en los hospitales de la reforma estimulaban el aumento de la capacidad de decisión, siendo muy cuestionado, fundamentalmente por el subsistema privado.

Finalmente, la ley fue sancionada finalmente luego del derrocamiento del presidente Illia, el 30 de diciembre de 1966. De acuerdo con ella, la constitución de cada SAMIC sería determinada previamente por estudios realizados por la Secretaría de Estado de Salud Pública según iniciativa propia o a instancias de las provincias, municipalidades y otras entidades. Finalmente su implementación quedó trunca pero fue un antecedente muy importante para el futuro ya que, años después varios hospitales, entre ellos el Hospital Garrahan y el Hospital El Cruce Néstor Kirchner fueron incluidos en este régimen.

Pero fueron las políticas de medicamentos de Oñativia las que generaron las mayores controversias y un motivo más que explica el fin anticipado del gobierno democrático. Mediante el Decreto N° 7650/64 el gobierno radical congeló el precio de los remedios. La es-

trategia daba respuesta al diagnóstico que surgía de un estudio elaborado en conjunto por la Organización de los Estados Americanos (OEA), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) del año anterior en que se planteaba que los medicamentos representaban gran parte del costo de vida de los sectores más vulnerables de la sociedad. Los laboratorios reclamaron pidiendo se dejara sin efecto la medida. Illia respondió con lo que se denomina “leyes de Oñativia” (la N° 16462 y la N° 16463), dos normas que intentaban regular el mercado de los medicamentos (a través de un proceso que se llevaría a cabo de manera progresiva, a efectos de eliminar los factores que provocaban las distorsiones de los precios en las etapas de producción y comercialización, con el propósito de otorgar valor de bien social y garantizar su acceso a la población (Román y Salas, 2016).

Se definía un modelo de costos y un precio máximo industrial a partir de una declaración del precio de salida de las fábricas. Además, establecía que los envases debían tener la cantidad (dosis, etc.) de acuerdo con el tratamiento; los nuevos medicamentos debían justificarse si respondían a un adelanto científico, poniendo freno a las falsas mejoras, que eran solo una cuestión de comercialización; se limitaba el gasto en regalías en el exterior y se restringía la publicidad, entre otros aspectos (Quintana y Piani, 2009).

Distintos autores consideran que la sanción de estas leyes fue la causa del golpe de estado que derrocó al gobierno de Illia. Lo sucedido fue una clara demostración del poder de los laboratorios, incluso para futuros gobiernos.

La Ley N° 18610 de Obras Sociales Sindicales

Pocos hechos han tenido la trascendencia en la configuración del actual sistema de salud de nuestro país como la sanción de la Ley N° 18610, que rige a las obras sociales sindicales, sancionada en 1970 por el dictador general Juan Carlos Onganía.

Es, por otro lado, al menos contradictorio que lo que muchos consideran la principal fuente del poder de presión del sindicalismo en la Argentina se deba a la sanción de una norma realizada por un gobierno militar, de marcado tinte antiperonista y antisindical. Es necesario recordar que Onganía pertenecía al sector “azul” de las Fuerzas Armadas, caracterizado como legalista, que se había impuesto al “colorado” asociado a los sectores más liberales y ligados a los terratenientes agro-exportadores, con quienes tenía en común un profundo antiperonismo. Ambos bandos se enfrentaron militarmente en septiembre de 1962 y abril de 1963 durante la presidencia interina de José María Guido, resultando vencedor el bando azul. Este sector, impregnado de ideas desarrollistas, tenía frente al peronismo una posición tendiente a incorporarlo a la vida política, por supuesto que sin Perón, a través de un frente electoral, para evitar así su radicalización.

El 28 de junio de 1966 un golpe militar encabezado por el general Onganía, de clara pertenencia al sector de los azules, derrocó al débil gobierno del radical Arturo Illia e instauró nuevamente en la Argentina una dictadura militar. La posición de los azules respecto al peronismo cambiaría por la adscripción de este sector a la Doctrina de la Seguridad Nacional, que orienta la mirada de seguridad hacia el “enemigo interno” encarnado en la izquierda y el peronismo combativo.

La movilización de estos sectores de trabajadores a los que se sumarán las organizaciones estudiantiles generó grandes episodios de movilización de masas como el Cordobazo (mayo de 1969). Estas movilizaciones populares modificaron radicalmente el contexto político y la relación de fuerzas existentes y forzaron al gobierno de Onganía a la búsqueda de acuerdos con los sindicatos más propensos al diálogo. El resultado fue un pacto entre el gobierno militar y algunos gremios partidarios de la negociación, el sector vandorista del sindicalismo peronista, para descomprimir la tensión y el nivel de conflictividad social (Perrone y Teixidó, 2007, p. 34).

Onganía vio truncada su estrategia inicial y encontró en la cúpula del sindicalismo vandorista un actor receptivo para contener el

creciente conflicto social. Así, un año después del Cordobazo, y ya con el gobierno en retirada, se dicta la Ley 18610, de Obras Sociales, y el Decreto N° 2477/70, que restituía el modelo sindical al viejo esquema establecido por Perón (De Fazio, 2013 p. 301-315).

La Ley N° 18610 creaba el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), como organismo descentralizado del Ministerio de Bienestar Social, que se erigía en autoridad de aplicación con la función de promover, coordinar e integrar las actividades de las obras sociales, así como controlar los aspectos técnicos, administrativos, financieros y contables de las mismas. Adicionalmente se constituía el Fondo de Redistribución para la asistencia financiera de las obras sociales que por circunstancias especiales la requirieran. El régimen previsional de la ley extendía su protección a los trabajadores que aún no contaban con cobertura de la seguridad social.

Las responsabilidades por las prestaciones de los nuevos grupos incluidos quedaban en manos de los sindicatos, los que podían brindarlas a través de servicios propios o contratarlos a través de terceros. La ley acrecentó el poder económico de los sindicatos, ya que también asumían la responsabilidad por la administración de los fondos provenientes de los aportes y las contribuciones mensuales de empleados y empleadores, los que, establecidos por la ley, adquirirían carácter obligatorio para el sostenimiento de las obras sociales. Veronelli destaca:

al mismo tiempo que se trataba de reforzar la provincia como unidad para la organización de todas las actividades estatales de salud, se autorizaba que los grandes montos de la cotización obligatoria de los asalariados y los patronos se concentraran en organizaciones nacionales, que remitirían luego diversas proporciones a los organismos locales, provinciales o regionales (Veronelli y Veronelli Correch, 2007, p. 640).

Según Perrone y Teixidó:

La ley de Obras Sociales contribuyó así a profundizar las fragmentaciones existentes y las inequidades consecuentes entre las

instituciones del seguro y entre los subsectores y reafirmó la heterogeneidad y desintegración del sistema de salud argentino en su conjunto (Perrone y Teixidó, 2007, p. 36).

De Fazio reflexiona que, considerando el contexto posterior a 1955, es posible comprender que dentro de un marco de debilitamiento progresivo del subsistema público, se produzca una comprensible expansión de las obras sociales hasta los años setenta, ya que, para el gobierno de la Revolución Libertadora, continuar las políticas de centralización sanitaria implicaba, además de continuar con un elevado gasto público, quedar expuestos a una creciente desconfianza por parte de los sectores conservadores y antiperonistas. Pero la expansión ya no se produjo, como durante los años peronistas, en búsqueda de la creación de instalaciones médicas propias, sino como un fondo de financiamiento de servicios que se prestaban en entidades de tipo privadas, las que también lograron gran expansión durante esos años (De Fazio, 2013).

La ley de asociaciones profesionales de trabajadores sancionada durante el gobierno de Frondizi, establecía la obligatoriedad de las retenciones en el salario por arte de los empleadores para las cuotas sindicales y los llamados “aportes solidarios”.

En la interacción entre las corporaciones obreras y médicas en el ámbito estatal, comenzó a diseñarse la Ley 18610 de obras sociales en lo que Belmartino denomina como el producto de un “pacto corporativo” de base (Belmartino, 1995).

Para Medina y Narodowski,

El golpe militar del año 1966 significó una nueva vuelta atrás en materia de salud, también en relación a otros derechos adquiridos. Para los sindicatos, que habían ganado protagonismo en la lucha por los derechos en 1945, la dictadura representaba un peligro grave, pero no todos compartían la misma lucha y esa misma lealtad hacia los ideales peronistas. Estaban quienes eligieron resistir a la dictadura, y quienes optaron por mantener una relación fluida con el gobierno de Onganía, a cambio de defender una cierta au-

tonomía, sobre todo en relación a las obras sociales. Los primeros se agruparon en torno al gráfico Raimundo Ongaro, formando la CGT de los Argentinos (CGTA). El otro grupo fue comandado por Vador, dirigente de la Unión Obrera Metalúrgica (UOM) quien intentó un juego propio. En ese contexto se promulga la ley de Obras Sociales que devolvió a los sindicatos una parte importante del manejo del sistema de salud (Medina y Narodowski, 2015).

Desde otra perspectiva, Francisco Leone considera:

Los trabajadores a través de sus organizaciones sindicales decidieron a mediados del siglo XX asumir el desarrollo de estructuras sociales que dieran respuestas a la problemática de la salud y sus determinantes... Es decir, entendían que como clase social habían acumulado el suficiente poder para constituirse en artífices de la resolución de sus problemas de salud y participar activamente en satisfacer sus necesidades en concordancia con el desarrollo de una concepción del Estado que comenzaba a bregar por el bienestar de sus ciudadanos (Leone, 2011, p. 70).

Más allá de las posiciones que puedan adoptarse frente a este acontecimiento, es indudable que la sanción de la ley profundizó la fragmentación del sistema sanitario argentino y, si bien representó una vía de acceso al derecho a la salud de los trabajadores en tiempos de políticas que propiciaban un Estado subsidiario, generó una cobertura con profundas inequidades entre las distintas obras sociales y significó una colosal transferencia de fondos que subsidió al sector de la medicina privada.

Por último, otro acontecimiento trascendente de este período fue la sanción de la Ley N° 19032, que creaba el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, financiado por la participación de sus afiliados, más una proporción del aporte de los cotizantes activos de la Ley N° 18610, y además un aporte estatal. Se liberaba a la mayoría de las obras sociales comprendidas en la Ley N° 18610 de la atención de sus jubilados y pensionados, los cuales se reunían en el PAMI.

SEGUNDA PARTE

El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)

Capítulo 4

Las leyes

La historia de la concepción y las realizaciones de los gobiernos peronistas en el área sanitaria está fuertemente teñida por la fundacional impronta de la obra y los aportes conceptuales del primer ministro de Salud del peronismo y de la Argentina, Ramón Carrillo. La magnitud de la obra de Carrillo, en un país en el que hasta entonces el Estado tenía un rol totalmente subsidiario en materia sanitaria, no puede soslayarse y es el punto de partida y la referencia ineludible de cualquier análisis histórico del sanitarismo justicialista.

Sin embargo, este deslumbramiento por las magníficas realizaciones de los primeros gobiernos del general Perón no debiera obnubilar nuestro análisis frente a otras construcciones encaradas desde el área de salud por el justicialismo y que en muchos casos están injustamente olvidadas o son totalmente desconocidas para las nuevas generaciones de trabajadores de la salud y, por lo tanto, no son tomadas como antecedentes válidos e ineludibles en el debate de las propuestas para el análisis de la actualidad y el futuro de la salud de los argentinos. Una de estas realizaciones, el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) tiene la relevancia de haber constituido el segundo intento realizado por un gobierno democrático, de integración del sistema de salud argentino.

A diferencia del momento previo a la implementación de la política sanitaria de Carrillo, en el año 1974 los actores sectoriales se habían desarrollado y sufrido tales transformaciones que generaban una dinámica del sistema diametralmente distinta a la de los años cuarenta. El Estado había transitado, luego del derrocamiento de Perón, por un trayecto de políticas de descentralización recomendadas por los organismos sanitarios internacionales, que se habían desarrollado en el marco de procesos de ajuste y, en general, sin transferencia de recursos y sin fortalecimiento de la capacidad

de gestión de las provincias, destinatarias de la recepción de los servicios transferidos.

Por otra parte, las obras sociales, especialmente las sindicales, que habían tenido un primer estímulo de desarrollo durante el gobierno peronista, ante la política estatal de restricción sobre el sector público, se vieron obligadas a expandir sus servicios para cubrir las demandas de sus afiliados, llegando a un grado de desarrollo que se vio potenciado por la sanción de la Ley N° 18610, de Obras Sociales, durante la dictadura de Onganía.

El subsector privado, si bien no tenía todavía el grado de desarrollo que alcanzarán posteriormente, ya estaba comenzando un proceso de expansión a través transferencia de los fondos de las obras sociales sindicales que contrataban sus servicios.

El contexto histórico

Hacia fines de 1972 y comienzos de 1973, era ya evidente que la estrategia de continuidad que había concebido la dictadura militar que lideraba Lanusse carecía de viabilidad.

Perón había regresado fugazmente al país en noviembre de 1972, sellando un acuerdo de gobernabilidad con los principales partidos políticos, en un encuentro al que también asistieron dirigentes de la Confederación General del Trabajo y la Confederación General Económica, representativa del empresariado nacional [...] El clima de efervescencia política y movilización social, al que se agregaban los audaces operativos de las organizaciones armadas, enmarcaron la realización, en marzo de 1973, de las elecciones nacionales, que dieron el triunfo a Héctor J. Cámpora, delegado personal y candidato designado por Perón –inhibido de presentarse él mismo mediante un artilugio legal del régimen militar– al frente de una coalición con centro en el heterogéneo movimiento peronista, el “Frente Justicialista de Liberación Nacional” (Barletta y Cernadas, 2006, p. 6).

El año 1973 estuvo signado por hechos de gran trascendencia, como el regreso de Perón, y otros que significaron momentos de fuerte inestabilidad como la renuncia de Cámpora y el interinato de Roberto Lastiri. El triunfo contundente en septiembre de la fórmula Perón-Perón con su asunción el 12 de octubre de ese año generó esperanzadas expectativas que se vieron oscurecidas por el asesinato del secretario general de la CGT, José Ignacio Rucci, muy cercano a Perón y las primeras acciones públicas de la banda paraestatal de ultraderecha conocida como la “Triple A” hacia fines de 1973 (Barletta y Cernadas, 2006).

Antecedentes: propuestas sectoriales de la década de 1970

A comienzos de los años setenta se encontraban en su máxima expresión los efectos de las políticas descentralizadoras de desguace producidas sobre el sistema sanitario construido por Carrillo en el primer peronismo.

La sanción de la Ley N° 18610, de Obras Sociales, durante la dictadura autodenominada “Revolución Argentina” bajo el mando en sus primeros años del general Onganía, producto de un acuerdo alcanzado con sectores colaboracionistas del sindicalismo peronista (vandonismo) había profundizado la fragmentación del sistema y comenzado un proceso de gigantesca transferencia de recursos desde las obras sociales sindicales al subsector privado.

En muchos grupos gremiales, políticos y técnicos del sanitarismo argentino se estaban produciendo profundos debates sobre las alternativas para desandar el camino de la fragmentación hacia una real integración del sistema. Las expectativas de recuperación de la democracia en el último tramo del gobierno militar actuaban como estímulo para el surgimiento de propuestas de organización del sector salud. Susana Belmartino y Carlos Bloch (1994, pp. 224-231) destacan entre estas propuestas las siguientes:

- La del Comité Federal de Salud, en el que se reunían periódicamente las autoridades sanitarias de todas las provincias. En la reunión de abril de 1972, el Comité elabora un documento que propone establecer las bases de un seguro social de salud. Como ente ejecutor proponía la creación de un sistema efector coordinado, con el hospital público como eje y creando entes provinciales autárquicos que administrarían descentralizadamente el sistema, propiciando la creación de un sistema nacional y universal, basado en la idea de un seguro de salud. Debido a su redacción en la etapa final del gobierno de Lanusse, este documento no fue mucho más allá de una simple elaboración teórica.
- Las elaboradas por especialistas en salud pública en diversas instancias: en 1970, en las VII Jornadas Argentinas de Salud Pública y, posteriormente, en el Centro de Investigación y Adiestramiento en Salud Pública (CIASP), en el que tiene importante participación Carlos Canitrot; en el documento sobre el sistema de salud argentino, “Análisis y perspectivas para su cambio”, en el que intervienen, entre otros, Julio Bello y Jorge Mera. En el documento del CIASP se propone la creación de un Servicio Nacional de Salud (SNS) bajo cuya autoridad se integrarán todos los recursos disponibles en materia sanitaria: “es el Estado el detentador de la capacidad —y el poder— de definir una política [...] la responsabilidad recae fundamentalmente sobre el mismo Estado y es en esa instancia donde se espera la resolución del problema” (Belmartino y Bloch, 1994, p. 226). El Estado nacional debe conducir el SNS mediante un organismo superior de jerarquía ministerial que deberá, adoptar las políticas, planificar y ejercer las tareas de supervisión a nivel nacional, con la asistencia de un órgano colegiado integrado por representantes de las provincias, de los usuarios, a través de los sindicatos y otras asociaciones intermedias representativas y los prestadores profesionales (Belmartino y Bloch, 1994, pp. 229-230).

La idea de cogestión a través de la creación de organismos participativos se expresará más adelante en el proyecto del SNIS, como mecanismo indispensable para compatibilizar los intereses corporativos (Belmartino y Bloch, 1994).

En cuanto a la financiación, las diferentes propuestas preveían la integración de todos los fondos con distintas modalidades (incluidos los de la seguridad social), aunque en el caso del último documento se preveía, en una etapa posterior y previa a una reforma impositiva, que la financiación fuera exclusivamente del Estado nacional.

Los proyectos del peronismo

En el tiempo transcurrido entre la elección y la toma de posesión de Cámpora, se realizaron algunas propuestas para la organización sanitaria: por ejemplo, desde la Mesa de Trabajo “Ramón Carrillo” del Comando Tecnológico Peronista (CTP), se propiciaba un sistema unificado de atención (Servicio Único Nacional de Salud), mientras que desde el Consejo de Planificación se proponían modificaciones menores. Cámpora incluyó en su mensaje ante el Congreso un párrafo del proyecto del Comando Tecnológico (Veronelli y Veronelli Correch, 2004, p. 658).

El Comando Tecnológico Peronista (CTP) fue creado a principios de la década de 1970 por un grupo de oficiales nacionalistas y peronistas, entre los que se destacaban Julián Licastro y José Luis Fernández Valoni, quienes a poco de iniciar sus actividades y proclamas fueron pasados a retiro por la conducción castrense. Luego se sumaron otros militantes como Carlos Grosso, José Octavio Bordón y Miguel Ángel Toma.

Ideológicamente, el CTP expresaba un nacionalismo popular que intentaba la superación de los viejos nacionalismos militares de filiación integrista católica y, por el contrario, adhería al nacionalismo revolucionario latinoamericano. Uno de los principales intelectuales referente de este grupo fue Juan José Hernández Arregui, de los más destacados pensadores del peronismo revolucionario.

Esta agrupación, que luego se encargó de encuadrar a diversos militantes técnicos y profesionales, fue llamada por Perón como “el acopio de materia gris”. Una de sus funciones principales fue la formulación de propuestas para planes de gobierno. Como propuesta sanitaria, planteó el objetivo de la construcción de un sistema unificado, con máxima cobertura de servicios, financiación solidaria y justa retribución de los trabajadores de la salud. Se proponía mejorar la calidad y administración del sector público posibilitando la contratación por parte de las obras sociales. Propuso un sistema organizado en niveles de complejidad, con libre elección por los usuarios en el nivel de ingreso del sistema (Belmartino y Bloch, 1994, p. 237).

Otra grupo de intelectuales organizado en ese período fue el Consejo de Planificación, en el que participaba el cardiocirujano Miguel Bellizi, que representaba a la denominada “guardia vieja” del peronismo, personificada a nivel político por Antonio Cafiero y Alfredo Gómez Morales. La propuesta de este grupo tenía menores connotaciones ideológicas, aunque planteaba igualmente la responsabilidad del Estado de hacerse cargo de un sistema basado en la planificación, integración y coordinación de todos los recursos del sistema para ofrecer prestaciones integrales de salud. La incorporación de las instituciones al sistema se concretará sin que estas perdieran su individualidad.

El Consejo Tecnológico del Movimiento Nacional Justicialista, era un organismo partidario presidido por el científico y ex decano de la Facultad de Ciencias Exactas, Rolando García, exiliado durante la dictadura de Onganía, que se acercó al peronismo a su regreso al país a comienzos de 1970. A principios de 1973, ante la inminente asunción de Cámpora a la presidencia, el Consejo publicó una serie de documentos llamados “Bases para un Programa Peronista de acción de gobierno”. Los diversos cuadernos contenían propuestas de acción sobre temas fundamentales como la industria, la energía, la salud, las inversiones extranjeras, etc. Luego de un análisis conceptual histórico y contextual de la situación de salud argentina, el documento de salud (Nº 2) propone la creación de un Sistema Único Nacional de Salud (SUNS) que,

bajo la responsabilidad de Estado nacional, incluya todos los recursos humanos, materiales y financieros del sector. Prevé un sistema de atención gratuito, financiado por rentas generales, aunque en una etapa inicial incorporara transitoriamente los fondos de la seguridad social, a la que pretende superar debido a que “sus mecanismos financieros son injustos pesando negativamente sobre una equitativa distribución de la riqueza ya que frecuentemente invierten el principio de solidaridad social por el que se fundamentan” El programa rechaza la libre empresa en relación a las acciones de salud y plantea la responsabilidad del SUNS en la salud de toda la población y la integración de todos los recursos que forman parte del sistema orientados a propiciar “una activa y plena participación del pueblo organizado a todo nivel” (Consejo Tecnológico del Movimiento Nacional Justicialista, 1973, p. 14). También establece la incorporación de las provincias y el desarrollo, en cada una de ellas, de un esquema de regionalización con servicios de complejidad ascendente. Por último, el documento propone la nacionalización de la producción de medicamentos y del equipamiento sanitario.

El rol de Perón y Balbín

Una de las primeras acciones desarrolladas por el gobierno del general Perón, que asumió el 12 de octubre de 1973, fue comenzar a sumar consensos, especialmente con la principal fuerza opositora, el radicalismo, para posibilitar la elaboración y sanción legislativa de una ley que abordara la solución de la realidad sanitaria del país. Con el fin de coordinar las acciones necesarias para arribar a la elaboración del proyecto de ley, Perón convocó a Domingo Liotta, cirujano cardiovascular de gran renombre en ese momento, pero sin experiencia política previa.

Liotta relata que el 25 de mayo, día de la asunción del gobierno de Cámpora, Perón se comunicó telefónicamente desde España para ofrecerle que se haga cargo de la Secretaría de Salud de la Nación, en ese entonces el máximo rango sanitario ya que el área dependía del Ministerio de Bienestar Social. Además, refiere que en un primer momento

pensó en rechazar el ofrecimiento debido a su completa dedicación a la cirugía cardiovascular, argumentando que no era médico sanitarista y que había dos o tres candidatos que podían cumplir mejor ese requisito. Sin embargo, Perón insiste, proponiéndole con perspicacia que se haga cargo por tres meses, ante lo cual Liotta no tiene otra alternativa que aceptar y se incorpora al gabinete de Cámpora en el Ministerio de Bienestar Social, a cargo de José López Rega (Liotta, 2016).

Perón le sugirió en aquel momento la necesidad de continuar la obra de Carrillo, frustrada por las políticas posteriores a 1955 y de su idea de basarse en la adaptación a nuestro país de un modelo como el del Sistema Nacional de Salud británico, para lo cual le confió la tarea de elaborar un proyecto de ley de creación de un sistema nacional de salud. Por otra parte, le recomendó que le llevara el borrador del proyecto al doctor Ricardo Balbín, presidente del Partido Radical, que era la cabeza visible de la más importante fuerza de oposición política que tenía el peronismo entonces. Poniendo en juego toda su capacidad política, el presidente Perón estaba tanteando, de manera ingeniosa, al Partido Radical para evitar una confrontación violenta, estéril e inconducente en el Congreso que hiciera naufragar el proyecto. Cumpliendo estas indicaciones, en marzo de 1974, Liotta visita dos veces a Balbín en su estudio de abogado.

En vista de estas consultas, Liotta convoca en primera instancia a Carlos Canitrot, sanitarista radical quien sumó al grupo a Aldo Neri. Liotta trabajaba también con un grupo de funcionarios de la Secretaría de Salud, entre los que se destacaba Carlos Prieto. Posteriormente se sumó al grupo Mario Testa, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. En la última visita, Balbín le expresó con énfasis que su partido apoyaría el proyecto en el Congreso.

Perón le encomienda, además, la misión de difundir el proyecto en los organismos internacionales de salud, para lo cual se traslada a Ginebra para presentarlo en una sesión plenaria de la OMS en mayo de 1974. Según Liotta, el proyecto “aparece como un fuerte llamado a la solidaridad social de las naciones, en plena Guerra Fría entre los

países de Occidente y el bloque central de la Unión Soviética, Europa del Este y China, y es recibido con expectativas, especialmente por parte de las delegaciones de otros países que estaban dando pasos, entonces incipientes, como Canadá (Liotta, 2016).

Domingo Liotta, de la cirugía cardiovascular a la política sanitaria

Si bien la figura que había convocado Perón para conducir este proceso no respondía precisamente a un perfil de sanitarista, el apoyo del líder y su prestigio profesional, sumado a su moderación y capacidad diálogo, hicieron posible el avance del proyecto a pesar de las fuertes resistencia que el mismo provocaba en ciertas corporaciones.

Domingo Liotta nació en Diamante (Entre Ríos), el 24 de noviembre de 1924. Cursó sus estudios secundarios en el Colegio de Concepción del Uruguay y, en 1943, se trasladó a la ciudad de Córdoba para ingresar en la Facultad de Medicina. Se graduó en 1949 y sus primeros pasos quirúrgicos –cirugía general– los dio en el Hospital Provincial Nuestra Señora del Valle. En 1953, presentó su tesis de doctorado –apadrinada por un grande de la cirugía de las vías biliares, el doctor Pablo I. Mirizzi– que tituló “Anatomía clínica del conducto biliar”, con la cual logró la calificación *suma qum laude*. Entre 1956 y 1959 trabajó como médico residente de cirugía general en la Universidad de Lyon (Francia), mientras rotaba por el servicio de cirugía cardíaca del profesor Pierre Marion. Al regresar al país fue designado profesor de Anatomía de la Facultad de Medicina de Córdoba. En 1961, es concurrente en el Departamento de Órganos Artificiales de la Cleveland Clinic, que se hallaba bajo la dirección de Pilleen J. Wolf y allí sienta su pasión por la cirugía del corazón.

En 1969, Denton A. Cooley, del Instituto de Cardiología de Texas implantó por vez primera un corazón artificial en un ser humano. El corazón, activado mediante aire comprimido, había sido diseñado por Domingo Liotta y Charles W. Hall. De regreso a la Argentina,

Liotta se hizo cargo de la jefatura del servicio de cirugía cardiovascular del Hospital Italiano de Buenos Aires (Buzzi y Pégola, 2009).

En 1972 conoció a Perón en España, a través de su hermano Salvador, que era docente en la Universidad Complutense de Madrid. Fue el mismo Perón —según Liotta— quien pidió saber de él durante un viaje que había realizado a España para dictar varias conferencias sobre cirugía cardiovascular, a través de un convenio con el gobierno español para la formación de cardiocirujanos.

En un reportaje periodístico, Liotta relata el encuentro en estos términos:

En el '68 mi hermano mayor, Salvador, atendía al General Perón en Madrid. El Texas Heart Institute, para ese período, había firmado con España un convenio para entrenar a sus médicos en cardiología y cirugía vascular, que estaban muy flojitos. Con Cooley empezamos a ir tres o cuatro veces al año a dar conferencias o a operar. Mi nombre empezó a salir en los diarios. El General le pidió a Salvador que hiciera de puente para encontrarnos. Salvador me esperó en Barajas y fuimos hasta la residencia de Puerta de Hierro (*Clarín*, 3 de julio de 2016).

Las reuniones se repitieron en viajes subsiguientes, hasta que luego del triunfo del peronismo en las elecciones de 1973 Perón lo convoca para hacerse cargo de la Secretaría de Salud Pública.

El equipo que elaboró el proyecto

La participación de un amplio espectro de sanitaristas de lo que se denominaba entonces como “campo popular” (peronismo, radicalismo y sectores de la izquierda como el socialismo y aún algunos militantes del Partido Comunista) fue otro de los elementos que le dio al proyecto, pese a sus avatares, un fuerte nivel de consenso entre los sectores más progresistas del sanitarismo argentino.

De acuerdo con Belmartino y Bloch, Liotta al conocer su futura designación en el área de salud decidió no introducirse en la interna

partidaria y convocar a un grupo de prestigiosos sanitaristas a quienes encomendó la elaboración de un proyecto de organización para el sector. Este grupo encargado del proyecto de ley trabajaba en contacto permanente con Liotta, quien informaba de los avances del mismo al ministro López Rega, que se había convertido en interlocutor de la CGT (Belmartino y Bloch, 1994, pp. 242-243).

Al parecer el Dr. Carlos Canitrot era quien mantenía contacto directo con el subsecretario y fue quien vinculó al proyecto a Aldo Neri, director de la Escuela de Salud Pública, con Alberto Prieto, Julio Dvoskin, María Teresa Bea y a un grupo de funcionarios de carrera del Ministerio de Bienestar Social. Mario Testa, en ese momento decano de la Facultad de Medicina, si bien no formó parte del grupo, actuó como asesor.

Carlos Canitrot era profesor titular de la cátedra de Administración de Salud Pública en la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional de Buenos Aires y militante de la Unión Cívica Radical. Contaba con la confianza del líder del partido, Balbín. Canitrot convocó a Aldo Neri, médico sanitarista, también afiliado radical, profesor universitario, y director de la Escuela de Salud Pública.

Otro de los convocados destacado, según Liotta, fue Alberto Prieto, un actor importante en esta etapa, ya que había sido presidente de la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA) entre 1969 y 1972 y dirigía en esos años el Centro de Estudios Médicos Sociales. En representación del sector gremial participaba Julio Dvoskin, que era presidente de la Comisión Interhospitalaria (Rossi y Rubilar, 2007).

Al respecto señala Vilosio que “Dvoskin caracteriza aquel grupo como un equipo de profesionales alejados de la gestión política, aunque tanto él como Neri eran activos radicales, pero ello no obstaculizó su convocatoria por parte de un gobierno peronista” (Vilosio, 2016). Según el mismo Dvoskin el grupo conformado, que se desempeñaba en forma honoraria, se reunía diariamente en la sede de la SSP y tuvo continuidad hasta la sanción de la ley a fines de 1974, salvo Prieto, que se alejó ante el enfrentamiento con el sector sindical.

Los primeros pasos de Liotta

El grupo conducido por Liotta comenzó a trabajar en la elaboración del proyecto sobre las bases de experiencias internacionales, como el National Health Service británico que se había creado en 1948 y que tenía elementos conceptuales coincidentes con la política sanitaria implementada por Carrillo en los primeros gobiernos peronistas. También tomó en consideración los proyectos existentes de otros grupos del peronismo como el Comando y el Consejo Tecnológico.

En esos años, tal vez por influencia de la experiencia británica, el modelo que más adhesión concitaba entre los sanitaristas nacionales, sobre todo los del peronismo, el radicalismo y la izquierda, era el del servicio o sistema nacional de salud.

En este sentido, Belmartino y Bloch, al analizar las propuestas sanitarias en boga en los comienzos de la década de 1970, señalan

una nueva corriente entre los sanitaristas argentinos que defiende la unificación del sistema de salud en base a la idea de “Servicio”, como sistema integrado en manos del Estado Nacional. Se abandona la idea de Seguro anteriormente dominante en el terreno doctrinario, y los mecanismos financiadores que le son propios, postulándose la efectivización de la responsabilidad del Estado frente a la salud a través de sus rentas generales (Belmartino, 1982, pp. 10-11).

El nuevo secretario, al reseñar la futura acción de gobierno señaló:

En política y organización sanitaria sostenemos la necesidad de integrar todos los recursos y servicios en un Sistema Nacional de Salud. Es impostergable el terminar con las soluciones convencionales y los esquemas de una medicina atomizada en múltiples administraciones independientes, cuya carga de ineficiencia la soporta el pueblo asalariado, en especial el de menores ingresos. Es inconcebible que en materia de salud pueda haber una realidad privada y otra pública. Esta falsa antinomia pública-privada debe ser superada en una reunión de recursos y de esfuerzos que garantice al sistema

propuesto una prestación médica integral, suficiente, oportuna y continua. Propiciamos a través de este sistema nacional el ejercicio de una sola medicina con un solo requisito para recibir atención médica: la condición de estar enfermo o necesitar servicios, cualquiera sea la condición económica o la situación geográfica de quien la demande (Liotta, 1973).

Un mes más tarde, en Córdoba, al inaugurar el Segundo Simposio Internacional de Enseñanza de las Ciencias Morfológicas ya habla de un Sistema Nacional Integrado de Salud basado en el principio de la solidaridad nacional y enuncia entre sus principales fundamentos “la conducción normativa central con la cooperación contributiva de las actuales fuentes de financiación” (Belmartino y Bloch, 1994, p. 241). Liotta enfatizaba que esta política sanitaria solo podría implementarse a través de una participación protagónica del equipo de salud y planteaba la necesidad de una Carrera Sanitaria Nacional que involucre a todos los profesionales y técnicos de la salud.

Una de las situaciones más afligentes de nuestro país es la irregular distribución de los recursos de salud en relación a la población, que hace inaccesibles dichos servicios a gran cantidad de habitantes. El Sistema promoverá una distribución racional del equipo de salud facilitando su radicación en zonas desfavorables, contribuirá a una adecuada redistribución del plantel considerando las necesidades básicas regionales que deben cubrirse en materia de vivienda, transportes, equipo, instrumental y apoyo técnico, creando así nuevas fuentes de trabajo. Terminaremos así con el estigma que señalara Ramón Carrillo: “Cada vez existen más médicos sin enfermos y más enfermos sin médicos” (Subsecretaría de Salud Pública, 1973)

En agosto de 1973, luego de presentar el avance de la propuesta ante los ministros del área sanitaria de todas las provincias, inicia una etapa de negociaciones con diferentes sectores afectados, que desemboca en la presentación ante el Senado, en diciembre de ese año, de los mismos proyectos pero sensiblemente modificados en su contenido.

La elaboración del proyecto

La elaboración, debate y sanción de las leyes N° 20471 y N° 20472 constituyen uno de los raros ejemplos de acuerdos sobre políticas de Estado entre los partidos mayoritarios en la historia de nuestro país. Adicionalmente significó, para los impulsores del proyecto, una ímproba tarea de febriles e incesantes negociaciones para sortear las objeciones de los distintos actores sectoriales y arribar a la meta de la aprobación de la norma.

Este hecho se plasmó también en el momento de la sanción legislativa en ambas cámaras, en el que la conducta de acompañamiento del partido de oposición (la Unión Cívica Radical) fue fundamental para la sanción de ambas leyes. Una de las razones centrales de esta convergencia fue la firme convicción de los conductores políticos de ambas fuerzas, Perón y Balbín, Esto se vio expresado en otros hechos de trascendencia histórica como el abrazo entre Perón y Balbín, que se había concretado después de décadas de dura rivalidad, el 19 de noviembre de 1972, dos días después del regreso de Perón al país, desafiando los pronósticos del dictador Alejandro. A. Lanusse.

Este acontecimiento se debe destacar aún más, porque el contexto histórico en el que se desarrolló fue de una gran convulsión social y política, con momentos de grave inestabilidad institucional.

Las resistencias corporativas

En el comienzo, los nuevos funcionarios trabajaron sobre un modelo con fuerte rol del Estado y que concentraba todos los fondos, incluidos los de las obras sociales, en un fondo común de financiamiento para todo el sistema. El proyecto original establecía la integración obligatoria todos los efectores dentro del sistema de salud. Sin embargo, la oposición cerrada del sindicalismo organizado determinó que en el proyecto definitivo la incorporación quedara librada a la voluntad de los gremios.

Mario Testa, que participó como integrante del equipo asesor en la elaboración del proyecto, relata que el primer borrador que conoció era mucho más ambicioso que el enviado meses después al Congreso para su tratamiento legislativo (Testa, 2017). La idea primitiva de los redactores, incluido Liotta, era integrar al sistema los fondos de todas las obras sociales, incluidas las sindicales.

Aldo Neri, uno de los principales protagonistas en los comienzos de la elaboración del proyecto, recuerda que inicialmente se incorporaban al sistema todos los institutos estatales (como PAMI) y las obras sociales estatales (incluyendo las de bancarios, ferroviarios, de la carne), lo cual también generó rechazo por parte de estos gremios (Neri, 2016).

La principal resistencia estuvo representada en la figura del secretario general de la CGT, José Ignacio Rucci (quien, según referencias de Liotta, tenía una actitud irreductible). Ello provocó la renuncia de Prieto, que como presidente de la COMRA habían tenido en el pasado enfrentamientos con la CGT (Liotta, 2017). Esta situación provocó también las renunciaciones de Neri y Canitrot. Respecto a esta situación, Mario Testa relata que, ante su pregunta sobre la actitud de los sindicatos respecto al texto inicial de la ley, en un primer momento esta fue minimizada por Liotta, con el argumento de la identidad peronista, lo cual Testa calificó acertadamente como de excesiva ingenuidad por parte del cardiócirujano. Neri opinaba:

Las resistencias más fuertes al proyecto provinieron de los dirigentes sindicales, que veían volatilizarse así el poder efectivo de sus obras sociales, diluidas en un aparato estatal que (les) merecía menos confianza que nunca. Esto, sumado al similar recelo de los profesionales, a la deficiente conducción política de la Secretaría en la dura negociación inevitable, sumado aún a las mezquinas intenciones del ministro del momento, López Rega, al que sólo interesó acrecentar su tajada de poder en la futura ley (Veronelli y Veronelli Correch, 2004, p. 660).

Sin embargo, para un análisis objetivo, es necesario tomar en cuenta el contexto político del momento, la desconfianza de los diri-

gentes sindicales hacia un Estado que, pese a ser conducido por un movimiento político afín, tenía en su seno profundas contradicciones que hacían impredecible su conducta futura como gestor del sistema y de los fondos. Por otra parte, no puede obviarse en este análisis el valor simbólico de las obras sociales como construcción histórica de los sindicatos argentinos.

Las resistencias del sector gremial hicieron que el proyecto sufriera importantes cambios, especialmente en lo relativo no solo los fondos de las obras sociales, sino en la modalidad de integración de estas al sistema.

La oposición de las corporaciones profesionales

Al analizar las conductas corporativas del sector gremial de profesionales de la salud no puede soslayarse la referencia al contexto del ámbito sanitario posterior a la sanción de la Ley N° 18610 de Obras Sociales por parte de la dictadura militar de Onganía. Esta ley fortaleció el rol de los sindicatos y de las organizaciones del sector profesional, gremiales y empresariales, en lo que Belmartino denomina el “pacto corporativo” y que describe en estos términos:

Ese pacto, o conjunto de relaciones vinculantes que representaban la distribución del poder en el interior del sector, se había conformado muy lentamente en los años 50/60 entre las grandes corporaciones con interés en el área y fortalecido a fines de los sesenta, al amparo de la muy débil capacidad regulatoria de las dos instancias estatales con jurisdicción en salud [...] (Belmartino, 1996, p. 66).

En el rechazo del proyecto original del SNIS, si bien no existen elementos fundados para hablar de un acuerdo explícito de ambas corporaciones, es indudable que convergieron muchos de los intereses involucrados en dicho pacto. Sin embargo, en el caso de la COMRA, las posiciones frente al proyecto no eran uniformes, existiendo al menos tres posiciones definidas: la primera se inclinaba ha-

cia el control político-técnico del sistema por el Estado, el cual asumía la titularidad de todas las acciones de salud. Esta posición, definida por sus partidarios como de “total integración”, era calificada por sus detractores como estatizante. Un segundo grupo planteaba que los efectores deberían integrarse mediante una planificación compartida y una cogestión que preservara la autonomía administrativa y jurídica. Preveía para los servicios privados y las obras sociales un régimen contractual que estipulara relaciones y modalidades de retribución. Esta modalidad se proponía como etapa intermedia y se definía como integración. Por último, una tercera postura patrocinaba la constitución de un ente de seguridad social que respetara el funcionamiento de las obras sociales, en una propuesta de corte pluralista, afín a la ida de un modelo asegurador.

El 20 de abril de 1974, en una solicitada, la COMRA expresó que los fundamentos enunciados en los proyectos elevados por el Poder Ejecutivo al Congreso, “coinciden en general con las pautas programáticas de la Confederación y representan bases ciertas de una política sanitaria de fondo, muchas veces prometida y hasta hoy postergada” (*La Nación*, 1974). A pesar de ello, la confederación consideraba que, a pesar de los numerosos aportes realizados por la entidad desde junio de 1973, el texto definitivo de la ley solo los había contempla parcialmente, por lo que consideraba que el mismo no era equivalente a las expectativas creadas.

Posteriormente enuncia varias objeciones, entre ellas:

- Que el proyecto de ley concede al nivel central (Consejo Federal y Secretaría Ejecutiva Nacional) prerrogativas que lesionan los derechos de los sectores que adhieran, estableciendo un trato desigual entre la Capital Federal (a la que incorporaba directamente) y las provincias, que lo harían voluntariamente.
- Cuestiona, además, las condiciones laborales de los trabajadores ingresantes poniéndolos ante la alternativa de aceptar “nuevas, imprecisas e inseguras condiciones de trabajo”.

- Cuestiona la Carrera Sanitaria Nacional por desconocer los regímenes preexistentes, no precisar remuneraciones ni amparo previsional cierto y crear dedicaciones horarias inadecuadas, sin asegurar estabilidad.

Por último, insta a los legisladores a modificar estos aspectos advirtiéndole que el texto elevado “lleva en su seno potenciales conflictos institucionales y sindicales, perturbadores de las condiciones armónicas necesarias para la reconstrucción nacional” (*La Nación*, 1974).

Posteriormente, en otra solicitada del 2 de agosto de 1974, junto con el reclamo por la falta de actualización de los aranceles de las obras sociales, expresa su preocupación por el hecho de que el proyecto, que había sido aprobado por el Senado, había sufrido modificaciones en la Cámara de Diputados que, a su entender, “anulan aún más los objetivos y enunciados que dieron origen a la creación de ese Sistema” (*La Nación*, 1974).

En el mes de abril de 1974, en los días previos al tratamiento del proyecto, en forma conjunta la Federación Médica de Capital (FEMECA) y la Asociación de Médicos Municipales (AMM) solicitaron al Poder Ejecutivo y al Poder Legislativo su participación en el debate y difundieron su posición ante los medios masivos. Al mismo tiempo llamaron un paro de actividades.

En conferencia de prensa, directivos de la COMRA, la FEMECA, la FEMEBA, la Comisión Interhospitalaria de Profesionales de Salud de la Nación, Coordinadora de Trabajadores de Salud Mental y la Asociación de Médicos Municipales se sostuvo que los profesionales no se oponían a establecer una política de salud nacional que

asegure una medicina única e igualitaria para todos los habitantes del país. Se manifestó que el cuerpo médico venía bregando históricamente por una auténtica organización sanitaria nacional que cubriera la necesidad de salud de la población y se dejó claro que la AMM no se oponía a la filosofía del SNIS, pero sí al articulado, ya que se estable-

cía que los médicos que ingresaban al sistema por concurso no tenían estabilidad durante un año e intentaba imponer la dedicación exclusiva con cuarenta y cinco horas semanales, en instantes en que las organizaciones gremiales obreras bregan por una disminución horaria de la jornada laboral (Visillac, Martínez y Boloniati, 2007, p. 39).

Las entidades sostenían que no estaban dadas las condiciones hospitalarias para aplicar la dedicación exclusiva, argumentando que si la gran mayoría de los médicos se desempeñara cuarenta y cinco horas semanales en los hospitales se produciría una marcada disminución de la atención privada. Eso traería como consecuencia un incremento de la concurrencia a los hospitales públicos que no estaban en condiciones de enfrentarla. Otros de los argumentos eran que no se había establecido el monto de la remuneración para los trabajadores de la salud; que no fijaba el destino de los profesionales que no optaran por el sistema; que desconocía otras carreras médicas existentes y no permitía ningún otro tipo de actividad, remunerada o no, al profesional que ingresara al sistema.

Finalmente, sostenían que la participación obligatoria de los hospitales nacionales y los municipales de la ciudad de Buenos Aires, en contraposición con la participación voluntaria de los del resto del país –como planteaba el proyecto–, era una decisión arbitraria y discriminatoria, lo cual hizo que en el texto definitivo se estableciera que la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires se incorporaría al sistema mediante la firma de un convenio y no en forma compulsiva como lo establecía el proyecto primitivo.

Sin embargo, el proyecto también concitó adhesiones de distintos sectores representativos de los trabajadores de la salud. Tal fue el caso de la Comisión Interhospitalaria de Profesionales de la Salud de la Nación, que estaba presidida por el médico Julio Dvoskin, quien además formaba parte del equipo redactor del proyecto. Esta comisión tenía una fuerte representatividad en aquellos años debido a la existencia en todas las provincias de un importante número de

hospitales nacionales, cuyos trabajadores coincidían con el espíritu integrador del SNIS y con las condiciones laborales que ofrecía la Ley de Carrera Sanitaria Nacional.

La Coordinadora de Trabajadores en Salud Mental (TSM), en un documento titulado “Sobre la Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud” y presentado ante los bloques parlamentarios, en enero de 1974, manifestó que: “En el marco de esta definición los TSM apoyamos en su momento y reivindicamos hoy como válidas las ‘Bases para un Proyecto de Reforma Sanitaria Nacional’, enunciadas por el Subsecretario Dr. Liotta en Posadas en junio de 1973” (CTSM, 1974, p. 35). Del proyecto de ley reivindicaron:

- La enunciación del propósito de integrar todos los recursos y servicios en un Sistema Nacional de Salud, para terminar con la existencia de una realidad asistencial pública y otra privada.
- El propósito de un aumento significativo del presupuesto para salud pública con fondos provenientes de rentas generales.
- El proyecto de un mecanismo de recaudación impositiva para salud que no recaiga sobre el ingreso de la población asalariada.
- El anuncio de una Carrera Sanitaria Nacional con ingreso por concurso, estabilidad, retribución justa y sistema de capacitación.
- La concepción de la enfermedad como determinada por las condiciones generales de vida.
- La enunciación de una política para salud mental dentro de una concepción social y comunitaria, ligada a fábricas, escuelas y organizaciones comunales de base, con funciones de promoción, prevención y detección precoz en el medio social y familiar.
- El anticipo del pedido de derogación de la Ley N° 19337, de descentralización hospitalaria (CTSM, 1974, p. 35).

Y a continuación, el documento señala:

Aun teniendo en cuenta la distancia, ya mencionada, entre las declaraciones del Dr. Liotta en Posadas y el proyecto de ley presentado a las Cámaras, reivindicamos como válidos:

- a) El planteo inicial de organización de un Sistema Nacional de Salud y la asunción por parte del Estado de la responsabilidad de garantizar una prestación sanitaria eficiente e igualitaria. Si bien no están claras en el proyecto las medidas que garanticen el cumplimiento real de tal responsabilidad.
- b) El anunciado proyecto de Carrera Sanitaria, recientemente conocido y sobre el cual la CTSM fijará su posición una vez estudiado.
- c) La apertura a la participación de sectores de trabajadores y profesionales en la conducción del Sistema, si bien dada la modalidad de integración del Consejo Federal y de los Consejos Provinciales, no se asegura una efectiva congestión ni ninguna forma efectiva de control popular (CTSM, 1974, pp. 35-36).

El debate en la Cámara de Senadores

Los proyectos definitivos de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud y de Carrera Sanitaria Nacional ingresaron para su tratamiento en el Senado en diciembre de 1973. Luego de ser tratados en comisiones (Asistencia Social y Salud Pública, Presupuesto y Hacienda, Asuntos Constitucionales, Administrativos y Municipales y de Trabajo y Previsión Social), se presentan para su tratamiento sobre tablas en la sesión del 24 de abril de 1974 por el senador por Entre Ríos Lucio Roque D' Agostino, quien actúa como miembro informante del bloque justicialista.

En nombre de su bloque, el senador radical Carlos H. Perette apoyó el tratamiento sobre tablas, por lo que los proyectos fueron

tratados ese día y aprobados al día siguiente para ser remitidos a la Cámara de Diputados. Las sesiones fueron presididas por el senador José Ignacio Allende, del Partido Popular Cristiano, que integraba el Frente Justicialista de Liberación (FREJULI) y se desempeñaba como vicepresidente 1º de la cámara.

El bloque de la Unión Cívica Radical (UCR), en palabras del senador Perette, expresó que coincidía en general con la filosofía y con distintos aspectos del proyecto y que acordaba con el hecho de que el país necesitaba una ley en la materia, pero que presentaría un proyecto alternativo, acorde con sus propios principios, en el entendimiento de que “queremos lograr para el país la ley de salud que se merece, porque constituye uno de los problemas vitales de la sociedad argentina” (Cámara de Senadores de la Nación, 1974).

El mensaje del Poder Ejecutivo, que acompañó al proyecto, consideraba que:

a través de esta ley se podrá contar con el instrumento necesario para organizar los servicios de salud del país sobre la base de la reasunción por el Estado de su papel de garante real del derecho a la salud de los argentinos (Cámara de Senadores de la Nación, 1974, p. 4045).

El texto destacaba que la ley pretendía integrar efectivamente los dispersos esfuerzos con el sustento de un gobierno popular y con su respaldo político y económico dentro del marco del Plan Trienal de gobierno 1974-77. Posteriormente se explayaba sobre la situación sanitaria existente “resultante de una falta de racionalidad en la organización y empleo de los recursos humanos y económicos disponibles para la salud” (Cámara de Senadores de la Nación, 1974, p. 4045).

Respecto de los fundamentos del Sistema Nacional Integrado, determinaba, a partir de la postulación del principio de la solidaridad nacional, la responsabilidad del Estado como financiador y garante económico en la dirección de un sistema único e igualitario para todos los argentinos y diferenciaba la propuesta de una simple estatización, ya que

esta propugnaba la integración de todos los niveles y la desconcentración de funciones en áreas programáticas, vinculadas con el funcionamiento regular de los servicios, que concentraran las decisiones, las que estarían a cargo de funcionarios capacitados asesorados por un consejo con representantes de los profesionales y trabajadores de la salud del área.

El sistema nacional resalta, asume y unifica la planificación, organización, financiación y ejecución de todas las acciones concernientes a la salud, previendo un plazo no mayor de tres años para la implementación. Anticipa, además, una importante inversión en infraestructura y recursos humanos y la unificación de todas las fuentes de financiamiento.

En cuanto al Área Programática posibilitaría una adecuada participación de todos los protagonistas del proceso, delegando en estos la capacidad de adaptar las normas generales, para mejorar la eficacia y evitar la burocratización del sistema. Por último, resaltaba la relevancia de la incorporación de la universidad a los niveles de conducción y la importancia de un fuerte rol estatal en las etapas de industrialización y comercialización de medicamentos y tecnología sanitaria. Destacaba también que el proyecto era el reflejo de numerosas iniciativas promovidas por organizaciones del Estado y la sociedad y lo resaltaba como de claro contenido nacional, “pensado en función de Argentina 1973, sin encuadrarlo en ningún modelo extranjero” (Cámara de Senadores de la Nación, 1974, p. 4046). En su mensaje, el Poder Ejecutivo planteó la necesidad de una transición mediante el desarrollo por etapas, al entenderla como una ley plan, cuya implementación se priorizaría preferentemente en las provincias del Noroeste, Nordeste y de la Patagonia. El texto lleva la firma de Perón y de los ministros José López Rega y José B. Gelbard.

En la sesión para el tratamiento de las leyes, el miembro informante del bloque justicialista, el senador Lucio R. D'Agostino realizó una extensa fundamentación del proyecto comenzando por la afirmación de que la organización del sistema sanitario es un “pivote que asegura coherencia, equilibrio, bienestar y aptitud para las grandes realizaciones que el país necesita” Posteriormente desarrolló un análisis histórico de

la evolución del sistema sanitario nacional, desde el período colonial, pasando por la etapa de la independencia y la organización nacional, hasta llegar a la creación del Departamento Nacional de Higiene. Destacó, entre otras, a las figuras de Emilio R. Coni, José María Penna, Carlos Malbrán y Gregorio Aráoz Alfaro, explayándose luego sobre el período del primer peronismo, con la figura excluyente de Carrillo, de cuyo paso por la Secretaría y luego por el Ministerio de Salud hizo un encendido elogio y una síntesis de sus realizaciones (Cámara de Senadores de la Nación, 1974, p. 4054). Al reseñar el periodo subsiguiente al derrocamiento del peronismo en 1955, señaló la aplicación de políticas de descentralización aconsejadas por los organismos internacionales, lo que produjo la desarticulación del sistema, transfiriendo el problema a las provincias. De esta etapa distinguió el período del gobierno radical de Arturo Illia y su ministro Arturo Oñativia, como un gran esfuerzo por el mejoramiento de la salud de la población, frustrado por el golpe de Estado de 1966 y la posterior sanción durante la dictadura de Onganía de la Ley N° 18610 de Obras Sociales, como un elemento que alteró el equilibrio entre los subsectores, profundizando la fragmentación y la inequidad del sistema. Luego de referirse a los fundamentos del proyecto contenidos en el mensaje del Poder Ejecutivo, comenzó el análisis del articulado señalando la inclusión en el artículo 1° del derecho a la salud que se concibe como responsabilidad del Estado.

D'Agostino resaltó como un valor la meta de un sistema único e igualitario, con eficiencia y accesibilidad a los servicios de salud para alcanzar la igualdad de oportunidades de todos los argentinos y el planteo del principio de la cogestión, entendido como la coparticipación del Estado, los trabajadores de la salud y sus beneficiarios a nivel local, provincial y nacional, así como la normalización centralizada que aseguraría el cumplimiento de las mismas reglas en todo el país y la descentralización ejecutiva como garantía del respeto a las características locales. Destacó que la ley, en su artículo 4°, establece la adhesión de las provincias (y también de la Capital Federal y Tierra del Fuego) por medio de convenios que serían aprobados por sus legislaturas, en una muestra de respeto a las autonomías provinciales.

En cuanto al artículo 6° subrayó la creación del Consejo Federal como espacio de cogestión entre el Estado y los demás actores y de cuerpos colegiados a nivel provincial, responsables de la planificación en ese ámbito que contarían con espacios participativos multiactorales. Resaltó también la concepción del Área Programática como un importante cambio en la concepción de unidad operativa, la cual era asumida clásicamente por el hospital, que ahora pasaría a formar parte integrante de ella y el hecho de que el Consejo del Área Programática (artículo 21) fuera integrado con representantes de los municipios y de los trabajadores del sistema. Otro aspecto que calificó como importante fue la idea de la prevención mediante acciones sobre el individuo y su ambiente en toda la extensión del área, planificadas de acuerdo a su demografía, geografía y características sociosanitarias.

El miembro informante por la UCR fue el senador Rubén Osvaldo Cáceres, quien planteó la posición del bloque en el sentido de compartir la filosofía del mensaje del Poder Ejecutivo, aunque disintiendo con el proyecto, del que consideró que no traducía en los hechos aquel pensamiento. El bloque radical, en palabras de Cáceres, opinaba que el proyecto era un simple ordenamiento de la actividad del sector público nacional. Posteriormente, realizó diversas precisiones sobre la realidad sanitaria nacional y la posición de su partido la que se puede sintetizar en los siguientes objetivos:

- La formulación de un sistema único de atención integral e igualitario para toda la población.
- La organización, planificación y financiación debe ser conducida por el Estado, con la coparticipación de los distintos sectores interesados.
- El sistema deberá integrar todos los recursos humanos, materiales y financieros en los sectores públicos, paraestatal y privado, en la medida y en los lapsos que se consideren oportunos.

- La conducción del sistema, como un organismo autárquico, estará exclusivamente a cargo del Estado nacional en lo referido a programación, planificación y financiación, descentralizándose la administración y ejecución a los niveles provinciales y locales.
- La financiación provendrá de recursos específicos vía impositiva y directos de los beneficiarios, que cumplan los principios de solidaridad y justicia distributiva.
- El sistema deberá implementarse en niveles crecientes de complejidad, en niveles regionales y locales, asegurando en un primer nivel la relación médico-paciente libremente concertada.
- El sistema requerirá una Carrera Sanitaria Nacional que involucre el recurso humano afectado a las prestaciones médicas, odontológicas, de laboratorio, farmacéuticas, técnicas, etc.

El informante del bloque radical reconoció que, aun con discrepancias, consideraban valioso el proyecto de la ley, si bien aclarando que concordaban más profundamente con el enunciado por el secretario de Salud en la ciudad de Posadas. Lamentan que la introducción de sucesivos cambios no trasunte totalmente la filosofía que encerraba el mensaje (Cámara de Senadores de la Nación, 1974, p. 4078).

En su intervención, el senador Rafael Z. Jáuregui, del Movimiento Popular Jujeño (MPJ), planteó críticas al proyecto basado en argumentos de la COMRA (hizo alusión a la solicitada del 20 de abril de 1974) aunque, pese a ello, adelantó el voto positivo en general de su bloque, reservando las disidencias para el tratamiento en particular.

Fernando de la Rúa, senador por la UCR de Capital Federal, dio comienzo a su intervención haciendo también alusión a la solicitada de la COMRA y la de la AMM de la ciudad de Buenos Aires y planteando críticas al centralismo que, a su entender, no solo incluía los aspectos normativos, sino la ejecución administrativa.

El senador Leopoldo Bravo del bloquismo por San Juan recordó que en su provincia, en 1927, se había sancionado un texto constitucional que establecía un seguro contra la enfermedad. Criticó la modalidad de adhesión voluntaria de las obras sociales y el sector privado (no así de las provincias, en lo que considera un ejercicio de su autonomía) y visualizó como un riesgo de burocratización los consejos creados por los artículos 5º, 6º, 10º y 21º; en sus propias palabras, “integrados por frondosas representaciones”. Pese a estas observaciones, en el comienzo de su intervención había adelantado su voto afirmativo a las dos leyes

Posteriormente, el presidente de la sesión, senador José Antonio Allende sometió a votación en general el dictamen de las comisiones, el cual resultó aprobado. Durante la votación en particular, se aprobaron los 45 artículos sin modificaciones. La sesión finalizó a las 4:10 del 25 de abril. Se pasó a un cuarto intermedio para ese mismo día a las 18, con el objetivo de tratar el proyecto de ley referente a la Carrera Sanitaria Nacional.

Al comenzar la sesión de la tarde, el senador por el FREJULI de Catamarca, Dermidio Herrera solicitó el tratamiento sobre tablas, el cual fue aprobado por unanimidad.

Se dio lectura al mensaje de elevación del Poder Ejecutivo que resaltaba que la carrera se formulaba para todo el equipo de trabajadores de la salud, es decir, no solo a los profesionales médicos, sino a todos los involucrados en el quehacer sanitario, incluyendo además al personal técnico y auxiliar. En el mensaje se enuncian los fundamentos de la ley de Carrera Sanitaria Nacional: un mecanismo de ingreso por concurso, promoción y estabilidad con remuneración acorde; se posibilita la capacitación continuada y el acercamiento a los centros urbanos de los que se desempeñen en zonas alejadas; se establece la jornada de trabajo adecuada con niveles de retribución dignos y se instituye la dedicación exclusiva, con la aclaración de que esta no es incompatible con la docencia.

El senador Herrera actuó como miembro informante del bloque del FREJULI. Comenzó con un pormenorizado análisis del proble-

ma de los recursos humanos a nivel mundial, de América Latina y de la Argentina. A continuación analizó la realidad laboral de las profesiones relacionadas con la actividad sanitaria, exhibiendo la problemática del pluriempleo. Destacó la institución en el proyecto de un régimen de cargo único de 44 horas semanales, con dedicación exclusiva o 40 horas con dedicación simple. Reconoció como positivo el sistema de Residencias Médicas como pertenecientes al SNIS, debiendo la reglamentación definir las normas. Sobre la remuneración dejó en claro que era criterio de la comisión que el profesional con dedicación exclusiva debía tener un básico mínimo y móvil de al menos un 100% más que el de dedicación simple. Recalcó que el artículo 18 establecía que dentro de los 180 días el Poder Ejecutivo debía enviar al Congreso un proyecto sobre régimen previsional para el personal del SNIS.

El senador Jáuregui, del Movimiento Popular Jujeño (MPJ), se hizo eco de las críticas de la COMRA y planteó la falta de precisiones del articulado del proyecto. Sin embargo, destacó como positivas la inclusión del ingreso por concurso, la propuesta de retribución justa, la estabilidad, el concepto de zona desfavorable, entre otras. Por esta razón, anunció, su voto sería positivo en general.

El senador Cáceres (UCR - Formosa) anunció que su bloque no acompañaría el tratamiento del proyecto por ser consecuentes con su posición, fijada en el despacho en disidencia tratado en la sesión de la mañana, en el que habían planteado una instrumentación en etapas para el SNIS en la que habían previsto, para la implementación de una ley de carrera sanitaria, la conclusión de una primera etapa de reordenamiento, rehabilitación e integración del subsector público estatal.

El proyecto se votó afirmativamente en general y en la votación en particular se aprobaron los 30 artículos sin observaciones, por lo que el proyecto se aprobó y giró a la Cámara de Diputados.

El debate en la Cámara de Diputados

Las leyes N° 20748 y N° 20749 fueron tratadas por la Cámara de Diputados en las sesiones de los días 6 y 7 de agosto de 1974, presidida por los diputados Antonio Pereira y Luis Antonio García. Se presentaron dos dictámenes de comisión, uno por el bloque de la mayoría, FREJULI, y el otro por la minoría, UCR.

El miembro informante por la mayoría fue el diputado Humberto Carral Tolosa del FREJULI, quien realizó la defensa del proyecto contextualizándolo desde una perspectiva histórica y desde su concepción de salud implícita, al señalar:

comprendemos que la salud se encuentra ligada completamente al desarrollo social cultural de un pueblo, luego, su planificación exige el conocimiento real de lo que se posee y de las causas que llevan al estado de enfermedad, respetando las condiciones de cada zona o lugar (Cámara de Diputados de la Nación, 1974, p. 1422).

Posteriormente resaltó que el proyecto se había redactado sobre la base de que

es el Estado quien garantiza el más grande de los derechos: el derecho a la salud y para lo cual no sólo garantiza los aportes técnicos y financieros, sino también el uso y la efectividad de las actividades de salud (Cámara de Diputados, 1974, p. 1422).

Para terminar, caracterizó el proyecto como una “iniciativa de claro contenido nacional, porque es una política sana y coherente donde todos recibirán en forma igualitaria una atención oportuna, eficiente y de gran accesibilidad” (Cámara de Diputados de la Nación, 1974, p. 1422).

El diputado radical Plácido Nosiglia realizó la defensa del dictamen de la minoría cuestionando diversos aspectos del proyecto, entre ellos, un excesivo centralismo y un exceso de burocratismo. Planteó su disidencia en los siguientes términos:

Porque una estructura administrativa, por frondosa que sea, no satisface la necesidad de una política sanitaria y menos aún si esa estructura se obtiene creando un sistema integrado que no es integrado, que busca una medicina única e igualitaria, pero no pretende una medicina única y entroniza la desigualdad (Cámara de Diputados de la Nación, 1974, p. 1422).

Y concluyó: “Que el Sistema Nacional Integrado de Salud no pretende una medicina única se desprende de la persistencia fuera de él, no solo de la medicina privada, sino del subsector de Obras Sociales” (Cámara de Diputados de la Nación, 1974, p. 1422).

En realidad, el radicalismo, a diferencia de lo ocurrido en Senadores, había definido previamente en una reunión convocada por Ricardo Balbín y a la que asistieron sus sanitaristas más destacados, no apoyar el proyecto. Veronelli, que fue protagonista de esta, lo relata en los siguientes términos:

Se llegó a la conclusión de que, tal como estaba, era un instrumento gatopardista destinado al fracaso y que no debía ser apoyado por los bloques radicales. Plácido Nosiglia pidió a Veronelli que esbozara un proyecto alternativo y cuando éste le sugirió la conveniencia de contar con el asesoramiento de un técnico experimentado, ofreció la colaboración de su amigo Sergio Provenzano (Veronelli y Veronelli Correch, 2004, p. 659).

En la reunión se decidió presentar un proyecto alternativo que, según Belmartino y Bloch resultó “mucho más ambicioso que el defendido por el oficialismo”, hecho de escaso mérito, ya que todos sabían que no sería aprobado y que aún si lo fuese, no sería llevado a la práctica (Belmartino y Bloch citados en Veronelli y Veronelli Correch, 2004, p. 660).

Las dos leyes fueron aprobadas el 7 de agosto de 1974, con algunas modificaciones respecto a la sanción del Senado, por lo que fueron giradas a esta cámara, siendo sancionadas el 12 de septiembre y promulgadas el 17 del mismo mes.

Las leyes N° 20.748 y N° 20.749

La Ley N° 20748, en su artículo 1º, expresa que se declara “a la salud derecho básico de todos los habitantes de la República Argentina” y que “a tales efectos el Estado Nacional asume la responsabilidad de efectivizar este derecho, sin ningún tipo de discriminación”, es decir, remedia una lamentable omisión del texto constitucional vigente en ese momento (la Constitución de 1853), que no incluía al derecho a la salud entre los resguardados por la carta magna (Ierace, 2013). La salud como derecho constitucional tiene varias menciones en la Constitución de 1949, tanto en lo referente a la salud del trabajador como al derecho de las familias. El gobierno de facto de 1955 derogó por decreto el texto constitucional, y la reforma realizada por la Convención Constituyente de 1957 no incluyó el derecho a la salud en su texto.

La ley comprometía al Estado a fijar “como meta a partir del principio de solidaridad nacional su responsabilidad como financiador y garante económico en la dirección de un sistema que será único e igualitario para todos los argentinos”. Es decir que no solo instituye la responsabilidad final del Estado como garante del derecho a la salud, sino que la establece en lo referente a la dirección y financiación de un sistema destinado a cubrir a todas las personas de manera igualitaria, sin ningún tipo de discriminación, incorporando precisiones concretas que, consumadas en el resto del articulado, la convierten en mucho más que una expresión de deseos. Recupera además ideas básicas del peronismo, como la de incorporar la planificación de la salud dentro de los “grandes lineamientos” de la política nacional, definiendo como herramienta metodológica el principio de la normatización centralizada con ejecución descentralizada, lo cual propicia la co-gestión con las entidades representativas del sector, dentro del marco de la comunidad organizada.

Jorge Katz y Alberto Muñoz destacan:

Por el lado de la oferta de servicios de atención médica, el SNIS intenta introducir dos importantes modificaciones: a) trasladar el centro del modelo de atención médica desde el hospital estatal, has-

ta ese entonces utilizado como eje de los programas de atención de salud, hacia el “área programática” —área de la cual aquel pasaba a ser una subunidad—; y b) transformar el rol pasivo tradicionalmente asignado al equipo médico hospitalario, —es decir, la espera de los enfermos en la institución—, en uno activo, donde dicho equipo sale a promocionar actividades de atención primaria, prevención, participación comunitaria, etcétera (Katz y Muñoz, 1988, p. 46).

Si bien la ley establece la incorporación de los otros subsectores de manera voluntaria, este fuerte rol del Estado se convierte en la principal herramienta de superación del alto grado de fragmentación del sistema segmentado, lo cual posibilita el inicio de un camino, seguramente arduo, hacia el objetivo de un modelo universalista. Otro aspecto destacable es el relacionado con la acción reguladora del Estado, referida no solo a los aspectos estructurales, sino además a las acciones de salud.

En lo referente a las provincias, la ley evidencia respeto por las autonomías y realidades locales, expresado en la modalidad de adhesión mediante convenios voluntarios y en la modalidad de designación de los consejeros provinciales en la que asigna un rol protagónico a las legislaturas y al ejecutivo provinciales. Es decir que, desde el punto de vista presupuestario, establece un mínimo de asignación anual tanto para la Nación como para las provincias, al establecer un fondo financiero sanitario nacional de carácter acumulativo.

La Ley N° 20749, de Carrera Sanitaria Nacional, establece en su artículo 1°:

Los trabajadores gozarán de estabilidad inviolable, remuneración adecuada a las prestaciones que realicen con incentivos económicos, científicos y de capacitación, régimen de previsión social y jubilatorio acorde con la trascendencia de sus labores [...] (Ley N° 20749, art. 1°).

En el artículo 3° establece un régimen laboral de cargo único, con dedicación exclusiva (salvo para los casos docencia o investigación). En el caso de la dedicación parcial, esta no debía extenderse más allá del 1 de enero de 1980.

La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud

De los objetivos planteados se desprende que la ley plantea un Estado omnipresente en salud, que no solo se hace responsable de la asistencia de las personas, sino que delinea otra serie de funciones que incluyen aspectos fundamentales para la salud de la población como el control y la vigilancia de la producción, la comercialización y el consumo de insumos necesarios para la práctica de las acciones sanitarias, tales como las tecnologías necesarias, estimulando el desarrollo de la industria nacional de equipamiento sanitario.

La formación de los recursos humanos para el sector y el estímulo a la investigación son otros objetivos taxativamente expresados en el texto legal. Es importante subrayar que estos objetivos están planteados desde una concepción de la salud que incluye los aspectos biológicos y psicológicos, propiciando el desarrollo de acciones que incluyan, además de las asistenciales, las de promoción, protección y rehabilitación, y las relacionadas con el medio ambiente.

El Título IV trata sobre la incorporación de las distintas jurisdicciones, la que se detalla en el artículo 4º, que expresa que las provincias, las universidades y el subsector privado se podrán incorporar a través de la firma de convenios. Respecto a las obras sociales, establece que quedan exceptuadas hasta que decidan su incorporación voluntaria. A decir verdad, el proyecto original establecía la integración de manera obligatoria todos los efectores dentro del sistema de salud. La oposición cerrada del sindicalismo organizado determinó que en el proyecto definitivo la incorporación quedara librada a la voluntad de los gremios. Por lo que, en el artículo 36 expresa que “las obras sociales mencionadas en este artículo podrán incorporarse, a solicitud de las mismas, total o parcialmente al Sistema Nacional Integrado de Salud, mediante convenios especiales en forma similar a lo previsto en el art. 4º”. Para compensar esta situación, “las obras sociales no adheridas al sistema deberán en todos los casos, dentro del área programática, coordinar su planificación y acciones de salud con el sistema nacional integrado de salud, a través de sus organismos competentes” (Ley N° 20748, art. 36).

En el artículo 37 la ley dispone que “en caso de emergencia sanitaria nacional, provincial o regional declarada por decreto del Poder Ejecutivo Nacional, los establecimientos y servicios asistenciales de las obras sociales están, mientras dure la emergencia, afectados y subordinados a la administración federal del sistema nacional integrado de salud y deberán dar cumplimiento a las directivas que al efecto les imparta la autoridad sanitaria nacional” (Ley N° 20748, art. 37).

Una de las consecuencias de la resistencia de algunos sectores a la ley fue la estrategia de consenso gradual, en consonancia con la relación de fuerzas existente en el momento, especialmente respecto al sector sindical.

Respecto a las provincias, la ley evidencia respeto por las autonomías y realidades locales, expresado en la modalidad de adhesión mediante convenios voluntarios y en la modalidad de designación de los consejeros provinciales en la que asigna un rol protagónico a las legislaturas y al ejecutivo provinciales.

En líneas generales, la ley de creación del SNIS retoma la idea de Carrillo del sistema nacional, pero adaptándola a la realidad de la década de 1970 con un desarrollo y una dinámica distinta de los actores sectoriales. Incorpora como datos de la realidad hechos históricos irreductibles, por ejemplo, los cambios en la estructura del Estado o el fortalecimiento de las obras sociales, especialmente a partir de la sanción de la Ley N° 18610 y el consiguiente desarrollo del sector privado debido a una importante transferencia de fondos a través de la contratación de servicios para los trabajadores sindicalizados.

En síntesis, la ley es fundamentalmente un intento de integrar un sistema que ya mostraba grados profundos de fragmentación, barreras de acceso e inequidad. Mediante el desarrollo de una política centrada en el fuerte rol integrador del Estado se proponía retomar el impulso de la política sanitaria del peronismo de la década de 1940.

Estructura administrativa

La organización del sistema creado por la ley está detallada en el Título V, que trata sobre la administración del SNIS. Establece tres instancias de decisión, organización y participación, a nivel nacional, provincial y local, con una estructura que luego podrá ser evocada, con algunas variantes, en el SUS de Brasil. En el caso del SNIS, la participación de los municipios se formaliza en el Área Programática, que los integra a la manera de las regiones sanitarias ya existentes en algunas provincias (Buenos Aires, por ejemplo).

En cada nivel crea un órgano colegiado con amplia participación sectorial y una figura ejecutiva.

El artículo 5º crea la Administración Federal del Sistema Nacional Integrado de Salud, compuesta por los siguientes órganos: A nivel nacional: a) el Consejo Federal, b) el secretario ejecutivo nacional y c) el cuerpo consultivo del secretario ejecutivo nacional. A nivel provincial: d) los Consejos Provinciales, con composición similar al Consejo Federal. A nivel local-regional: e) los consejos de las áreas programáticas.

Las funciones ejecutivas serían desempeñadas: a nivel nacional, por el Secretario Ejecutivo Nacional, o sea el secretario de Estado de Salud Pública, acompañado por un cuerpo consultivo del secretario ejecutivo nacional; a nivel provincial: por los secretarios ejecutivos provinciales; y a nivel local-regional: por los directores de las áreas programáticas.

De acuerdo con Katz y Muñoz:

El Consejo Federal era la pieza clave en el diseño de la política de prestaciones de salud y de su control de gestión. Fue pensado como un gran y poderoso ente institucional, constituido por el Ministro de Bienestar Social –que lo presidía–, los Secretarios de Estado del Ministerio de Bienestar Social de la Nación, un representante de cada Jurisdicción Provincial, un representante del Ministerio de Defensa, un representante de las Universidades Nacionales, seis representantes de la CGT, dos de la CGE, tres representantes del

personal profesional de la salud –de los cuales uno por lo menos debía ser médico– designados a propuesta de las entidades gremiales mayoritarias en el orden nacional con personería gremial, y un representante de las entidades privadas adheridas al sistema (Katz y Muñoz, 1988, p. 47).

Entre las funciones del Consejo Federal, estaban previstas por la ley: “impartir las directivas relacionadas con la salud, conforme a los lineamientos de la política nacional en la materia, proyectar programas de salud, crear áreas programáticas nacionales, y supervisar y evaluar en forma permanente los resultados del sistema” (Katz y Muñoz, 1988, p. 47).

El Secretario Ejecutivo Nacional era el secretario de Estado de Salud Pública, asistido por un cuerpo consultivo formado un representante del sector estatal, uno de la CGT y uno de la Confederación General Económica (CGE), seleccionados entre los integrantes del Consejo Federal por el Secretario Ejecutivo Nacional a propuesta de las entidades respectivas.

Las Áreas Programáticas

Las áreas programáticas constituían las unidades de organización sanitaria de la ley. Según el artículo 19, estas:

Deberán satisfacer las necesidades de salud de una población geográficamente delimitada por circunstancias demográficas técnico-sanitarias, a través de un proceso unificado de programación y conducción de todos los recursos de salud disponibles para la atención de la población que la compone” (Ley N° 20748, art. 19).

Ello era de particular importancia en el esquema organizativo de la ley, porque representaba una importante apuesta a un sistema que, cuatro años antes de Alma Ata, había definido una organización territorial que podría emparentarse con la idea de Distrito Sanitario o Sistema Local de Salud, conceptos desarrollados años más tarde.

También pueden rastrearse huellas de las primeras concepciones de Carrillo, especialmente las ideas de regionalización expresados en el Plan Sintético de Salud Pública 1952-1958.

El Área Programática es el espacio de integración que permite la articulación entre los subsectores y los distintos niveles del sistema de salud, lo que posibilita superar la fragmentación existente. Otro aspecto relevante es que los hospitales, si bien forman parte del Área Programática, no se constituyen en el centro del sistema sino que sus directivos participan en el Consejo de Área Programática junto con otros actores, como los municipios, los trabajadores y las organizaciones de la comunidad.

La dirección del Área Programática era ejercida por un director, asesorado por un Consejo integrado por representantes de los municipios que la componen, por los directores de los establecimientos de mayor complejidad, representantes del personal profesional y del no profesional de la salud, designados a propuesta de las entidades gremiales representativas con personería gremial; representantes de las asociaciones de trabajadores que tengan obras sociales y de las asociaciones civiles representativas (Ley N° 20748, art. 20).

Es así como el Área Programática debía constituirse en el espacio de integración entre las distintas jurisdicciones y entre los diferentes niveles de atención. Además y como aspecto sustancial, posibilita la participación de los trabajadores (no solo los médicos) del sector salud y otros representantes de gremios que tuvieran obras sociales en el área y representantes de la comunidad, hechos todos estos profundamente innovadores para aquel momento histórico.

La financiación

La ley establece una financiación integrada por los aportes fijados por el presupuesto anual de gastos de la Nación, la cuenta especial fondo financiero sanitario nacional de carácter acumulativo, que

se crea por este artículo. El fondo financiero estará integrado por el aporte de las provincias que ingresen a este sistema y las contribuciones del sector privado adherido. Para los años posteriores, se incorporarían al presupuesto general las partidas que fueran necesarias para el cumplimiento de la ley, que nunca serían inferiores al 5,1% del cálculo de recursos del presupuesto general.

Las contribuciones anuales de las provincias, de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y del territorio nacional de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur al adherirse al SNIS no podrían ser inferiores a los porcentajes para gastos de salud incluidos en los presupuestos respectivos para el año 1973.

Es decir que, desde el punto de vista presupuestario, la ley establece un mínimo de asignación anual tanto para la Nación como para las provincias, con lo que se establece un “fondo financiero sanitario nacional” de carácter acumulativo.

La posibilidad de integración del sistema a través del fondo financiero y el fuerte compromiso presupuestario del Estado para su constitución y funcionamiento resultaban una de las fortalezas del SNIS, pese a los cambios introducidos en la ley, desde la idea primitiva de sus impulsores de integrar todo el financiamiento en un solo fondo desde el inicio. Esta aspiración no pudo ser concretada debido al breve período de implementación del sistema y no logró ser alcanzada en etapas posteriores de nuestra historia.

De la necesidad de revertir la fragmentación con herramientas del estilo del SNIS argumenta Oscar Cetrángolo:

Difícilmente pueda alcanzarse un ordenamiento efectivo del sistema de salud si no se logra una integración paulatina pero efectiva de los diferentes segmentos de la seguridad social entre sí, y entre ellos y el subsector público. Por ello, la oferta a cargo del sector público será cada vez más importante. En este sentido, deberán realizarse esfuerzos dirigidos a incrementar el financiamiento tributario destinado al sector público, reduciendo la dependencia del

gasto privado y las cargas sobre la nómina salarial que, en mayor o menor medida, atentan contra el objetivo de lograr un sistema equitativo e integrado que asegure una mayor cobertura de mejor calidad (Cetrángolo, 2014, p. 178).

Ley de Carrera Sanitaria Nacional

La Ley N° 20749, de Carrera Sanitaria Nacional, establece en su artículo 1°:

El trabajador de salud, cualquiera sea el nivel o el sector en que desempeñe su función, es el efector natural de la política sanitaria. Su compromiso laboral está implícito en los objetivos que fija el artículo 1° de la ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (Ley N° 20749, art. 1°).

Además dispone que “los trabajadores gozarán de estabilidad inviolable, remuneración adecuada a las prestaciones que realicen con incentivos económicos, científicos y de capacitación, régimen de previsión social y jubilatorio acorde con la trascendencia de sus labores” (Ley N° 20749, art. 1°).

El artículo 3° determina que “el personal profesional de la salud y sus colaboradores del sistema nacional integrado de salud prestarán sus servicios bajo un régimen de cargo único, a elección del personal, con o sin dedicación exclusiva” (Ley N° 20749, art. 3°). En el caso de la dedicación parcial, esta no se extenderá más allá del 1 de enero de 1980. También faculta al Consejo Federal a incluir en este régimen a otros profesionales y técnicos que resulten convenientes para el mejor cumplimiento de los fines del SNIS.

Respecto del régimen de dedicación exclusiva de los trabajadores de salud, define que su labor es incompatible con el desempeño de cualquier otra tarea relacionada con la profesión del agente, remunerada o no, quedando pendiente la reglamentación de la compati-

bilidad con la capacitación, la investigación, el entrenamiento y la docencia. En el artículo 5° se fija la jornada laboral en cuarenta y cuatro horas semanales en el caso de dedicación exclusiva, y en cuarenta para los de dedicación parcial.

Otro aspecto destacable era el establecido en el artículo 6° que definía que el desempeño de tareas en zonas desfavorables estaría limitado a un período no mayor de tres años, salvo expresa voluntad en contrario del agente. Una vez vencido dicho plazo, la autoridad competente facilitaría su traslado de acuerdo a lo establecido por la reglamentación.

Se incorporaba a la carrera sanitaria nacional “el sistema de residencias médicas para posibilitar la formación intensiva y programada de los graduados, a fin de cumplir las necesidades crecientes de médicos integralmente formados” (Ley 20749, art. 6).

El ingreso a la carrera sanitaria nacional de los profesionales de la salud y sus colaboradores se debía realizar únicamente por concurso abierto, el que se efectuaría cada cinco años. Los cargos jerarquizados o superiores deberían concursar cada cinco años y los no jerárquicos cada cuatro, al solo efecto de la calificación técnica (Ley N° 20749, arts. 10° y 11°).

El artículo 15 establecía la capacitación mediante: programas de perfeccionamiento; otorgamiento de licencias extraordinarias y franquicias horaria para iniciar o completar estudios; adjudicaciones de becas; traslados temporarios, cuando el sistema nacional integrado de salud lo considere conveniente, a centros de mayor complejidad pertenecientes al sistema, para actualizar y perfeccionar la formación profesional. Además disponía que el cargo obtenido por concurso confería estabilidad inmediata en la carrera sanitaria nacional (artículo 16).

El artículo 17 determinaba que la remuneración sería adecuada a las características especiales de su prestación, y debería contemplar: a) sueldo básico mínimo, vital y móvil; b) antigüedad; c) beneficios sociales y suplementos por dedicación exclusiva, responsabilidad je-

rárquica, zona desfavorable, capacitación y calificación, docencia e investigación y riesgo laboral.

Respecto del régimen previsional, el artículo 18 disponía que en un plazo de 180 días, el Poder Ejecutivo Nacional enviaría al Honorable Congreso de la Nación Argentina un proyecto de ley para la institución de un régimen previsional para el personal del SNIS, estableciendo que las jubilaciones no podrán ser inferiores a las que gozaban previamente.

Finalmente, por el artículo 20 creaba el Comité Permanente de Carrera Sanitaria Nacional, con participación de representantes de los trabajadores del sistema y de las organizaciones gremiales representativas.

Respecto de la implementación progresiva del Sistema, casi copiado del discurso de Liotta en Córdoba el año anterior, en el mensaje de elevación del proyecto de ley al Senado de la Nación, el Poder Ejecutivo había señalado:

una de las situaciones más afligentes de nuestro país es la irregular distribución de los recursos de salud en relación a la población, que hace inaccesibles dichos servicios a gran cantidad de habitantes. El sistema y esta carrera promoverán una distribución racional del equipo de salud, facilitando su radicación en zonas desfavorables y contribuirán a una organizada redistribución del plantel (Cámara de Senadores de la Nación, 1974, p. 4165).

De acuerdo con los testimonios de algunos actores de aquel momento, como Ginés González García, en las provincias en que comenzó a implementarse el SNIS y la Carrera Sanitaria Nacional, los objetivos planteados por los propulsores de las leyes estaban comenzando a cristalizarse cuando una nueva dictadura interrumpió la experiencia al derogar ambas leyes.

Muchas provincias, aún sin haber adherido al régimen del SNIS, adaptaron la propuesta de la Carrera Sanitaria, como es el caso de Tucumán; y algunas, como el Chaco, la mantuvieron aun después de derogada.

La implementación

Las leyes N° 20748, de creación del SNIS, y la N° 20749, de Carrera Sanitaria Nacional, comenzaron a implementarse en cuatro provincias: La Rioja, San Luis, Chaco y Formosa.

En el mensaje de elevación del proyecto de ley al Congreso, el Poder Ejecutivo había planteado una transición en etapas, a través de una “ley plan”. El sistema y la Carrera se implementarían en una primera etapa preferentemente en las provincias del Noroeste, Nordeste y Patagonia. Sobre las razones que llevaron a los funcionarios de la Secretaría de Salud de la Nación a seleccionar estas provincias y no otras, Ginés González García considera que prevaleció el criterio de comenzar “desde la periferia al centro”, ya que era muy difícil hacerlo por la provincia de Buenos Aires o la ciudad de Buenos Aires, donde las complejidades y las presiones corporativas eran mucho más fuertes. Por otra parte, las cuatro provincias seleccionadas tenían sistemas de salud poco desarrollados y con débil presencia de los otros subsectores, por lo cual el peso y la hegemonía del subsector público estaban menos cuestionados.

En una primera etapa se firmaron convenios *ad referendum* de su ratificación posterior, la que se hizo a través del Decreto N° 3282 del 6 de noviembre de 1975:

por el que se aprueban los convenios suscriptos por las cuatro provincias con la Secretaría de Salud Pública del Ministerio de Bienestar Social, para la incorporación al Sistema Nacional; Integrado de Salud (SNIS), suscritos entre el Secretario Ejecutivo Nacional del SNIS, el Ministro de Bienestar Social y los señores Gobernadores de las Provincias de La Rioja, Chaco y, San Luis, y Formosa (Decreto N° 3282/75).

Las fechas de rúbrica de los convenios fueron: La Rioja, 1° de mayo de 1975; Chaco, 1° de julio de 1975 y San Luis, 1° de agosto de 1975. Posteriormente lo hace la provincia de Formosa a partir del 1° de noviembre de 1975.

El Decreto N° 3282/75 en realidad termina de consumir un proceso que comienza en los últimos meses de 1974, posterior a la sanción y posterior dictado del Decreto Reglamentario de diciembre de 1974. Pero además establece las condiciones para que los convenios puedan ser ejecutados:

la transferencia al Estado Nacional, Jurisdicción del Ministerio: de Bienestar Social Administración Federal del Sistema Nacional Integrado de Salud; de los establecimientos provinciales a los que se refieren las Cláusulas Primeras de los convenios suscritos. Que tales, convenios aluden al detalle de los organismos; los Inmueble que se transfieren al Sistema; los contratos: de locaciones que igualmente se transfieren y el listado del personal de los servicios (Decreto N° 3282/75).

En el caso del personal las provincias transfieren

al Sistema Nacional Integrado de Salud y éste lo acepta, todo el personal que haya optado, de acuerdo al artículo 29 de la Ley N° 20.748 por incorporarse al régimen de la Carrera Sanitaria Nacional (aprobada por Ley N° 20.749), que al día 13 de diciembre de 1974 se encontraba prestando servicios en virtud de nombramiento anterior a esa fecha (Decreto N° 3282/75).

Además, los convenios establecen que la contribución anual de cada provincia al Sistema Nacional Integrado de Salud

se determinará de acuerdo con lo establecido en el artículo 26 de la Ley N° 20.748. A los fines del correspondiente cálculo de su importe las estimaciones tomarán en cuenta la totalidad de los créditos asignados al Sector Salud, cualquiera fuese el organismo o dependencia en que figuren las partidas [...] el importe de dicha contribución se deducirá anualmente del importe de la contribución federal [...] de acuerdo con el detalle que para cada ejercicio 'financiero' establezcan las partes mediante convenios complementarios" (Decreto N° 3282/75).

Por último, determina que dentro de los noventa días de firmado el convenio,

el Instituto de Previsión Social de la Provincia suscribirá un convenio con la Caja Nacional respectiva, que permita a los agentes incorporados optar por el régimen jubilatorio que estimaren más conveniente, hasta tanto se dicte el régimen que prevé el artículo 18 de la Ley N° 20.749 (Decreto N° 3282/75).

Dado que el SNIS preveía la organización de Áreas Programáticas en los territorios provinciales, a los efectos de su implementación se realizaron diagnósticos de las redes de establecimientos de atención médica provinciales, así como una evaluación de los programas referentes al sector salud que proponían los gobiernos provinciales (Secretaría de Salud de la Nación, 1975). Para el diagnóstico de la red se tomaron en cuenta tres aspectos: caracterización de la población, accesibilidad a los establecimientos y caracterización físico-funcional de las unidades de atención. Respecto del primero se analizaron: características de la población, número de habitantes, tasa de crecimiento, cobertura de Obras Sociales, egresos por habitante, población de área de influencia. En el segundo fueron consideradas: infraestructura vial y ferroviaria, servicios de transporte público, áreas de influencia, tiempo de acceso. Del tercero, se relevó: catastro físico, nivel de complejidad, análisis físico-funcional, grado de obsolescencia y monto global de inversiones necesario.

Como consecuencia del diagnóstico se propusieron nuevas localizaciones a fin de cubrir áreas actualmente desprovistas y se estableció que cada área tuviera como mínima jerarquía un establecimiento de nivel IV, para población entre 7 y 15000 habitantes. También, se previó la necesidad de derivaciones a nivel VI o más coordinada y escala provincial o interprovincial.

En las capitales de provincia se asentaban los establecimientos de mayor complejidad, ya sea para responder a las necesidades de su área de influencia o de apoyo para toda la provincia.

Organización del sistema asistencial. Escalonamiento de actividades y tiempos de acceso:

- Primer escalón: comunidad inmediata (auxiliar de terreno, agente sanitario, voluntario). Tiempo máximo de acceso: 30 minutos.
- Segundo escalón: atención ambulatoria brindada por establecimientos de complejidad nivel I (auxiliar de enfermería permanente y médico periódico) y Nivel II (enfermería y médico permanente, odontólogo periódico. Consultorios externos de hospital. Tiempo máximo de acceso: 60 minutos.
- Tercer escalón: atención de baja y mediana complejidad por establecimientos de nivel III (con internación general). Tiempo máximo de acceso: 120 minutos. También establecimientos de nivel IV (internación de especialidades básicas y especialidades críticas). Tiempo de acceso: entre 180 y 240 minutos.
- Cuarto escalón: atención de alta complejidad, establecimientos de nivel VIII y IX y todas las especialidades. Tiempo máximo de acceso: 24 horas.

Nivel de complejidad de las unidades de atención

En el año 1968, un equipo conducido por Luis Vera Ocampo¹ definió el concepto de complejidad como el número de tareas diversificadas que integran la actividad global de un establecimiento y el grado de desarrollo alcanzado por las mismas (Vera Ocampo, 1968). Para ello, fueron identificadas 41 actividades distintas que cubren la

¹ El equipo estaba conformado por los técnicos Mario Boyer, Adolfo Chorny, Inés Fontau, Josefina de Mendoza Padilla y María Plajner bajo la conducción de Luis Vera Ocampo. También intervino el técnico Luis Faigón, de la Dirección de Economía Sanitaria de la Secretaría de Estado de Salud Pública.

gama de las funciones hospitalarias, para cada una de las cuales se obtiene una cifra que expresa su complejidad. Se establecieron nueve niveles, a saber:

Nivel I: acciones de promoción, protección y recuperación mediante visita y consulta. Seguridad de traslado hacia mayor complejidad. Registro permanente de datos sanitarios y demográficos. Médico general, periódico, auxiliar de enfermería y o agente sanitario, mucama. Sin internación.

Nivel II: Igual que el anterior con el agregado de prestación periódica de odontología y reconocimientos médicos. Visita y consulta. No internación.

Nivel III: internación indiferenciada, prestaciones de obstetricia menos cirugía. Laboratorio, Rayos X, banco de sangre, esterilización. Médico general, Obstétrica, auxiliar de enfermería, auxiliar de estadística, administrativo, cocinero, ayudante, chofer, mucama, personal de mantenimiento y servicios generales.

Nivel IV: actividad quirúrgica con internación en clínica básica. Director, capacitación en administración hospitalaria, odontólogo estable, bioquímico, auxiliar de Rayos X, hemoterapia y anestesia, personal de internación.

Nivel V: sin internación, más complejidad ambulatoria. Cuatro especialidades de odontología. Ambulatorio del nivel VI.

Nivel VI: internación, especialidades críticas. Departamentalizado.

Nivel VII: no internación. Consulta y visita de especialidades. Ambulatorio de nivel VIII.

Nivel VIII: Internación con complejidad.

Nivel IX: alto grado de complejidad, referencia regional. Internación de especialidades menores (por ejemplo, endocrinología). Neurocirugía. Todas las actividades de máxima complejidad.

A partir de este modelo, a través de una encuesta, con ayuda técnica de la SSP, se realizó el análisis físico y funcional de todos los establecimientos. De los resultados surgió la necesidad de reestructuración u obra nueva.

La implementación del Sistema comenzó a mediados de 1975 en las provincias de La Rioja y San Luis, previa adecuación de los mecanismos financieros, ya que la puesta en práctica requería la continuidad de un importante flujo de fondos desde la Nación. Además, hubo factores relacionados con las situaciones políticas y los liderazgos, que hicieron que en provincias como La Rioja y San Luis se lograra avanzar a un mayor ritmo que en el Chaco y Formosa.

Si bien el tiempo de vigencia de las leyes fue breve y por esto mismo no se dispone de datos sobre los primeros resultados y mucho menos del impacto de las políticas ejecutadas, los testimonios de algunos actores permiten deducir que en ellas se estaba produciendo un verdadero proceso de integración (con un fuerte rol del Estado nacional en cuanto a inversión), incorporación de recursos humanos y rectoría, así como participación del nivel provincial en lo operativo.

Provincia de San Luis

En 1973 resultó electo gobernador de la provincia el peronista Elías Adre, alineado con el sector radicalizado del justicialismo y que rivalizaba con Adolfo Rodríguez Saá, identificado entonces con el sector peronista ligado al sindicalismo ortodoxo. Durante su breve mandato, la provincia firmó con el gobierno nacional el Acta de Reparación Histórica, destinada a las provincias menos desarrolladas (también figuraban las provincias de Catamarca y La Rioja), que posibilitó el comienzo de la masiva radicación de industrias en la provincia.

Sobre la implementación del SNIS y la Carrera Sanitaria en la provincia de San Luis, relata el entonces delegado sanitario federal y director general de Hospitales, Ginés González García:

el trabajo nuestro fue político sanitario, sanitario desde el punto de vista de organizar una red integral donde estaba incluido el sector público y privado y político en el sentido que tuvimos que convencer y mucho a todos los médicos (González García, 2016).

Es de destacar que la resistencia de los gremios médicos se debía principalmente a la desconfianza de sus dirigentes hacia la figura de la dedicación exclusiva (el *full time*, en el lenguaje coloquial de los profesionales de entonces), que establecía como opción en una primera instancia, la ley de Carrera Sanitaria Nacional. Sin embargo, el ex ministro de salud añade:

el gran éxito para mi modo de ver de lo que significó el Sistema Nacional Integrado en San Luis fue que quedaron muy pocos médicos fuera de trabajar en el sistema, la gran mayoría y sobre todo la gente de prestigio, la gente que tenía imagen en el lugar, los Jefes de Servicio, etc. ingresaron todos, los que no ingresaron fueron los que no podían porque tenían además un cargo militar por ejemplo (González García, 2016).

En el aspecto organizativo, destaca que la provincia estaba dividida en dos áreas programáticas y tenía como autoridad a un jefe de Área Programática, que dependía del director general (en este caso, González García). San Luis era una provincia muy postergada en ese momento, aparte del escaso desarrollo tecnológico existía gran precariedad en las comunicaciones, lo que dificultaba el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia. Dentro del Área se integraron todos los recursos públicos y privados; y algunos sanatorios privados fueron adquiridos o arrendados por el Estado y luego refuncionalizados para conformar una red de integrada. Se realizaron importantes inversiones para mejorar la infraestructura del sistema público, la que pronto superó en calidad y capacidad a la del subsector privado.

González García destaca que, si bien incipientes, los ámbitos de integración tanto a nivel provincial como del Área Programática se constituyeron en espacios de consenso fructíferos, especialmente

para vencer las resistencias de los actores corporativos, como era el caso de los sindicatos, con los que refiere que se pudo vencer las resistencias iniciales y desarrollar una relación armónica. Sostiene que desde el comienzo hubo una buena relación con las autoridades del ministerio de salud provinciales y con la legislatura, lo cual permitió que la adhesión al SNIS fuese votada por todos los bloques.

Provincia de La Rioja

En un documento de la SSP se define que “la elección de la provincia de La Rioja para la implementación del SNIS en todo el país, se debió a la representatividad que posee dentro del mismo, por pertenecer a una zona muy particular del Territorio Nacional, el Noroeste”. La provincia, según datos del Censo Nacional de Población, Familias y Viviendas de 1970, tenía una población de 136.237 habitantes, de los cuales 48.309 residían en la capital provincial. La ciudad con mayor población en el interior de la provincia era Chilecito, con 19.643 habitantes, mientras que el resto de las localidades tenían menos de 10.000 habitantes. El ministro de Salud de La Rioja era el doctor Héctor María De la Fuente, quien además ejerció la función de Secretario Ejecutivo del SNIS.

La implementación de la carrera sanitaria tuvo un importante desarrollo. Desde el comienzo se designó personal con dedicación exclusiva y, debido a que los salarios eran muy superiores a los del sistema provincial (según referencias orales, 2000 o 3000 dólares de esa época), se radicaron muchos matrimonios de profesionales. Algunos pocos médicos no se integraron al sistema y ejercieron exclusivamente en el ámbito privado.

La mayor parte de la atención se centralizó en los efectores públicos que desarrollaron de manera importante los servicios de emergencias y la atención domiciliaria, absorbiendo incluso la demanda de muchas obras sociales, que limitaban sus servicios a la cobertura de farmacia y a resolver algunas derivaciones.

La incorporación de recursos humanos al régimen de la Carrera Sanitaria Nacional, facilitada por las grandes diferencias de remuneraciones respecto al régimen provincial, también alcanzó otras profesiones como bioquímicos y odontólogos y especialidades como anestesiología o aquellas de mayor demanda que fueron incorporadas a los hospitales de mayor complejidad de cada zona.

La provincia se dividió en tres áreas programáticas, atendiendo a la distribución de la población, la accesibilidad a las unidades de atención médica y a las actividades desarrolladas:

1. Centro: abarcaba dos tercios del territorio y comprendía la zona más poblada de la provincia. Estaba constituida por varios Departamentos incluida la capital provincial. En esta se encontraba el hospital de máxima complejidad, el “Hospital Común Regional Andino Presidente Plaza” (nivel de complejidad VI). Tenía, además, dos hospitales de nivel III, uno en Aimogasta y el otro en Patquía. En ambos casos, se preveía elevar su complejidad al nivel IV.
2. Norte: de difícil acceso en esa época por la presencia de sierras y la precordillera. Constaba de tres establecimientos, siendo el Hospital de Chilecito el de máxima complejidad (nivel IV).
3. Sur: todos los establecimientos que la conformaban eran de nivel III, por lo que las necesidades de mayor complejidad, dada la distancia hasta la capital provincial, se debían resolver en la provincia de San Juan o Córdoba. Se proponía jerarquizar los hospitales de Chamental y Chepes a nivel IV.

El informe del relevamiento realizado bajo la supervisión de la SSP determinó que 12.770 metros cuadrados de construcción hospitalaria debían ser reemplazados y 7.454, reestructurados. En el Plan Trienal 1974-77, se previó una inversión global en obras de 110.450.000 de pesos, de los cuales un 57% se destinarían al hospi-

tal Presidente Plaza de la capital. Para equipamiento se destinaban 72.700.000 pesos.

En una entrevista personal, el doctor Ramón Fonzalida, médico de Chilecito en esa época (quien ingresó a trabajar en el SNIS en 1975), refiere que en general la población de la zona tuvo una recepción favorable hacia el nuevo sistema, ya que, especialmente los sectores de menores recursos, vieron muy mejorados el acceso y la calidad de la atención. En los sectores medios hubo cierta resistencia al hecho de que se priorizara la atención en el sistema público para todos, por lo cual algunas personas siguieron recurriendo al subsector privado, incluso trasladándose fuera de la provincia (a Córdoba, por ejemplo) para consultas de algunas especialidades. También confirma que la red de servicios mejoró sensiblemente, principalmente en el caso de las emergencias, que funcionaban con dotación de varios profesionales activos durante las 24 horas y los consultorios externos, que pasaron a asistir de mañana y tarde, porque los profesionales tenían una jornada de trabajo de ocho horas diarias.

Provincia del Chaco

En 1973 fue electo gobernador de Chaco el político justicialista Deolindo Felipe Bittel, quien gobernó la provincia hasta su derrocamiento por la dictadura militar de 1976. El 1 de julio de 1975, por convenio del gobierno provincial con el Ministerio de Bienestar Social de la Nación, los servicios médicos y hospitalarios del Chaco se incorporaron al SNIS. La adhesión se concretó por medio de la Ley N° 1633, sancionada por la Cámara de Diputados de la provincia el 21 de febrero de 1975, votada por unanimidad.

El ministro de Bienestar Social de la provincia era el doctor Paulino Morante, quien se hizo cargo interinamente de las funciones ejecutivas del SNIS. Estas serían finalmente ejercidas por el Secretario Ejecutivo, cargo del funcionario nacional que debía, sin embargo, ser propuesto por el gobernador de la provincia. El escribano Bittel envió

la propuesta del doctor Aquiles Pastor, quien ya había sido ministro suyo. Este se hizo cargo inmediatamente de sus funciones y durante varias semanas trabajó en la concreción de las transferencias del patrimonio y personal al gobierno nacional, en tanto se debía asegurar la atención de la población. Aunque se había dado por supuesto que la designación de Pastor sería un simple trámite burocrático, a las pocas semanas la SSP envió desde Buenos Aires la designación del ministro Morante como Secretario Ejecutivo, por lo que Pastor fue designado director del Área Programática Oeste del SNIS, que reemplazaba a la Zona Sanitaria 2, mientras que el Dr. Alfredo Zurita fue designado Secretario Técnico del Área. El mismo Zurita (ex profesor titular de Salud Pública de la Universidad Nacional del Nordeste) cuenta en una publicación digital de su provincia sobre la constitución de un Consejo Provincial con la función de asesorar al Secretario Ejecutivo, presidido por el ministro y al que fueron convocados los colegios profesionales, la universidad, la CGT y el obispado, entre otros. En los hechos, el Consejo solamente se reunió una vez, para tratar aspectos generales, ya que posteriormente se sucedieron una serie de acontecimientos, entre ellos el “rodrigazo” y un paro general de la CGT que desencadenó la renuncia de López Rega, cuya consecuencia fue un período de gran conmoción e inestabilidad en la SSP.

La provincia estaba previamente dividida en dos zonas sanitarias. El SNIS las respetó y transformó en áreas programáticas: la del este comprendía casi la tercera parte de la provincia, mientras que la del oeste abarcaba los dos tercios restantes y estaban radicados el 80% de los hospitales. Por otra parte, el sistema sanitario público de la provincia, con anterioridad a la implementación del SNIS, ya estaba organizado por niveles complejidad, lo cual se mantuvo en el período de vigencia del sistema. Además el SNIS heredó el plan de salud rural, compuesto por 600 agentes sanitarios que realizaban visitas domiciliarias y que fueron incorporados a la carrera sanitaria, bajo la dependencia de los directores de hospital. Prácticamente todo el personal fue incorporado a la carrera sanitaria y se respetaron las jerarquías previas. Dado que los cargos médicos de todo nivel ha-

bían sido concursados en 1972, los resultados de este examen fueron respetados. Los únicos que no se incorporaron al sistema fueron los médicos propietarios de grandes sanatorios.

La oposición de los colegios médicos no fue obstáculo para la incorporación masiva de los médicos, también aquí facilitada por los importantes salarios que percibían por los cargos con dedicación exclusiva. Sin embargo, en el lapso de aplicación no pudieron integrarse las obras sociales, incluida la obra social provincial, la más importante de la provincia.

Como sucedió en otras provincias, la clase media rechazó la idea de ir al hospital y, al incorporarse masivamente los médicos al sistema, muchos pueblos que quedaron sin médicos privados, por lo cual los usuarios debieron recorrer largos trayectos para trasladarse a localidades donde aún existían profesionales que ejercían la medicina privada. Pese a esto, y sobre todo en los pueblos pequeños, la consulta aumentó hasta el 500%, ya que la dedicación exclusiva brindaba a la población mayor accesibilidad a la atención.

En los momentos posteriores al golpe de Estado de 1976, el doctor Amílcar Urrutia, ministro de Acción Social designado por la intervención militar de la provincia, convocó a expertos independientes, y otros que habían estado en la planificación técnica y conducción operacional del SNIS, para consultar sobre si debía conservarse el sistema o suprimirlo. Los convocados aconsejaron la continuidad, especialmente del régimen de dedicación exclusiva que había mejorado sensiblemente la atención en zonas rurales, así como de los cargos directivos, para evitar conflicto de intereses. Esta recomendación fue adoptada por Urrutia, y se prosiguió con el sistema de dedicación exclusiva para los profesionales de zonas rurales, y los cargos de director de hospital, así como otros en forma accesorias. Asimismo, se jerarquizó la profesión de enfermería, a la que ubicó escalafonariamente al mismo nivel que los médicos, lo cual progresivamente convirtió a la provincia en la de mayor cantidad de enfermeras universitarias en la región.

Alfredo Zurita concluye que el SNIS dejó para la provincia el régimen de dedicación exclusiva, al que fueron incorporados progresivamente todos los profesionales y técnicos, aunque poco a poco se fue desvirtuando, en el sentido de ser utilizado más como una herramienta de mejora salarial que como una modalidad laboral fortalecedora del sector público.

Provincia de Formosa

La provincia de Formosa, otra de las regiones en las que se implementó el sistema, fue la de menor desarrollo. Sin embargo muchos recuerdan el empeño que muchos médicos de la provincia le pusieron a la organización. Entre ellos hay que destacar a Hilario Ferrero, Patricio Enrique Kelly, Popy Macedo, quienes junto con Alberto Zorrilla fueron todos militantes del SNIS, de una medicina al servicio del pueblo. Patricio Kelly debió radicarse en la localidad de Tatané para instalar una granja debido a que el gobierno de facto le quitó su licencia de médico por haber participado del proyecto.

Dictadura y derogación

Con la irrupción del golpe de Estado de 1976, los directores provinciales del SNIS fueron cesanteados. Sin embargo, en los primeros meses los gobernadores de facto y los interventores militares de cada ministerio de las provincias en las que se había implementado, mantuvieron en funcionamiento el sistema. Finalmente, la contradicción entre las políticas implementadas por la dictadura y un proyecto que tenía profundas bases inspiradas en la justicia social hizo que el gobierno militar derogara las leyes N° 20748 y N° 20749 mediante la Ley N° 21902, de noviembre de 1978. El diario *La Nación* del 1 de noviembre de 1978 informó que las leyes habían sido derogadas “por falta de resultados positivos en su ejecución”. La ley de derogación fue sancionada por la Comisión de Asesoramiento Legislativo (CAL),

conformada por tres miembros de cada fuerza armada, órgano que en ese período reemplazaba al Congreso.

Si bien no existen trabajos exhaustivos sobre el SNIS, en numerosas publicaciones aparece mencionado como tema colateral, ya sea en el caso de análisis históricos sobre el sistema de salud argentino o en otros en los que se trata la fragmentación del sistema de salud como problema. En algunos de ellos se concluye que el SNIS no llegó prácticamente a instrumentarse debido a la oposición de sectores corporativos, especialmente los sindicatos. Desde esta perspectiva, la experiencia del SNIS no solo ha quedado en el olvido sino que es considerada como un fracaso, ocultando que en realidad su final se debió a una decisión de un gobierno dictatorial.

Para Mario Róvere:

una cosa es lo que fracasa y otra es lo reprimido, psicoanalíticamente uno podría decir todo lo reprimido vuelve, es decir el SNIS es un fantasma que sobrevuela la posibilidad del momento, de la hora de la salud pública en la Argentina.

Silvia Faraone, luego de destacar la programación y puesta en funcionamiento del SNIS como un punto de partida diferente en el intento de integración de un sistema único con articulación del sector público y de la seguridad social, señala que

Entre sus acciones se destacaban: conducción central con un consejo de diferentes representantes, descentralización operativa, gratuidad de los servicios para los usuarios al momento de la utilización, convenio con las obras sociales, pago de la seguridad social, régimen de dedicación exclusiva para los trabajadores, entre otros aspectos. Tras el golpe militar, una de las primeras acciones en salud fue el intento de derogar el SNIS y junto con esto la ley de carrera sanitaria única. Aunque esta fue una tarea prolongada en el tiempo la destrucción fue total (Faraone, 2007, p. 79).

En el mismo sentido se expresa Julio Bello al afirmar:

de todas maneras la ley 21.902 del 31 de octubre de 1978, al anular la ley 20.748 del SNIS, y su complementaria 20.749 de Carrera Sanitaria Nacional, cerró una posibilidad concreta de perfeccionar la aplicación y vigencia de una modalidad de cobertura de salud, sin duda útil para grandes áreas geográficas de nuestro territorio y que aplicada con verdadero criterio descentralizador podría haberse constituido en una experiencia válida y positiva para el ordenamiento de nuestra realidad sanitaria y para el mejoramiento de la cobertura de su población en las provincias de menor desarrollo económico y zonas de escasa población (Bello, 1983, p. 13).

Por último, luego de señalar al SNIS como “una respuesta interesante a las necesidades de salud de las provincias asociadas”, a título de ejemplo rescata las palabras del diputado Antonio Bosch, quien al defender el proyecto de adhesión a las leyes en la legislatura chaqueña, en respuesta a las críticas de un opositor manifestó: “Este proyecto no es un salto al vacío; como señalara el miembro informante de la minoría, sino un salto desde el vacío...”, haciendo referencia a los niveles de salud que tenía la provincia del Chaco en 1973 (Bello, 1983, p. 13).

En consonancia con estas opiniones, no es aventurado afirmar que, de no haber sido por su interrupción, otras provincias se hubieran ido integrando al sistema, ya que la idea de sus ejecutores era comenzar a instalarlo desde la periferia y dejar para una etapa posterior el abordaje de las provincias más complejas, como Buenos Aires.

La idea de fracaso, además de falsa porque oculta el hecho de su derogación de facto en el período más nefasto de nuestra historia, debe ser clarificada como un equívoco con el fin de proteger nuestra autoestima como pueblo, ya que fuimos capaces en momentos difíciles de nuestra historia de lograr los consensos necesarios para la sanción de leyes que aspiraban a integrar nuestro sistema de salud y que en realidad fueron eliminadas a través de políticas de destrucción del Estado, instrumentadas a través del terrorismo de Estado.

Consolidación del sistema fragmentado

La dictadura cívico-militar que se apoderó del Estado el 24 marzo de 1976 y derogó la ley de creación del SNIS arrasó con, entre otras muchas cosas, con los avances logrados en la búsqueda de un sistema de nacional integrado de salud. Róvere señala:

A diferencia de los documentos de la época de Onganía repletos de referencias religiosas, el plan de Salud de la época comenzaba con una expresa y reveladora declaración de fe liberal abogando por una defensa irrestricta de la propiedad privada. Con esta orientación fuertemente marcada por el pensamiento liberal procedió a comienzos de 1978 a lo que sería la transferencia definitiva de los hospitales nacionales a las provincias (Róvere, 2004, p. 6).

En lo referente a las obras sociales, la dictadura sancionó el Decreto Ley N° 21640 y la Ley N° 22105, que regulaban las asociaciones profesionales de trabajadores, estableciendo una serie de normativas para el encuadramiento de la actividad sindical, con un criterio claramente restrictivo. El proyecto de reforma de las obras sociales estaba basado en los argumentos neoliberales de retroceso del Estado y la privatización de relaciones sociales, en consonancia con el ideario económico que había impuesto el ministro José A. Martínez de Hoz (Belmartino, 2005). La ley contenía una cláusula que autorizaba al afiliado al sistema de obras sociales a retirar el 90% de sus aportes para trasladar su cobertura de salud a otra organización diferente a la de su obra social de origen, lo cual generaba un mecanismo destinado a colocar la cobertura de atención médica bajo gestión privada, otorgando la posibilidad de elegir los servicios de las empresas de medicina prepaga. Belmartino y Bloch sostienen:

esta disposición no solo destruye la solidaridad grupal entre los mismos, permitiendo la salida del sistema de aquellos con posibilidad de aportar a un seguro privado y debilitando, por consiguiente, la situación de los restantes. Fortalece, además, el crecimiento de las empresas financieras, de gran desarrollo en los últimos

años, que lucran con el financiamiento de los sistemas de prepago para la cobertura de salud (Belmartino y Bloch, 1982, p. 13).

La política sanitaria implementada en ese período profundizó la descentralización, debilitándose claramente el protagonismo del Estado, que fue transfiriendo sus establecimientos hospitalarios a las provincias y municipios, sin el traspaso de los recursos necesarios. El abandono por parte del Estado de un rol activo y regulador en consonancia con la política económica del gobierno fue el marco propicio que profundizó el desarrollo de un mercado de servicios de salud, consolidándose un modelo prestador altamente especializado, con un fuerte desarrollo del sector privado.

El advenimiento de la democracia en 1983 posibilitó la reapertura del debate sobre la necesidad de un Sistema Nacional de Salud. La concepción del gobierno radical de Raúl Alfonsín, representada en el área de salud por el ministro Aldo Neri, lo llevó a elaborar un proyecto de ley de Seguro Nacional de Salud, que fue aprobado hacia el final del mandato presidencial y en la práctica no llegó a implementarse debido a que la reglamentación de varios de sus aspectos distorsionó el espíritu de la ley, especialmente la realizada durante el gobierno de Carlos Menem.

Capítulo 5

El Seguro Nacional de Salud

El tercer intento de superación de la fragmentación del sistema sanitario argentino fue la sanción de las leyes N° 23.660, de obras sociales, y N° 23.661, de Seguro Nacional de Salud. Los dos intentos anteriores (el período del ministerio de Ramón Carrillo y la sanción de la ley de creación del SNIS en 1974) se desarrollaron en gobiernos ejercidos por el peronismo y estuvieron inspirados en la idea de un sistema basado en la concepción del servicio nacional de salud, al estilo del sistema sanitario británico.

Si bien Aldo Neri, ministro de Salud de Alfonsín había participado en la elaboración del SNIS junto con Domingo Liotta, en esta oportunidad, y ante la necesidad de superar la profunda fragmentación heredada de la política sanitaria de la dictadura, optó por un proyecto basado en otra concepción, la del seguro de salud. Al respecto, Neri comenta que las diferencias entre los dos proyectos fueron solamente coyunturales, ya que considera la idea del sistema nacional de salud como más adecuada, pero la situación política y el enfrentamiento con el sector gremial del gobierno de Alfonsín no posibilitaban avanzar en este sentido, por lo que el proyecto adoptó la propuesta del seguro (Neri, 2016) .

Sin embargo, como afirman algunos autores, la idea del servicio nacional de salud siempre tuvo más fuerza entre los sanitaristas peronistas, mientras que en el caso de los radicales prevaleció la concepción del seguro de salud (Belmartino y Bloch, 1982). Esta discusión no presenta ninguna originalidad, ya que universalmente se discuten desde principios del siglo XX hasta nuestros días las ventajas y desventajas de la adopción de una u otra modalidad organizativa.

Antecedentes en la Argentina

Ante la profunda fragmentación existente en el sistema de salud y las severas barreras de accesibilidad para vastos sectores de la población, surgieron en las primeras décadas del siglo XX diversas iniciativas en la línea de pensamiento del seguro de salud. Ya en 1917 Augusto Bunge presenta ante la Cámara de Diputados de la Nación un proyecto de ley sobre un Seguro Nacional de Salud, pero la iniciativa no es sancionada, invocándose la insuficiente disponibilidad de médicos en el país.

El proyecto vuelve a ser presentado en 1936 por el mismo Bunge en el Primer Congreso Argentino de Medicina Gremial y Social. A diferencia de su tratamiento anterior se habla ahora de “plétora médica”, aunque “esa plétora es relativa a la capacidad económica de la población para solventar el gasto de salud. El seguro aparece pues, como instrumento idóneo para garantizar la tranquilidad de médicos y pacientes” (Belmartino y Bloch, 1982, p. 6).

La política de salud implementada durante los dos primeros gobiernos peronistas desde 1946 a 1954 por el ministro Ramón Carrillo constituye la más concreta realización del intento de desarrollar un modelo sanitario basado en un fuerte rol del Estado, que sea igualitario para todos los argentinos. Carrillo también se mostró partidario de un sistema único de seguro, administrado y conducido por el Estado, que tendría como principales efectores a las instituciones de salud del mismo Estado:

En realidad, la propuesta de Carrillo se acerca [...] a la posición de sectores minoritarios dentro de la profesión médica que abogan por una completa socialización de la medicina. El ministro peronista, en cambio, considera posible la supervivencia de la medicina privada para los sectores que pudieran solventar su costo (Belmartino y Bloch, 1982, pp. 6-7).

En los años posteriores al derrocamiento del peronismo, la idea de un sistema nacional de seguro de salud se concretó en múltiples

proyectos emanados de organismos estatales o de las diferentes asociaciones médico-gremiales. En ese período se consolida en la corporación profesional la idea de un Seguro Nacional de Salud como instrumento apto para el resguardo de la práctica liberal, la libre elección del médico por el paciente y el pago por prestación. La solución propuesta radica en un seguro de salud “organizado por los médicos” para “evitar que sea objeto de demagogia en manos de los políticos” (Belmartino y Bloch, 1982, p. 7).

Es de señalar que el gremio médico expresó en diversas ocasiones su alarma ante el desarrollo de la capacidad instalada propia en las obras sociales y la práctica generalizada de retribuir al profesional mediante salario.

El SNIS, en el que predomina la concepción de servicio nacional de salud, hegemoniza las discusiones doctrinarias de la década de 1970, constituyéndose en el segundo intento de integración del sistema de salud argentino.

El Seguro Nacional de Salud en la Argentina

El advenimiento de la democracia en 1983 posibilitó la reapertura del debate sobre la necesidad de un sistema nacional de salud. La concepción del gobierno radical de Raúl Alfonsín, representada en el área de salud por el ministro Neri, lo llevó a elaborar un proyecto de ley de Seguro Nacional de Salud. Complementariamente, el gobierno radical promovía una reforma profunda del sistema de obras sociales, las que serían convertidas en autárquicas respecto de los sindicatos de origen: Por otro lado y al mismo tiempo, el gobierno impulsaba una significativa modificación de la organización sindical. El proyecto de Neri establecía un modelo de descentralización en la gestión, previéndose una paulatina transferencia de la responsabilidad en el funcionamiento del seguro a las provincias, incluyendo la administración de los servicios a los beneficiarios de las obras sociales.

Aldo Neri nació en Bahía Blanca en 1930 y se graduó en la Universidad de Buenos Aires. Comenzó a militar en la década de 1970 en el radicalismo, en el Movimiento de Renovación y Cambio, la línea interna creada por Alfonsín. Se dedicó a la docencia universitaria y se diplomó en Salud Pública, posteriormente fue director de la Escuela de Salud Pública de la UBA y consultor de organismos internacionales como la OMS, el Banco Mundial y la OEA.

Si bien la discusión del proyecto de Ley se hizo pública desde 1983, recién fue enviado por el Poder Ejecutivo al Congreso en 1985, ya con significativos recortes y modificaciones. Pese a ello su aprobación se demoró tres años más. Como en el caso del SNIS, la discusión sobre el proyecto del Seguro Nacional de Salud no contó con el apoyo de la dirigencia sindical ni de la mayoría de las asociaciones profesionales, que desarrollaron con éxito intensas presiones para lograr su modificación.

Es imprescindible considerar el contexto político de la época, en el cual Alfonsín impulsaba una Ley de Reordenamiento Sindical (Ley Mucci, por el ministro de Trabajo Antonio Mucci), con la que se pretendía reformar significativamente las organizaciones gremiales. Estas reformas eran centralmente introducir mayorías y minorías en la conducción de los sindicatos, reducir la duración de los mandatos de los dirigentes, colocar la regulación de las elecciones sindicales en manos del Poder Judicial, implementar el voto directo, secreto y obligatorio, y limitar el manejo de los fondos.

Las leyes fueron aprobadas a fines de 1987. La primera (la Ley N° 23660), basada en gran parte en la anterior (Ley N° 18610, de 1970), creaba el Sistema de Obras Sociales Nacionales.

La segunda (la Ley N° 23661), creaba el Sistema Nacional del Seguro de Salud (SNSS), al que estas se integraban. Se establece la creación del SNSS “con los alcances de un seguro social, a efectos de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica”.

fica” (Ley N° 23661, art. 1°). Posteriormente se define la filosofía del sistema disponiendo:

se organizará dentro del marco de una concepción integradora del sector salud donde la autoridad pública afirme su papel de conducción general del sistema y las sociedades intermedias consoliden su participación en la gestión directa de las acciones, en consonancia con los dictados de una democracia social moderna (Ley N° 23661, art. 1°).

El objetivo fundamental del Seguro es proveer “prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas”, del mejor nivel de calidad disponible, y en base a un criterio de justicia distributiva (Ley N° 23661, art. 2°). Para ello articula y coordina los servicios de salud de las obras sociales, los establecimientos públicos y los prestadores privados en un sistema de cobertura universal, estructura pluralista y participativa, y administración descentralizada que responde a la organización federal de nuestro país (Vilosio, 2010).

El sistema incorporaba al seguro a los beneficiarios de las organizaciones comprendidos en la Ley de Obras Sociales, los trabajadores autónomos comprendidos en el régimen nacional de jubilaciones y pensiones, y todos los residentes en el país que carezcan de cobertura de la seguridad social (Ley N° 23661, art. 5°). En este mismo artículo, se dejó librado a la vía reglamentaria la creación del Programa Nacional de Asistencia a Carenciados (Vilosio, 2010).

La autoridad de aplicación del seguro sería la Secretaría de Salud de la Nación, en cuyo ámbito “funcionará la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), como entidad estatal de derecho público con personalidad jurídica y autarquía individual, financiera y administrativa” (Ley N° 23661, art. 7°).

En el artículo 10° se disponía la constitución de un directorio, presidido por un funcionario designado por el Poder Ejecutivo e integrado por catorce directores, siete por el Estado, cuatro por la CGT, uno por los empleadores y uno por la COFESA (Ley N° 23661, art. 10).

En cuanto a los prestadores del Seguro, se creaba un Registro Nacional de Agentes del Seguro que sería descentralizado progresivamente por jurisdicción. La inscripción en el mismo era obligatoria. Debían inscribirse las personas físicas; los establecimientos y los organismos asistenciales (públicos y privados); las obras sociales, los agentes del seguro, las cooperativas o las mutualidades con establecimientos asistenciales; las asociaciones que representen a profesionales de la salud o a los establecimientos asistenciales que contraten servicios en nombre de sus miembros; las entidades y asociaciones privadas que dispongan de recursos humanos y físicos y sean prestadores directos de servicios médico-asistenciales (Ley N° 23661, arts. 15, 16 y 17).

Respecto al financiamiento, la ley establece que estará constituido por las prestaciones cubiertas por las obras sociales (a las que, según la Ley de Obras Sociales, destinarán por lo menos el 80% de sus recursos), los aportes del Presupuesto General de la Nación por cada jurisdicción adherida, y los de estas jurisdicciones, destinados a la atención de la población sin cobertura (Vilosio, 2010). Se creaba un Fondo Solidario de Redistribución, que se integraba con el 10% de los aportes y contribuciones que establece la Ley de Obras Sociales (el 15% en el caso de las obras sociales del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios) y el 50% de los recursos de distinta naturaleza establecidos por la ley de obras sociales (Ley N° 23661, art. 22).

Las políticas nacionales rectoras del Sistema se orientaban a asegurar la plena utilización de los servicios y la capacidad instalada existente, basada en la estrategia de la atención primaria de la salud y la descentralización operativa, promoviendo la libre elección de los prestadores por parte de los beneficiarios.

El proyecto de ley de Seguro Nacional de Salud fue aprobado hacia el final del mandato presidencial, aunque en la práctica no llegó a implementarse debido a que la reglamentación de varios de sus aspectos distorsionó el espíritu de la ley, especialmente la realizada

durante el gobierno de Carlos Menem. En la década de 1990, la implementación de políticas neoliberales llevaron a profundizar y concluir el proceso de descentralización del sistema público en el cual se introdujeron modalidades de gestión propias del sector privado (arancelamiento, tercerización) que repercutieron negativamente sobre la capacidad y funcionalidad del mismo, lo que, sumado a una profunda desregulación del Sistema de Obras Sociales, redundó en el fortalecimiento del subsector privado.

La crisis del 2001 profundizó este cuadro produciendo un severo deterioro de los tres subsectores, ya que el altísimo desempleo minó las bases de sustentación de las obras sociales y la afectación de amplios sectores de la clase media deterioró los ingresos del subsector privado. Fue, sin embargo, el sistema público de salud el que, pese a sus carencias se convirtió en el único recurso para amplios sectores de la población que anteriormente eran asistidos por los otros subsectores.

La reactivación de la economía a partir del gobierno de Néstor Kirchner permitió que los estados municipales y provinciales, los que mayoritariamente administran servicios de salud en nuestro país, pudieran volcar mayores recursos para su gestión. El crecimiento sostenido de la economía en los años siguientes y la generación creciente de puestos de trabajo hizo que los otros subsectores se fueran recuperando.

Sin embargo, como consecuencia de las políticas implementadas en los noventa década de 1990 y las secuelas de la crisis, además de las consecuencias alejadas de las políticas de descentralización, el sistema público de salud argentino presenta un alto grado de segmentación, fragmentación, barreras a la accesibilidad, falta de cobertura y déficit de recursos humanos, entre otros aspectos, que solo pueden ser solucionadas desde la perspectiva de una política nacional de salud. Esto hace imprescindible un amplio y serio consenso entre los niveles nacional, provinciales y municipales, que garantice un sistema con equidad para todos sus habitantes, cualquiera sea la capacidad económica de la jurisdicción responsable.

Si bien la política de salud implementada en los doce años del gobierno de Néstor y Cristina Kirchner desde 2003 hasta 2015 tuvo innumerables aspectos positivos en la dirección de la recuperación del rol rector y planificador del Estado nacional, entre los que puede destacarse fundamentalmente la política de ampliación de derechos, la sanción de leyes importantes para el funcionamiento del sistema de salud (como la de salud mental y adicciones, la de derechos del paciente y la de producción pública²), respecto de propiciar la integración del sistema no hubo ni profundidad ni continuidad respecto a las medidas implementadas. Aunque se valorizó el rol del COFESA, este no pasó de ser un ámbito deliberativo y de consensos que luego no se plasmaron en acciones concretas de integración.

¿Seguro de Salud o Sistema Nacional de Salud?

En los últimos años se ha despertado un gran interés por instalar el tema de la cobertura universal de salud por parte de varios organismos internacionales de salud como la OMS y la OPS; otros del ámbito económico, por ejemplo, el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial; hasta instituciones privadas tales como la Fundación Rockefeller y la revista *The Lancet* (Laurell, 2011).

En apariencia, la Cobertura Universal de Salud (CUS) transmite simbólicamente la ilusión del acceso universal a los servicios de salud. Sus propuestas generalmente se presentan como un vehículo para la extensión de los servicios a las poblaciones que enfrentan barreras en el

2 Ley de Derecho a la Protección de la Salud Mental y Adicciones (<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>), la de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (https://www.uba.ar/archivos_secyt/image/Ley%2026529.pdf), la de investigación y producción pública de medicamentos, materias primas para la producción de medicamentos, vacunas y productos médico (<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/185000-189999/185041/norma.htm#:~:text=sancionan%20con%20fuerza%20de%20Ley,los%20mismos%20como%20bienes%20sociales>

acceso. El uso del término “universal” genera, precisamente, una imagen de totalidad, es decir, comunica una preocupación con respecto a las graves barreras de acceso que afectan a las personas alrededor del mundo (Watzkin, 2013). Sin embargo, la visión de la CUS no implica un sistema de atención a la salud unificado y accesible. De hecho, la mayoría de sus propuestas en realidad desfavorecen tales sistemas unificados. Sus planteos en realidad están más bien orientados en favor de una reforma financiera que permita la unificación de distintas fuentes de recursos.

Otro aspecto es indudablemente la cobertura universal de la cual debería desprenderse el acceso oportuno a los servicios de salud requeridos. Es decir, la cobertura en sí misma no tiene significado si no se traduce en utilización de los servicios (Laurell, 2011).

Las dos propuestas, la del SNIS y el del CUS, si bien apuntan a la integración del sistema, tienen entre sí diferencias que las transforman en cuasi antitéticas, a saber:

- La noción de cobertura del seguro se contrapone a la de derecho del Sistema Nacional.
- La estratificación de la calidad con distintos paquetes de servicios de los seguros, a diferencia de la atención integral e igualitaria que proponen los sistemas nacionales.
- Protagonismo central del Estado en oposición a la prestación de servicios tercerizada.
- Visión de salud individual y asistencialista contrapuesta a un enfoque comunitario y de promoción y prevención.

En suma, representan dos visiones contrapuestas del rol del Estado en la organización del sector salud y como garante del ejercicio del derecho a la salud para todos los ciudadanos.

Los resultados de distintas modalidades del aseguramiento universal en América Latina demuestran que no se han alcanzado los

resultados previstos. La cobertura no es universal y tampoco el acceso oportuno a los servicios requeridos. Sigue habiendo inequidad en el acceso según sus características y el paquete de servicios brindados. Continúan existiendo barreras económicas, territoriales y burocráticas y una parte importante de los presupuestos de salud se han canalizado al sector privado.

La CUS en la actualidad

La propuesta anunciada en agosto de 2016 por el gobierno de Mauricio Macri de implementar una Cobertura Universal de Salud (CUS), si bien solo presenta algunos aspectos formales en ese sentido, puede ser visualizada como un paso en la dirección de instalar en la Argentina una cobertura universal de salud con características cercanas al modelo de los seguros de salud. Sin embargo, de la lectura del Decreto N° 908/2016 no surge con claridad cuál sería su estrategia de implementación.

Más allá de constantes alusiones al Sistema Nacional del Seguro de Salud, que en la práctica nunca fue instrumentado, como un salvavidas legal para la ocasión y de la aseveración declamatoria de “que es un objetivo del PODER EJECUTIVO NACIONAL la Cobertura Universal de Salud, con la finalidad de asegurar el acceso de la población a servicios de calidad integrados y basados en la Atención Primaria de la Salud” (Decreto N° 908/2016), de la lectura del articulado solo se desprende el destino de 8 mil millones de pesos para la mencionada e imprecisa CUS.

En los considerandos, se establecen los motivos de la necesidad y la urgencia por la cual se dicta un Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) y no se envía un proyecto de ley al Congreso para su sanción. Es probable que su objetivo estuviera relacionado con la necesidad de establecer una vía de negociación con los dirigentes de los gremios más poderosos del sindicalismo, ante el reclamo de una abultada deuda que databa de los años de la gestión anterior.

De lo establecido en el decreto no se desprende ningún instrumento que se proponga la superación de la fragmentación de nuestro sistema de salud, que actúe sobre la inequidad y desigualdad propias de los sistemas segmentados o que modifique el enfoque asistencial y lo oriente hacia la promoción y la prevención en el marco de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS).

El concepto de Cobertura Universal en Salud significa algo mucho más ambicioso que el mero enunciado de acceso universal o el lograr “algo” de cobertura para cada ciudadano, sino que, habida cuenta del financiamiento fiscal, ello debería implicar que todos los habitantes tengan derecho a una cobertura homogénea (tanto en cantidad como calidad).

Además, para que la cobertura universal se constituya en un derecho efectivo de la población deberían hacerse explícitas aquellas que se garantizan, de manera que puedan ser exigibles por todos los ciudadanos sin barreras de ingreso o información y con independencia de la localización, los ingresos o el riesgo de las personas (Cetrángolo, 2016).

Capítulo 6

La integración del sistema de salud

Existe un consenso relativamente generalizado entre historiadores y estudiosos del sistema sanitario argentino acerca del fracaso de la experiencia del SNIS en la Argentina de los setenta. Sin embargo, es posible identificar en las argumentaciones que avalan estos juicios algunas posiciones lindantes con el prejuicio, tales como:

- Atribuir únicamente a las resistencias del sindicalismo las dificultades que rodearon el proceso de elaboración, debate, sanción legislativa e implementación de las leyes N° 20748 y N° 20749, cuando en realidad hubo resistencias de otros sectores corporativos (Katz y Muñoz, 1988).
- Considerar que el SNIS nació “herido de muerte” y con escasas posibilidades de subsistencia, por un desgastante proceso de concesiones a las corporaciones y otros actores sectoriales durante el proceso de discusión legislativa.
- Que la Ley N° 20748 instituyera un sistema mixto, integrado y no un sistema único, lo que es visualizado como una debilidad congénita intrínseca que condicionaba su fracaso.
- Que fuera adoptada la modalidad (ciertamente por fuertes presiones sectoriales) de adhesión voluntaria para el ingreso al sistema, tanto para las provincias, las obras sociales o el sector privado, lo que también es señalado como una limitación grave y presagio del futuro fracaso.
- El hecho de que la ley no llegara a implementarse, argumento que aparece en muchos textos, cuando en realidad la primera etapa estaba en pleno desarrollo en cuatro provincias al momento en que fue derogada por un decreto de la dictadura en 1978.

Una posición que incluye varios de estos argumentos es la sostenida por Belmartino y Bloch en un estudio ya clásico publicado por la OPS en 1994, titulado *El sector salud en la Argentina: actores, conflictos de intereses y modelos organizativos 1960-1985*. Su planteo parte de la caracterización del SNIS como un “mito” que tiene mucho arraigo en diferentes sectores de la salud pública argentina:

Un sector del peronismo, el que todavía considera que Carrillo enunció verdades de aplicación permanente en cualquier sistema que pretenda efectivizar el derecho a la salud como prerrogativa indisoluble de la condición humana. Un servicio único, de conducción centralizada, ordenado según los principios de la igualdad social y la justicia distributiva por un Estado definitivamente comprometido en una política de transformación del sector, constituiría una fórmula de aplicación casi mecánica, para la que solo se requiere voluntad política [...] El fracaso del SNIS, por consiguiente, supondría una segunda frustración, y aun un segundo fracaso para aquellos que confían en la potencialidad revolucionaria del peronismo [...] En definitiva para todos aquellos sectores que consideran la salud como un derecho... y su correlato de la responsabilidad del Estado [...] el servicio único responsable del funcionamiento coordinado de la totalidad de los efectores y financiado por rentas generales, constituye la modalidad organizativa de excelencia, capaz de asegurar prestaciones integrales, oportunas y gratuitas a toda la población (Belmartino y Bloch, 1994, p. 222).

Consideran que aquellos que rescatan la experiencia del SNIS lo hacen en función de una posición dogmática de defensa del modelo de Sistema Nacional de Salud. Cabría preguntarse si esto mismo pudiera señalarse respecto a los defensores del SUS de Brasil, ya que este sistema que lleva casi tres décadas de instrumentación con logros evidentes es en realidad un sistema nacional integrado construido desde una firme voluntad del Estado y actores sociales del sector salud de ese país.

La duda que se plantean es “si es suficiente una decisión política para transformar las relaciones de poder ya consolidadas en el inte-

rior del sector” (Belmartino y Bloch, 1994, p. 223). Rechazan además la idea de proceso gradual, establecida en la figura de ley plan considerada en el debate legislativo por el senador Guerrero, al describir “una etapa intermedia que desemboque en la plena vigencia del SNIS como una realidad única”. Para terminar coincidiendo con las palabras del diputado Sileoni, del sector sindical, de que el SNIS era una “ley sin destino”.

Sin embargo, en el mismo texto hacen alusión a la posición de Carlos García Díaz, quien, en un artículo publicado en 1975, caracteriza el sistema implantado por la ley como “un proceso gradual, en condiciones de compatibilizar de manera progresiva con las exigencias de eficacia y eficiencia del sistema único, con los principios del federalismo y con los legítimos intereses de diferentes sectores” (Belmartino y Bloch, 1994, pp. 248-250). Desde esta perspectiva, las leyes establecían las condiciones para transitar un camino hacia la integración, lo cual comenzó a evidenciarse durante el proceso de implementación en las cuatro provincias seleccionadas para la primera etapa.

También se puede aseverar que las leyes sancionadas fueron las posibles en ese momento histórico y con esas relaciones de fuerza y que, conscientes de ello, sus impulsores comenzaron la implementación en las provincias que tenían un menor desarrollo del sistema, en las que no existía una importante infraestructura del sector privado y era exiguo aún el de las obras sociales. Por lo cual, el accionar de los actores no presentaba la virulencia que había en aquellas provincias con mayor desarrollo. En estas cuatro provincias el rol del sector público era central y en general superaba en complejidad y disponibilidad a los otros subsectores (González García, 2015).

Ernesto Isuani y Hugo Mercer han estudiado la fragmentación del sistema de salud argentino y destacan tres aspectos que considera trascendentes del SNIS: en primer lugar, el hecho de haber surgido de un debate legislativo y como culminación de una discusión entre representaciones políticas; en segundo, la idea de equidad que está

presente al incluir a todo conjunto de la población e independientemente de su capacidad de ingresos, dotar al conjunto de los ciudadanos de igualdad en el acceso a servicios de salud; y, en tercero, “la cobertura como derecho de ciudadanía” que desvía el eje de la capacidad u origen de los aportes del individuo hacia un sistema de salud integrado para la totalidad de los habitantes del país, un sistema de acceso universal (Isuani y Mercer, 1988).

Otro de los aspectos que convertía las leyes en instrumentos aptos para la integración del sistema era el fuerte rol que reservaban para el Estado nacional. Como afirman Katz y Muñoz:

el proyecto destaca la participación predominantemente estatal en los niveles superiores que hacen a la definición política, mientras que en el nivel de las áreas programáticas –donde concentran todas las decisiones vinculadas con el funcionamiento de los servicios– la ejecución de las acciones queda en manos de funcionarios capacitados, asesorados por un consejo formado por representantes del personal de la salud y de los trabajadores del área (Katz y Muñoz, 1988, p. 46).

Mario Róvere resalta el hecho de que el SNIS, si bien define un sistema que no es único, sino mixto, coloca en el centro al subsector público, es decir “el eje de rotación, la centralidad del sistema de salud de la República Argentina debe ser el sector público, porque tiene el rol de rectoría porque tiene una infraestructura envidiable e incluso comparativamente en términos internacionales” (Gollán et al., 2015).

Si bien creaba instancias descentralizadas de gestión y participación, tanto provincial como regional, la ley preveía una estructura fuertemente centralizada, y así reservaba para el órgano máximo (el Consejo Federal y el nivel ejecutivo, ejercido por el secretario de Salud de la Nación) el máximo nivel en las decisiones. Por otra parte, los directores provinciales y los de las Áreas Programáticas eran designados por el nivel central, si bien ello era consensuado con el nivel político provincial (gobernadores), o regional (intendentes).

Los aspectos en los que se fortalecía la acción estatal eran en especial la oferta de servicios asistenciales, la cobertura de financiamiento y el proceso de planeamiento del sector, en particular en lo que se refería a la formación de recursos humanos, al incorporar a un representante de las universidades nacionales al Consejo Federal del SNIS.

En esta etapa, el Estado nacional conservaba gran parte del poder centralizado en salud, ya que si bien se había descentralizado parte de la estructura desarrollada por Carrillo a través de políticas de descentralización, iniciadas por la llamada Revolución Libertadora con el aval técnico de la OPS, estas habían sufrido resistencias durante los gobiernos de Frondizi e Illia, por lo cual no se había logrado avanzar en la descentralización con la intensidad prevista en los momentos siguientes al derrocamiento de Perón. En definitiva, la estructura estatal en salud, si bien no era ya la propia del Estado de Bienestar peronista, revestía todavía rasgos de centralización que permitían el ejercicio del rol de rectoría del Estado en condiciones de prevalencia respecto a los demás actores.

La ley de Carrera Sanitaria Nacional se constituyó en otro elemento favorecedor de la integración, ya que proponía un régimen único en todo el país, superador de las desigualdades regionales y profesionales. Al respecto Róvere subraya que la dedicación prolongada de los trabajadores de la salud sería instituyente de la recuperación de la centralidad de lo público, proceso que hoy reconocemos, por ejemplo, en Sistema Único de Salud de Brasil.

La carencia en la actualidad de una legislación en lo relacionado con los recursos humanos en salud a nivel nacional es reflejada por Maceiras y Cejas al considerar:

coexisten diferentes marcos de contratación y regímenes estatutarios provinciales, con presencia de multiempleo y empleo informal. Al no haber un modelo federal, cada jurisdicción tiene el gobierno de la matrícula de los profesionales de la salud, generalmente a

través de los colegios de profesionales, por los que se establece la certificación de la especialidad, y sus condiciones. Esta dispersión genera condiciones de inequidad, obstaculiza la circulación de los profesionales y fragmenta la información y el registro (Maceiras y Cejas, 2010, p. 11).

Los ámbitos de concertación, aptos para consensuar pautas homogéneas en recursos humanos entre las distintas jurisdicciones:

son acotados a determinadas áreas y están fragmentados, se verifica la falta de espacios de discusión en los que podrían interactuar los referentes jurisdiccionales y los de formación del personal. El diálogo con los representantes gremiales también está limitado por la fragmentación de los interlocutores a nivel jurisdiccional, sobre todo entre los profesionales. No se cuenta con representantes que tengan alcance nacional (p. 11).

Por último, consideran que es necesario “converger a un modelo uniforme de contratación de recursos humanos que garantice igualdad de derechos y responsabilidades por función, lo que contribuiría a garantizar niveles de cobertura acordes con las necesidades de la población” (Maceiras y Cejas, 2010).

Este panorama contrasta con las posibilidades que hubiese generado la aplicación de la ley de Carrera Sanitaria Nacional, al definir un régimen común para todos los trabajadores de la salud del país, que suprimiera las inequidades regionales y la concentración de recursos humanos en las regiones de mayor desarrollo económico en detrimento de aquellas de menores recursos económicos.

Otro aspecto que resaltan los autores es el pluriempleo, tanto entre profesionales como en técnicos, lo que contribuye a un bajo rendimiento, desmotivación y estrés laboral. La ley de Carrera Sanitaria Nacional, con su régimen de dedicación exclusiva, creaba un marco propicio para comenzar a abordar y superar esta situación. Prueba clara de ello es el hecho de que en algunas provincias, aún después

de su derogación, se adoptó el modelo de la carrera sanitaria. Tal fue el caso del Chaco y Tucumán. En el Chaco además se jerarquizó la profesión de enfermería, ubicándola en el escalafón al mismo nivel que los médicos, lo que posibilitó la incorporación de un importante número de enfermeras terciarias y universitarias.

La provincia de Tucumán, mediante la Ley N° 4231, sancionada por la legislatura provincial el 20 de diciembre de 1974, había adherido al SNIS en una etapa previa aunque luego esto no se concretaría. En 1988, se sancionó una nueva ley de Carrera Sanitaria Provincial, en un régimen que incluye a todas las profesiones del ámbito sanitario y que incorpora la figura de la dedicación exclusiva.

Otro elemento de trascendente importancia en el sentido de la integración del sistema era el de la centralización y unificación del financiamiento del SNIS a través de la constitución del Fondo Financiero Sanitario Nacional. En principio porque integraba gran parte de los recursos del Estado nacional, generando el marco para la futura unificación de las distintas fuentes de financiamiento. Por otro lado, destinaba un importante porcentaje del gasto del Estado nacional, 5%, a la constitución del Fondo y establecía que las provincias que se integraran debían aportar al menos el equivalente al presupuesto establecido para el período anterior a su incorporación. Estos fondos garantizaban las inversiones necesarias para las primeras etapas de implementación, como se hizo en el caso de provincias como San Luis (tanto para la designación de recursos humanos como para las inversiones de equipamiento e infraestructura).

En cuanto al presupuesto nacional la Ley del SNIS establecía que en los años posteriores se debían incorporar al presupuesto general las partidas necesarias que nunca deberían ser inferiores al 5,1% del cálculo de recursos del presupuesto general. En la actualidad el presupuesto del Ministerio de Salud (Ley de Presupuesto 2017) representa un 2% del presupuesto general de la Nación. Las políticas aplicadas desde 1976 hasta la actualidad han reducido a menos de la mitad el presupuesto asignado a esta finalidad, lo cual (si bien fue acompañado

de la descentralización de diversas funciones, entre ellas la administración de establecimientos asistenciales) revela un importante grado de debilitamiento del rol rector y de garante de equidad que debiera asumir el Ministerio de Salud en un régimen federal.

Por otro lado, la ausencia de un fondo de financiamiento integrado como el que proponía el SNIS se traduce en una gran desorganización presupuestaria que “además de promover la duplicación de funciones y el desperdicio de recursos [...] generan sistemas de salud diferenciados entre estratos sociales” (Cetrángolo, 2014, p. 151).

El mismo autor, señala:

sabiendo que la estructura de financiamiento del sistema de salud no es neutra desde la perspectiva de la equidad, la existencia de una doble institucionalidad asociada a la provisión pública y la seguridad social ha tenido efectos negativos sobre el financiamiento y la prestación de los servicios [...] Por definición, los esquemas más solidarios son aquellos en donde la totalidad de la población se halla incorporada a un sistema único financiado con tributación general y cuya cobertura es independiente de la capacidad de pago de las personas, lo que a su vez debería verse reflejado en menores niveles de gasto de bolsillo (Cetrángolo, 2014, p. 153).

Esto en líneas generales es lo que proponía el SNIS, mediante su propuesta de crear un fondo integrado de financiamiento, al cual se sumarían progresivamente fondos de las jurisdicciones provinciales que se integraran.

De existir hoy la voluntad política de avanzar en la construcción de un sistema nacional integrado, la participación presupuestaria del nivel central debiera incrementarse significativamente desde los niveles actuales.

Otro aspecto destacable como favorecedor de la integración fue el acuerdo político entre las dos principales fuerzas partidarias de aquel momento, el peronismo y el radicalismo, derivó en los acuer-

dos parlamentarios que posibilitaron que ambas leyes tuvieran un tránsito exitoso por las cámaras del Congreso Nacional. Aunque las concesiones realizadas a los planteos de las distintas corporaciones debilitaron la potencialidad integradora de la propuesta del SNIS, por otra parte, aplacaron las resistencias de los distintos sectores, permitiendo una implementación relativamente tranquila en las provincias seleccionadas para la primera implementación. También fueron facilitadores la creación de instancias de participación multiactoral en los tres niveles, nacional, provincial y regional, ya que permitió moderar las tendencias centralistas de la administración pública de salud y propiciar la participación de los diversos actores.

Mario Testa considera que el SNIS debe ser tomado como un hito que deja un cierto residuo en el cual “hay que apoyarse cuando uno quiere hacer alguna otra propuesta”. Pese a las resistencias y presiones corporativas, que abundaron durante el período de su elaboración y el del tratamiento legislativo, las leyes que llegaron a sancionarse representaron un gran avance en el sentido propuesto por sus impulsores (Testa, 2017).

Veronelli y Veronelli Correch, aunque muy críticos respecto de las leyes, reconocen que “en aquellas provincias pobres en las cuales el desarrollo de instituciones productoras de servicios de salud privadas eran pocas y pequeñas, el SNIS fue un instrumento con potencial utilidad para gobernantes interesados”. Aunque concluyen, sin demasiadas precisiones que “en las otras, nació muerto”. (Veronelli y Veronelli Correch, 2004, p. 661).

Hoy, a la distancia y con una perspectiva histórica, el SNIS puede ser visualizado como un intento válido en el avance a la integración del sistema y sin temor a incurrir en un juicio aventurado puede afirmarse que las leyes de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud y de Carrera Sanitaria Nacional fueron, en su momento, un marco normativo efectivo para intentar la superación de la fragmentación existente en el sistema sanitario argentino.

Un elemento que no puede obviarse es el hecho de su derogación por parte de un gobierno dictatorial, teniendo el antecedente de haber sido una ley sancionada con la unanimidad de las principales fuerzas políticas, requisitos con los cuales otros países comenzaron un proceso de integración que les permitió avanzar hacia la construcción de sistemas nacionales con modelos universalistas. En nuestro país, una dictadura militar, con apoyo de sectores minoritarios de la sociedad civil, interrumpió una experiencia, que si bien había comenzado con una implementación modesta y con sistemas de salud muy limitados, según los testimonios de actores involucrados, había comenzado a generar expectativas y adhesión en la población beneficiaria, especialmente en los grupos de menores recursos, que comenzaron a percibir una modalidad de atención que mejoraba sensiblemente la accesibilidad y calidad de las prestaciones que recibían.

Por último, son referencias que apoyan la validez de estas leyes como marco normativo propicio para la integración de nuestro sistema sanitario, las experiencias positivas que están desarrollando algunos países de la región, que transitan por procesos de construcción de sistemas nacionales integrados, partiendo de sistemas segmentados y con un alto grado de fragmentación, como es el caso de Brasil y Uruguay, que en períodos posteriores a la experiencia del SNIS, sancionaron marcos normativos con principios similares y de los cuales, al decir de Róvere, estas leyes podrían haberse constituido en un antecedente motivador.

Sobre la experiencia brasileña, la OMS señala:

a pesar de los problemas de financiación, el Brasil ha registrado mejoras significativas en sus resultados sanitarios. La descentralización, el énfasis en la atención primaria y el establecimiento de transferencias automáticas de fondos federales a los municipios han repercutido de forma importante en los indicadores sanitarios [...] La mortalidad de lactantes ha disminuido de 46 por 1000 nacidos vivos en 1990 a 18 por 1000 nacidos vivos en 2008. La espe-

ranza de vida al nacer para ambos sexos también ha aumentado de 67 años en 1990 a alrededor de 73 años en 2008. Las desigualdades regionales también han disminuido; por ejemplo, la diferencia entre la esperanza de vida al nacer en el noreste del país y en la parte sur, más rica, era de ocho años en 1990, pero esa brecha se ha estrechado, pasando a ser de cinco años en 2007 (OMS, 2010, pp. 642-716).

Factores que pueden favorecer el inicio de un proceso de integración

En el largo tránsito hacia la presente realidad de fragmentación de nuestro sistema de salud, se destacan, como hechos contrapuestos a este destino, tres sucesos de génesis y características disímiles, pero que comparten la cualidad de haber sido intentos de superación de esta negativa realidad:

- El período que transcurre desde 1946 a 1954, durante los primeros gobiernos del peronismo, en el que se desempeñó como ministro de salud Ramón Carrillo.
- La sanción e implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud, en 1974, durante el tercer gobierno peronista y cuya elaboración y primeras etapas de ejecución tuvieron como artífice a Domingo Liotta.
- La sanción de la Ley N° 23660, que crea el Seguro Nacional de Salud en 1989, hacia fines del gobierno de Alfonsín, que tuvo como principal propulsor a su ministro de salud, Aldo Neri.

Estos tres sucesos, de indudable trascendencia en su momento histórico, no lograron persistir en el tiempo por circunstancias diversas: interrupciones en la vida democrática por golpes militares, cambios drásticos en la concepción y dirección de las políticas públicas o por la inacción o debilidad del Estado nacional en convergencia con

el accionar corporativo de los actores del sector. Sin embargo, cada uno de estos hechos dejó sedimentos históricos, en ocasiones poco perceptibles, lo que hace pensar que pese al olvido la experiencia se conserva en la memoria colectiva de los actores.

De la etapa de Carrillo, además de algunas estructuras hospitalarias aún en funcionamiento (hospitales Presidente Perón de Avellaneda, Evita de Lanús, Eva Perón de San Martín, por ejemplo), quedó una fuerte impronta sobre el rol del hospital público gratuito, que resistió múltiples embates.

El SNIS, pese a su corta etapa de implementación, fue el estímulo para el desarrollo de varios sistemas provinciales y dejó planteada, entre otras, la necesidad de la Carrera Sanitaria Nacional.

En el caso de la Ley del SNS, quedó constituido el Fondo Solidario de Redistribución, actualmente vigente y todo un plexo normativo que nunca fue derogado, aunque en la práctica sigue sin implementarse.

Las tres propuestas tienen como rasgo común la aspiración a la construcción de un sistema de cobertura universal, con un rol activo del Estado y con el derecho a la salud como valor axiomático del rol del Estado.

Es así como, de estos y otros intentos parciales, aún persisten en nuestro sistema sanitario algunas estructuras y programas que pueden constituirse en favorecedoras de un proceso de integración, en la medida que exista la voluntad política del Estado nacional, un marco legal propiciatorio y una vocación de consenso entre los actores de los tres subsectores.

En el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación existen estructuras, surgidas en distintos momentos históricos, que han persistido pese a los cambios y reestructuraciones ocurridas en el tiempo:

- el Consejo Federal de Salud (COFESA)
- el Fondo Solidario de Redistribución (FSR)
- los hospitales nacionales del régimen SAMIC
- los Programas Nacionales de Salud

En presencia de un proceso consensuado hacia la integración, estas estructuras pueden jugar un rol favorecedor, ya que representan, en el primer caso, un ámbito de integración entre el Estado nacional y las provincias, con posibilidad de incorporación de otros actores y, en el segundo, un fondo de financiamiento existente desde hace décadas y con posibilidades de constituirse en la base de un futuro fondo nacional. En el tercero, una estructura asistencial mixta (con financiamiento nacional y provincial) que podría jugar un rol importante en la construcción de una red integrada de servicios, especialmente en las provincias con mayor déficit de servicios y, en el cuarto, una serie de estrategias, actividades y recursos, orientados a la resolución de diversas problemáticas sanitarias, en general de relevancia en las provincias.

Por otra parte, en algunas provincias, han habido experiencias exitosas de sistemas integrados de salud, como es el caso de Neuquén, o la creación de ámbitos de integración como la implementación de la regionalización sanitaria como espacios multiactorales propicios para superar o atenuar la fragmentación del sistema, básicamente en el subsector público, aunque en casos puntuales existieron convocatorias al sector privado y el de obras sociales para acciones puntuales, como fue el caso de la epidemia de la gripe H1N1 de 2009.

En los últimos años se han realizado en el país intentos de experiencias de Redes Integrada de Servicios de Salud (RISS) en base a la iniciativa de OPS, en las que el problema de la fragmentación y la necesidad de su abordaje y superación están invariablemente vigentes.

El COFESA como espacio de integración del sistema de salud

La Ley N° 20748 de creación del SNIS establecía la creación de un Consejo Federal que, al decir de Katz y Muñoz, “era la pieza clave en el diseño de la política de prestaciones de salud y de su control de gestión [...] pensado como un gran y poderoso ente institucional” presidido por el ministro de Bienestar Social y un representante de cada jurisdicción provincial (Katz y Muñoz, 1988).

Disponía la integración de representantes de la CGT, de la CGE y del personal profesional de la salud designados a propuesta de las entidades gremiales mayoritarias en el orden nacional con personería gremial, además de un representante de las entidades privadas adheridas al sistema.

En nuestro sistema actual, el COFESA, si bien no reúne todas estas características en cuanto a actores, funciones y a la carencia de un marco normativo favorecedor de una integración funcional y operativa, es un ámbito que ha mostrado sus potencialidades para el debate y la concertación entre las provincias y la Nación. Fue creado por la Ley N° 22373, del 13 de enero de 1981, como un espacio institucional “integrado por los funcionarios que ejerzan la autoridad de Salud Pública de más alto nivel en el orden nacional, en cada provincia” (Ley N° 22373, art 1).

Tiene como principal antecedente el Comité Federal de Salud, creado en 1971 por la Ley N° 19.717, un primer intento por establecer un espacio institucional interjurisdiccional en el campo sanitario y surge como un ámbito dentro del Consejo Federal de Bienestar Social (COFEBISO.). Tres años después de su creación, sus funciones son trasladadas al Consejo Federal, creado en el marco de la política del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). En 1976, después de la derogación del SNIS por la dictadura militar, el sector queda sin una instancia formal de integración. (Rodríguez Richeri y Tobar, 2003). En el intervalo, las reuniones entre las máximas autoridades

sanitarias del país continúan llevándose a cabo de manera informal hasta que la creación del COFESA formaliza el ámbito.

El artículo 1° del Decreto Ley N° 22373 señala que el COFESA está conformado por “aquellos funcionarios que ejerzan la máxima autoridad sanitaria en el orden nacional, en el de cada provincia y en la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires” y que será presidido por el secretario de Estado de Salud Pública de la Nación (Ley N° 22373, art. 1).

El artículo 2° establece que “corresponde al Consejo propender integralmente a la coordinación del desarrollo sectorial en materia de salud en toda la República”, definiendo en seis incisos funciones de índole deliberativas, con escasa capacidad de definiciones ejecutivas (Ley N° 22373, art. 2°).

El presidente del Consejo, según el artículo 5°, puede solicitar la concurrencia a las reuniones de representantes de organismos oficiales, de entidades privadas y de otras personalidades vinculadas con el campo de la salud. Estos tienen carácter de invitados especiales permanentes u ocasionales. El objetivo es el de incorporar las opiniones intersectoriales al Consejo.

El artículo 7° señala que el COFESA cuenta con una secretaría permanente, que funciona en el ámbito de la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación.

En el enunciado de las funciones del COFESA, queda claro que dicho órgano institucional de las relaciones intergubernamentales del sector salud en Argentina ha sido concebido como un espacio de discusión y concertación (Rodríguez Richeri y Tobar, 2003).

Por otra parte, la normativa no establece la conformación de ningún tipo de equipo técnico permanente que se ocupe de investigar temas de interés para el órgano o de proponer políticas.

Rodríguez Richeri y Tobar concluyen que “las características de la norma que regula el Consejo han dado lugar a que su desempeño

dependa casi exclusivamente del valor que le otorguen quienes conducen las políticas sanitarias del país”. Esto se ha hecho evidente en los años de vida que lleva el COFESA en el hecho de que hubo etapas gran dinamismo y otras en que, aun cumpliéndose con la normativa, no se ha sabido aprovechar como ámbito en donde entablar las relaciones intergubernamentales sanitarias (Rodríguez Richeri y Tobar, 2003).

Los mismos autores proponen como ejes necesarios para estas reformas:

- El establecimiento de una clara y adecuada división intergubernamental de las tareas.
- El ejercicio efectivo y respeto del rol rector del Ministerio Nacional.
- La instauración de una visión de conjunto y el establecimiento de metas comunes.
- La descentralización de la agenda de las reuniones.
- La inclusión de la intersectorialidad en la agenda de las reuniones.
- La conformación de un equipo técnico.
- La disposición de un presupuesto y estructura mínima propios.
- Una reforma legislativa (modificación del Decreto N° 22373 y reglamentación del funcionamiento del COFESA).
- Consolidar una arena de debate sanitario.

Para los autores, resulta necesaria la reformulación de la norma, comenzando por el hecho de que su creación, definición, funciones y misión se encuentren definidas en un Decreto Ley del año 1981, o sea, sancionada por un gobierno de facto durante cuya vigencia no existía un federalismo propiamente dicho, ya que gobierno nacional tenía interventores en las provincias, lo cual resentía severamente

la autonomía de estas. Por otro lado, entre el año 1981 y la actualidad, han tenido lugar muchos cambios en el sector salud, se ha modificado el estatus constitucional de la ciudad de Buenos Aires y de Tierra del Fuego; la autoridad nacional se ha constituido como Ministerio de Salud Nacional; se ha concretado la descentralización de los servicios; han aparecido nuevas estructuras administrativas en el ámbito nacional y subnacional; hubo reformas a la seguridad social, se modificó la situación de la salud de la población y cambiaron las necesidades, entre otros.

Por lo tanto, es imperiosa la reforma del marco normativo del COFESA con el fin de convertirlo en un verdadero ámbito de formulación de políticas, estrategias y acciones, dotado de la capacidad de oficiar de integrador y articulador que posibilite orientar decisiones relacionadas a la integración gradual del sistema.

Esta reformulación puede prever la convocatoria a integrarse a actores sectoriales, como representantes de las obras sociales, de los trabajadores, del sector, de los usuarios y del sector privado, constituyéndose en un verdadero Consejo Federal del SNIS.

Por otro lado, es destacable el hecho de que el COFESA, desde su creación, no tuvo una presencia relevante en las definiciones sanitarias provinciales o nacionales. Como excepción puede rescatarse el período en que Ginés González García condujo el Ministerio de Salud (2002-2007), en el cual adquirió una dinámica y un protagonismo sin precedentes.

Hugo Arce plantea:

en las condiciones actuales, la eficacia del organismo depende en gran medida de la capacidad de liderazgo del ministro de Salud de la Nación, tal como se evidenció desde 2002. Pero, estructuralmente, está sujeta a la posibilidad de que funcione con recursos propios, asignados en base a fondos coparticipables, tal como ocurre con el Consejo Federal de Inversiones (CFI) (Arce, 2010, p. 299).

Además, considera:

el COFESA no constituyó más que el espacio de exposición de los planes de las autoridades nacionales ante las provinciales. En diversas oportunidades, la presentación de dichos planes generó documentos o declaraciones de adhesión, refrendados por sus integrantes, pero estos eventos [...] no generaron decisiones simultáneas y confluyentes de las respectivas jurisdicciones (p. 299).

Por último, concluye:

el COFESA debería constituir el principal instrumento de la conducción sanitaria federal, para lo que debería contar con recursos propios asignados por fondos coparticipables, siguiendo el modelo del Consejo federal de Inversiones (CFI) (Arce, 2010, p. 472).

Otro ámbito formado en los últimos años, esta vez en el espacio legislativo, es el Consejo Federal Legislativo de Salud (COFELESA) de la República Argentina, un órgano deliberativo de origen político que tiene por objeto la articulación y promoción de políticas legislativas comunes en materia de salud en todo el territorio nacional. Está integrado por los miembros de las comisiones de salud (o su equivalente, cualquiera sea su denominación), del Honorable Senado de la Nación, de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación y de cada una de las legislaturas provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sean unicamerales o bicamerales.

El Fondo Solidario de Redistribución y la integración del financiamiento

El Fondo Solidario de Redistribución fue creado en 1980 (Ley N° 22269) con el objeto de cubrir las contingencias financieras y económicas de las instituciones más deficitarias y financiar la creación de infraestructura, así como planes y programas de carácter social de estas entidades. Se financiaba con el 10% de los aportes y las contribuciones

con destino a las obras sociales, el 60% de otros ingresos de estas y otros recursos de menor importancia. Para su administración se creó el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), que asignaría los recursos del Fondo de acuerdo con las prioridades del sistema (Cetrángolo, 2016).

En 1989 esta norma fue modificada por las leyes N° 23660 y N° 23661, que establecieron, entre muchas otras cosas, que las obras sociales del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios contribuyeran con un 15% de sus recursos por aportes y contribuciones.

El artículo 22 de la ley N° 23661, establece:

En el ámbito de la ANSSAL funcionará, bajo su administración y como cuenta especial, un Fondo Solidario de Redistribución que se integrará con los siguientes recursos: a) El diez por ciento (10%) de la suma de las contribuciones y aportes que prevén los incisos a) y b) del art. 16 de la Ley de Obras Sociales. Para las obras sociales del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios el porcentaje mencionado precedentemente será del quince por ciento (15%) de dicha suma de contribuciones y aportes (Ley N° 23661, art. 22, inc. a).

Por otra parte, el Fondo Solidario cuenta teóricamente con el 50% de los recursos de distinta naturaleza a que también se refiere Ley de Obras Sociales, tales como los reintegros de los préstamos conferidos a estas, los montos reintegrados por apoyos financieros que se revocuen más su actualización e intereses, multas, rentas de inversiones realizadas con recursos del fondo, subsidios, subvenciones, legados, donaciones, y aportes que se establezcan en el presupuesto general de la Nación (seguro para carenciados y aportes del Tesoro de la Nación).

Una parte de los recursos del Fondo Solidario de Redistribución, dado el marco en que fue creado (Seguro Nacional de Salud), se iban a destinar a las jurisdicciones que adhirieran al sistema para cobertura de carenciados. Esto, sin embargo, no fue implementado y los recursos se dirigieron a:

- a) Mantener en su mayor parte la distribución automática para garantizar el costo del PMO y equiparar niveles de cobertura (aproximadamente 230 millones de pesos anuales durante el período 1997-2001).
- b) Financiar programas especiales (alta complejidad, discapacidad, anteriormente subsidios financieros, etc., es decir, aproximadamente 120 millones anuales).
- c) Sostener la estructura de la SSS y de la APE.
- d) Apoyar programas dirigidos a grupos vulnerables, ejecutados por el Ministerio de Salud. La recaudación del Fondo Solidario la realiza la AFIP, que centraliza los pagos referidos a la seguridad social, con control de la SSS, su autoridad de aplicación. Mensualmente, los empleadores retienen de la remuneración de los empleados, el porcentaje mencionado destinado al FSR y los porcentajes de obra social y depositan sus pagos.

En el caso de la cobertura de programas especiales, las obras sociales se encuentran obligadas a brindar prestaciones para cobertura de patologías de baja incidencia en la población, aunque de muy alto costo. Los agentes pueden recurrir a la APE y solicitar el subsidio o reintegro correspondiente a los servicios realizados. El manejo de los programas especiales, sin embargo, ha sido cuestionado en el pasado, especialmente por la amplia proporción de sus recursos destinada a subsidios financieros sin rendición de cuentas, mientras que los subsidios para prestaciones médicas fueron relegados a un segundo plano.

La APE es un organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional, en jurisdicción del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, con personería jurídica propia y un régimen de autarquía administrativa, económica y financiera. Su principal objetivo es la implementación y administración de los recursos del Fondo Solidario de Redistribución, afectados presupuestariamente a progra-

mas especiales de salud que están destinados a los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud, conforme a la Ley N° 23661. Tiene como función desarrollar e implementar programas de prevención de patologías de alto impacto económico y aquellas que, por sus características, demanden una atención prolongada en el tiempo, y de promoción de la salud para los beneficiarios del sistema. En la actualidad ha sido transferido a la órbita de la SSS.

Por otra parte, se observa que el FSR cuenta con una serie de falencias, tanto de diseño como de implementación que limitan su eficacia. Este instrumento intenta modificar diferencias solo al interior del subsistema de Obras Sociales Nacionales, por lo que las obras sociales provinciales y los mecanismos dependientes de los ministerios de salud provinciales quedan por fuera, no existiendo en la práctica mecanismos propios de compensación de desigualdades de cobertura regionales y por necesidad de sus afiliados (Maceiras y Cicconi, 2003). Pese a estas falencias, el FSR puede constituirse en el embrión de un futuro fondo financiero sanitario nacional, tal cual el creado por la Ley N° 20741 de Creación del SNIS.

Como expresa Cetrángolo:

La reversión de la fragmentación de coberturas en este subsector requiere, entre otras cosas, el incremento paulatino del financiamiento destinado al FSR, hasta alcanzar el 100% de los aportes. Las reformas deberán tender paulatinamente a establecer niveles de financiamiento de las coberturas en función de las necesidades de cada grupo poblacional y no de sus niveles de ingreso u otra característica ajena al propio sector. Adicionalmente, deben ser integrados al sistema los segmentos actualmente aislados, como las obras sociales provinciales (Cetrángolo, O. 2014, p. 180).

Este fondo, al cual podrían sumarse el aporte de otras obras sociales como la del INSSJYP que formó parte de este hasta que fue desafectado por la Ley N° 24189, sancionada en diciembre de 1992, que derogó el inciso de la Ley N° 23661 que lo establecía.

La integración de las obras sociales sindicales puede cristalizarse a través de una estrategia tendiente a eliminar la tradicional desconfianza de los dirigentes gremiales hacia un manejo arbitrario por parte del Estado. El hecho de transformar al COFESA en un consejo al que puedan integrarse representantes del sector gremial podría vencer esta resistencia. Por otra parte, es probable que la posición de los gremios ante un SNIS no sea homogénea: es viable que las obras sociales de menor capacidad económica puedan visualizar a un ente de este tipo como un garante de equidad respecto a las más poderosas. De todas maneras, aún estas podrían ser beneficiadas por la integración del sistema, sin necesidad de que se modifique sustancialmente su aporte al FSR.

También podrían establecerse distintas modalidades de adhesión de acuerdo con las posibilidades y necesidades de cada obra social: plena, en el caso de las que así lo expresen, y parcial, en el caso de las que tengan una mayor capacidad de cobertura para sus beneficiarios, orientada por ejemplo a las prestaciones de alta complejidad.

Los hospitales SAMIC

Hacia fines de 1966, el gobierno militar encabezado por el general Onganía, sancionó la Ley N° 17102, que da impulso a los hospitales que se enmarcan en la modalidad autárquica de los Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad (SAMIC). La norma fue innovadora en la medida en que estableció para los hospitales la figura de personería jurídica, sin la cual el establecimiento no goza realmente de capacidad decisoria para actuar de manera descentralizada. Junto con la personería jurídica, la mencionada ley también instituyó la figura de estatuto propio, la conducción del establecimiento a cargo de un directorio integrado por representantes de la comunidad y presidido por el director, el desarrollo de diferentes fuentes de financiamiento y la participación de los profesionales en la distribución de los recursos (Repetto et al., 2001).

Si bien la ley fue sancionada por un gobierno de facto, puede reconocerse su origen en la política hospitalaria basada en los llamados “Hospitales de la Comunidad que se crean dentro del marco de la ley de Reforma del Sistema Hospitalario Nacional impulsada por Oñativía, ministro de Salud de Illia y que no pudo ser sancionada durante el gobierno radical (Medina y Narodowski, 2015, pp. 12 y 13).

El gobierno de facto Onganía

designó en la Secretaría de Salud Pública al Dr. Ezequiel Holmberg, investigador de prestigio, quien fue acompañado como Subsecretario por el Dr. Alberto Mondet, que ya venía actuando en el Ministerio desde la gestión de Oñativía. Estas circunstancias, determinaron una cierta continuidad técnica con las decisiones adoptadas durante la gestión radical (Arce, 2013, p. 96).

Minsky y Pascucci explican:

Las entidades bijurisdiccionales destinadas a la prestación de servicios de salud se crearon en el marco de la Ley 17.102, sancionada en el mes de diciembre de 1966, y su Decreto Reglamentario N° 8248 del 23/12/1968, como Servicios de Atención Médica Integral a la Comunidad [...] El objeto de la Ley 17102 ha sido reformar el régimen de constitución, funcionamiento y manejo de los servicios asistenciales de su dependencia, para ampliar sus prestaciones y recursos, mediante la participación y aportes de entidades oficiales o privadas que promuevan la participación comunitaria. En los casos factibles del análisis sanitario, económico y social de cada establecimiento y sus zonas de influencia, esos servicios asistenciales se convertirían en Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad para desarrollar sus actividades según los conceptos de atención sanitaria integral. El modelo tendía a generar un nivel de conducción de los servicios de salud de carácter comunitario con competencia territorial, que podía incluir uno o más establecimientos, y la conducción de cada establecimiento de carácter médico. [...] La Ley establece en su artículo 6 “Cada uno de los Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad será

manejado por un consejo de administración, al que –sin perjuicio de otras atribuciones complementarias– corresponderá específicamente...”, describiendo sus funciones que le dan pleno ejercicio de las responsabilidades de administración, dirección, representación, elaboración y control presupuestario y planificación, programación y supervisión de los servicios de atención médica a su cargo y régimen de retribución de los mismos. El Decreto Reglamentario, en sus artículos 8 a 15, establece la integración del Consejo y directivas para su funcionamiento e incorpora la figura del Médico Director del establecimiento, quien será designado por el Consejo de Administración (Minsky y Pascucci, 2009, pp. 13-14).

En la actualidad funcionan bajo este régimen los siguientes establecimientos:

- Hospital de Pediatría “Prof. Juan P. Garrahan”, ciudad de Buenos Aires
- Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce “Dr. Néstor Carlos Kirchner”, Florencio Varela, provincia de Buenos Aires
- Hospital de Alta Complejidad “Marta T. Schwarz”, en Puerto Iguazú, provincia de Misiones
- Hospital de Alta Complejidad “El Calafate”, El Calafate, provincia de Santa Cruz.
- Hospital de Alta Complejidad Cuenca Alta “Néstor Kirchner”, Cañuelas, provincia de Buenos Aires
- Hospital General de Agudos “Dr. René Favaloro”, Rafael Castillo, provincia de Buenos Aires
- Hospital de Día “Presidente Néstor Kirchner”, San Miguel de Tucumán, provincia de Tucumán

En el año 2015, durante la breve gestión del ministro Daniel Gollán, se analizó la posibilidad de integrar otros efectores al sistema

SAMIC, con el objeto de desarrollar una red de establecimientos de esta modalidad en cada provincia, integrados en red, a semejanza del modelo desarrollado exitosamente en el Hospital El Cruce Néstor Carlos Kirchner. Entre ellos se pueden mencionar los hospitales de Oberá (Misiones), los de Cañuelas, Laferrere y Rafael Castillo en el conurbano de Buenos Aires.

Los hospitales SAMIC en general son centros de Alta Complejidad y en muchos casos funcionan integrados con otros de distinta dependencia, por lo que pueden constituir la base de una red de alta complejidad que resuelva esta problemática dentro del sistema integrado, pudiendo incluso brindar prestaciones al APE, lo que permitiría una utilización más racional del FSR.

Programas nacionales

Los programas nacionales de salud, en la medida en que se orientan a la resolución de problemas de relevancia y que impactan de manera significativa a la población de las distintas provincias, se constituyen en elementos de integración del sistema sanitario nacional en la medida que significan la transferencia de recursos y asistencia técnica a los ministerios provinciales.

El Ministerio de Salud de la Nación ejecuta una serie de programas orientados al desarrollo en las provincias de acciones de promoción de la salud y de prevención de riesgos y enfermedades. Programas eminentemente preventivo-promocionales son el de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, el de Promoción de Estilos de Vida Saludables, como el de Municipios Saludables o el de Salud Escolar. Otros suman componentes asistenciales como el de Maternidad e Infancia o el REDES; relacionado con las enfermedades crónicas no transmisibles. Por último, hay otros que tiene una orientación predominantemente asistencial como Incluir Salud, para la atención de personas con discapacidad o el de Equipos Comunitarios.

Dos programas que tienen una estrecha relación con los sistemas asistenciales de las provincias y los municipios (y, por lo tanto, están relacionados con las redes asistenciales) son el Plan SUMAR y el Programa Remediar. Debido a esto, sus estructuras organizativas pueden ser adecuadas en un proceso hacia la integración del sistema.

El Programa SUMAR

El Programa SUMAR brinda cobertura de salud pública para niños/as, adolescentes, embarazadas y mujeres y hombres hasta los 64 años. Por sus características, por el hecho de haber ido incorporando a gran parte de la población sin cobertura y por el volumen de fondos que transfiere, el Programa SUMAR puede destacarse como el de mayor trascendencia actual en asistencia desde la Nación hacia las provincias. Se puso en marcha en 2012 como ampliación del Plan Nacer, que en el año 2004 inició un camino innovador en la gestión sanitaria en la Argentina, consolidando políticas públicas más inclusivas y equitativas.

Tomando en cuenta los resultados y logros del Plan Nacer, el gobierno nacional y las provincias avanzaron en la búsqueda de mejorar la calidad de atención y en profundizar el acceso y el ejercicio de los derechos de la salud de la población a partir de la cobertura universal de salud. Con el SUMAR, se reafirmó y profundizó la alianza federal constituida con el Plan Nacer. Su objetivo es fortalecer los sistemas provinciales de salud a través de un novedoso modelo de política pública. De esta manera, se aumenta la inversión para el sector público, se desarrollan los Seguros Provinciales de Salud y se trazan nuevas prioridades. Sinérgicamente, la inscripción de los beneficiarios a la Asignación Universal por Hijo (AUH) y la Asignación por Embarazo para Protección Social en el Programa SUMAR es un requisito para cumplir con las condicionalidades de salud y para completar los controles necesarios, creando así un círculo virtuoso que incentiva la demanda, brinda cobertura efectiva y fortalece la accesibilidad de la población más vulnerable.

En síntesis, el Programa SUMAR tiene como objetivos desarrollar los Seguros de Salud Provinciales y brindar cobertura explícita de salud a la población más vulnerable, así como mejorar el acceso a la salud de la población y fortalecer los hospitales y centros de salud públicos de todo el país. También, fomentar la equidad y promover la igualdad, concientizar y promover el ejercicio efectivo de los derechos de la salud, como asimismo promover la participación social y la transparencia en el uso de los recursos.

En la actualidad el programa alcanza a casi 15 millones de beneficiarios, con más de 7.000 establecimientos incorporados, habiéndose transferido a los efectores desde el 2005 más de 5.000 millones de pesos.

En la medida que se extienda a otros grupos etarios puede constituir la base de un seguro público para los sectores vulnerables.

El Programa Remediar + Redes

Este programa se diseñó e implementó desde el Ministerio de Salud en 2002, bajo la gestión del ministro doctor González García. Desde sus inicios, tuvo como principal objetivo proveer medicamentos esenciales a todas aquellas personas en situación socioeconómica vulnerable con dependencia exclusiva del sistema público de salud. La provisión de medicamentos esenciales se lleva a cabo a través de la distribución mensual de botiquines a más de 7.000 Centros de Atención Primaria de Salud, efectores del Programa, ubicados en las veinticuatro jurisdicciones del país (Programa Remediar+ Redes, 2011, p. 17).

Su creación fue una de las medidas implementadas por el gobierno de Eduardo Duhalde para paliar los efectos de la crisis de 2001 sobre el mercado de medicamentos y el incremento del gasto de bolsillo de las familias, en relación con la drástica reducción de ingresos de los hogares. Se implementó mediante un crédito del Banco Inte-

americano de Desarrollo (BID), dentro del marco del Programa de Atención Primaria de la Salud (PROAPS). Fueron sus objetivos:

- Asegurar a la población sin cobertura de salud y en situación de pobreza el acceso a medicamentos esenciales.
- Fortalecer un modelo de atención primaria y promover políticas saludables con gestión participativa.
- Jerarquizar los CAPS fortaleciendo redes de APS.
- Promover el acceso y utilización de los medicamentos por su nombre genérico.
- Promover el uso racional de medicamentos.

El Programa Remediar se convirtió en una herramienta central para llevar adelante el Plan Federal de Salud. Para alcanzar sus objetivos implementó un modelo de gestión de política pública basado en el flujo de información entre el nivel ejecutor (CAPS), el nivel intermedio (jurisdicciones provinciales y municipales) y el nivel central.

Los principales esfuerzos del Programa se estructuran en tres grandes estrategias: la provisión de medicamentos esenciales, el fortalecimiento de redes de salud, y la capacitación permanente de los recursos humanos del primer nivel de atención (Programa Remediar, 2011).

A partir de 2009, el Programa incorporó un nuevo componente de financiación correspondiente al Fortalecimiento de Redes de Salud:

La estrategia de fortalecimiento se llevó a cabo mediante la transferencia de tecnologías de gestión, capacitación de recursos humanos y asistencia para la formulación e implementación de Proyectos Provinciales de Fortalecimiento de Redes de Servicios de Salud en APS, que incluye al conjunto de los efectores (servicios) públicos de salud y los integra con lógica de red mediante mecanismos de referencia y contra-referencia y con una adecuada división de

tareas entre niveles, fortaleciendo así la capacidad de respuesta del sistema en su conjunto (Programa Remediar, 2011, p. 18).

Hasta el año 2015, el programa llevaba distribuidos más de 2 millones de botiquines, que adicionaron más de 425 millones de tratamientos de medicamentos esenciales. Estos dieron respuesta a 649,9 millones de consultas médicas ambulatorias realizadas por 16 millones de usuarios del sistema de salud público en más de 7.000 unidades sanitarias del Primer Nivel de Atención.

Por el impacto del acceso a los medicamentos esenciales y por su impacto en el gasto en salud y el gasto de bolsillo de la población, este programa se convirtió en uno de los ejes de la política sanitaria y sería de capital importancia a la hora de plantearse una estrategia de integración del sistema.

En la actualidad³ se está replanteando su continuidad a través de la Cobertura Universal en Salud (CUS). Sin embargo, se registraron sensibles mermas tanto en el número como en la composición de los botiquines en los dos primeros años del gobierno de Mauricio Macri.

Estructuras provinciales: regionalizaciones provinciales

La Ley N° 20748 del SNIS establecía como unidad organizativa territorial la figura del Área programática, para la cual instituyó las funciones y la figura de un funcionario, el director del Área Programática, asesorado por un consejo integrado por representantes de los municipios que la integraban y por representantes de asociaciones gremiales y profesionales. Esta modalidad de descentralización, con base en un proceso de regionalización está implementada, con diferencias puntuales en cada caso, en varias provincias argentinas,

3 N. del Ed.: se refiere al año 2017

como es el caso de Buenos Aires, Chaco, Corrientes, Jujuy, La Rioja y San Luis, entre otras.

En algunos casos la regionalización está normatizada a través de leyes provinciales y en otras a través de decretos, que en general establecen delegación de funciones en directores o coordinadores que, en algunos casos, son acompañados por un consejo con participación multiactoral.

El caso más temprano de desarrollo de un proceso de descentralización es el de la provincia de Buenos Aires, cuya primera ley de Regionalización Sanitaria data de 1963 (Ley N° 6647). Fue derogada en 1965 por la Ley N° 7016, vigente hasta la actualidad, esta última reglamentada por varios decretos, el último de los cuales fue el N° 3377/06. En esta norma se define a la Región Sanitaria como

la Red Asistencial integrada por todos los establecimientos públicos provinciales ubicados en su zona de cobertura geográfica que cumplan funciones de servicios de Atención de la Salud en los tres niveles de prevención: Primaria, Secundaria y Terciaria, de acuerdo con un criterio unitario pautado por el Ministerio Salud (Decreto N° 3377/06, art. 1°).

Establece como atribuciones y deberes del Ente Descentralizado Hospital Integrado de la Región Sanitaria, las siguientes:

- a) Coordinar, supervisar, controlar y evaluar la ejecución en rol de Dirección Ejecutiva del Ente Descentralizado, las políticas sanitarias diseñadas y aprobadas por el Ministerio de Salud.
- b) Asistir al Ministerio de Salud en materia de planificación estratégica y proponer la implementación de programas específicos basados en las necesidades y características propias y particulares de la zona de cobertura geográfica de la región sanitaria.

- c) Suscribir convenios con instituciones de derecho público y/o privado tendientes a la complementación de los servicios asistenciales, previa consulta de factibilidad y conveniencia efectuada al Ministerio de Salud a través del órgano competente que ejerza la coordinación de las Regiones Sanitarias (Decreto N° 3377/06, art. 4°).

Define como autoridad regional a un Director Ejecutivo y establece el funcionamiento de dos ámbitos multiactorales. El Consejo Técnico Asesor que estará presidido por el Director Ejecutivo del Ente Descentralizado Hospital Integrado de la Región Sanitaria y será integrado por:

- a) Los Directores Ejecutivos de los establecimientos sanitarios de la Región.
- b) Los Coordinadores de Programas Especiales.

La periodicidad de las reuniones del Consejo se fija en por lo menos una vez al mes y tiene como funciones analizar y aprobar las propuestas de gestión más convenientes, tendientes a promover la complementariedad de los servicios de la red hospitalaria, considerando la integración más eficaz y eficiente de sus recursos humanos y tecnológicos, para su incorporación en el marco programático del Ente Descentralizado (Decreto N° 3377/06, art. 9°, inc. b).

Crea en cada Región Sanitaria un Consejo Sanitario, integrado por los Secretarios de Salud de los Municipios o su cargo equivalente y por representantes de los Colegios Médicos, de las entidades colegiadas de las restantes profesiones vinculadas al arte de curar y de organizaciones no gubernamentales reconocidas por el Ministerio de Salud cuyo objeto y trayectoria estén relacionados con la Prevención, Atención y Recuperación de la Salud. Este Consejo se reunirá por lo menos una vez cada dos meses. Sus funciones serán de carácter consultivo e informativo del Director Ejecutivo con relación a los problemas sanitarios que se generen en su área cobertura geográfica (arts. 12° y 13°).

Existen varios puntos en común entre estos dos ámbitos y el Consejo del Área Programática de la Ley N° 20748, si bien desde la perspectiva de un proceso de descentralización provincial.

El Plan de Salud de Neuquén

Una experiencia exitosa en el desarrollo de un sistema integrado de salud a nivel provincial, con un fuerte rol del estado es el Plan de Salud implementado en la provincia de Neuquén.

En 1970 el gobierno de facto de Onganía designó al anteriormente depuesto Felipe Sapag, del Movimiento Popular Neuquino (MPN), como gobernador de la provincia, en reconocimiento a su “liderazgo natural”. Desde 1970 a 1973, el gobierno de Sapag desarrolló una serie de medidas que le permitieron consolidar una estructura partidaria y un firme liderazgo, que posteriormente se convirtieron en importantes ventajas de cara a una salida electoral. Entre esas iniciativas se destacaban la inauguración del aeropuerto internacional del Neuquén y la creación de la Universidad Nacional del Comahue (Casullo, 2014).

Sapag designó como ministro de salud a Antonio Del Vas, un médico que ejercía la profesión en Cutral Co, quien a su vez convocó a una serie de técnicos de distinta procedencia, con el fin de iniciar un proceso de cambio en la salud pública provincial. De esta manera:

Llegaron así sanitaristas de distintos centros del país que dieron forma a un documento presentado en ese mismo año y que describía el programa de acción para el sector salud que debía desarrollarse en el marco de un plan integral (Casullo, 2014, p. 11).

Entre los convocados se destacan Elsa Moreno y Néstor Perrone, a quienes Del Vas confió la tarea de elaboración y ejecución del Plan de Salud. En esa época, la situación se caracterizaba principalmente por una alta mortalidad general e infantil (108,5 por mil en 1970), elevada incidencia de enfermedades inmunoprevenibles respiratorias y

diarreicas, elevado número de muertes sin cuidados médicos o mal definidas, escasa infraestructura de servicios y recursos. Una gran parte de la población vulnerable se encontraba sin atención. Entre otras falencias, el 25% de los partos eran domiciliarios, sin asistencia médica ni controles durante el embarazo.

El sector oficial era el único efector en el 86% del territorio con treinta establecimientos, de los cuales diecinueve eran con internación. (Ministerio de Salud de Neuquén, 2010).

El Plan comenzó a ponerse en práctica a partir de la organización zonal y sectorizada de la provincia, con un hospital de complejidad importante en la ciudad capital y otros de menor complejidad en cada una de las zonas. Las medidas iniciales estuvieron dirigidas prioritariamente al control de la mortalidad infantil y de la tuberculosis. Para finales de la década, ambas habían descendido y se había logrado la conformación de equipos médicos que prestaban servicios en toda la provincia.

Sin embargo el Plan fue quedado estancado en el resto de los temas. Las acciones se limitaron a repetir los programas. La capacitación comenzó a limitarse al ámbito oficial y comenzó el éxodo de profesionales al sector privado (García, 2007).

De todas maneras, se operó un crecimiento importante en la remodelación y creación de establecimientos, aumentando sus niveles de complejidad e incorporación de tecnología mediante partidas presupuestarias de Nación.

Entre las realizaciones más destacadas merecen mencionarse la conformación de un sistema de complejidad creciente regionalizado, basado en la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, varios años antes de la Declaración de Alma Ata de 1978. Según Spivak L'Hoste, el sistema:

se constituye a partir de una red de establecimientos de complejidad creciente, agrupados en zonas sanitarias. El territorio pro-

vincial se divide en cinco zonas, cada una de ellas responsable de administrar sus recursos y de controlar el funcionamiento de sus servicios. Además de un hospital cabecera poseen bajo su supervisión hospitales de menor complejidad en las localidades más pequeñas y puestos rurales, que se vinculan entre sí y con el hospital central a través de interconsultas y derivaciones. Así, a cada zona sanitaria corresponde una porción del territorio de la provincia y a cada hospital se le asigna un área programática sobre la cual debe ejercer sus funciones (Spivak L'Hoste, 2001).

Otro aspecto destacable fue el de la formación y capacitación del recurso humano, con la creación de las primeras residencias médicas, la profesionalización de la enfermería y la incorporación de la figura de los agentes sanitarios. Este conjunto de medidas permitió dar un giro importante a la situación de salud en la provincia, detectándose en los siguientes indicadores claves:

- Mortalidad infantil: de 108.5 por mil en la década del 1970 a 9.0 por mil en el 2006.
- Partos domiciliarios: de 25% a 0,2%.
- Tasa de natalidad: de 34,7 por mil a 20,3 por mil.
- Esperanza de vida al nacer: 75,2 (hombres 71,3 y mujeres 79,6) año (Ministerio de Salud de Neuquén, 2010).

Se trató de la implementación de los principios de la centralización normativa y la descentralización operativa, que se inspiraban en las concepciones de Carrillo y que, casi simultáneamente en el tiempo, serían los principios de la planificación del SNIS. Liotta refiere haber tenido contactos, junto a otros miembros del equipo de redacción de la ley del SNIS, con Elsa Moreno, que en 1970 se había incorporado al equipo del Ministerio de Salud de Neuquén, junto con Néstor Perrone.

Propuesta de la Organización Panamericana de la Salud de construcción de Redes Integradas de Servicios de Salud

El 2 de octubre del 2009, durante el 49º Consejo Directivo de la OPS, se aprobó la Resolución CD49.R22 sobre Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en la Atención Primaria de Salud, y se aportaron nuevos comentarios para el documento de posición sobre RISS. Este documento es el principal resultado de estos procesos. La propuesta resultante parte del diagnóstico de que los sistemas de salud predominantes en América Latina son segmentados y con un alto grado de fragmentación, lo cual se constituye en un fuerte obstáculo para la accesibilidad y la universalidad. El propósito de la iniciativa de RISS es contribuir al desarrollo de sistemas de salud basados en la APS y, por ende, a la prestación de servicios de salud más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos.

La OPS considera que las RISS son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud, contribuyendo a hacer realidad varios de sus elementos más esenciales tales como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; la orientación familiar y comunitaria y la acción intersectorial, entre otros. Las RISS requieren de los siguientes atributos esenciales para su adecuado funcionamiento

Modelo asistencial:

- 1) Población y territorio a cargo, definidos y con amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, lo que determina la oferta de servicios de salud.
- 2) Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados pa-

liativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y en poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública.

- 3) Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades sanitarias de la población.
- 4) Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios.
- 5) Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud.
- 6) Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.

Gobernanza y estrategia:

- 7) Un sistema de gobernanza único para toda la red.
- 8) Participación social amplia.
- 9) Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.

Organización y gestión:

- 10) Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.
- 11) Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.
- 12) Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo,

edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.

13) Gestión basada en resultados.

Muchos de los aspectos mencionados, con las lógicas diferencias de contexto histórico, estaban presentes en el espíritu y la letra del SNIS y, por otra parte, el proceso de construcción de RISS podría verse favorecido por las instancias de coordinación e integración entre los subsectores de nuestro sistema de salud.

La experiencia de la Red Sudeste y el Hospital El Cruce “Néstor Carlos Kirchner”

Una experiencia impulsada dentro del marco de la construcción de una red integrada de servicios de salud fue la desarrollada en la zona sur del conurbano bonaerense en un proyecto que implicó en su elaboración, ejecución y puesta en marcha, un proceso de consensos e interacciones entre los ministerios de Salud de la Nación y de la provincia de Buenos Aires y los municipios de Berazategui, Florencio Varela, Quilmes, y posteriormente Almirante Brown.

Según Arnaldo Medina y Patricio Narodowski, la red fue sustentada sobre:

un acuerdo político importante: cuatro intendentes de la zona: Florencio Varela, Berazategui, Quilmes y Almirante Brown, se coordinaron entre sí para construirla y para que El Cruce sea el nodo de alta complejidad de esa red. Otro de los determinantes contextuales para la creación de El Cruce fue la voluntad del entonces presidente Néstor Kirchner que prometió la obra al inicio de su gobierno, en el año 2003 y la entregó antes de cumplir el mandato en 2007 (Medina y Narodowski, 2015).

Desde esta voluntad se construyó una fuerte capacidad para lograr consenso, primero con los hospitales, y poco a poco se fueron

incorporando también los secretarios de Salud de cada uno de los cuatro municipios.

Con base en estos consensos se definió para el hospital El Cruce un modelo de funcionamiento en red con los hospitales de los cuatro municipios, los que a su vez propiciarían la integración con cada primer nivel local, avanzando en la construcción de una RISS. A través de la coordinación de la dirección de la Región Sanitaria VI del Ministerio de Salud de la provincia, se fue avanzando en la conformación de la red que, si bien comenzó a estructurarse a partir de la puesta en marcha del Hospital El Cruce y la resolución de la alta complejidad, fue constituyéndose en un proyecto de sistema integrado.

Desde el comienzo se constituyó el Consejo de la Red, conformado por los directores de los ocho hospitales y los cuatro secretarios de salud de los municipios involucrados, el cual se reunía periódicamente para abordar distintas propuestas de integración de los servicios, que luego se volcaban a ámbitos intermedios en los que participaban los responsables intermedios (jefes de servicio) y, en algunas ocasiones, se centraba en actividades de mayor convocatoria y que involucraban a los equipos de salud de los tres niveles de atención.

Otro aspecto destacable es que el hospital funcionaba bajo el régimen de los SAMIC, lo cual implicaba una doble dependencia (Nación y provincia de Buenos Aires), así como una doble financiación.

La subregión del sudeste del conurbano bonaerense está conformada por los municipios de Almirante Brown, Berazategui, Florencio Varela y Quilmes pertenecientes a la Región Sanitaria VI del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires (PDTS, 2016). Los prestadores del sistema público de salud de la subregión del sudeste son:

- Los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de los cuatro municipios que conforman la Red de la Subregión Sudeste, que constituyen la puerta de entrada al sistema de salud o Nivel I de Atención.

- Los hospitales provinciales o municipales: En Almirante Brown: Hospital Zonal General “Dr. Arturo Oñativia”, Hospital Zonal General de Agudos “Lucio Meléndez” y el Hospital Subzonal Especializado en Rehabilitación Motriz “Dr. José María Jorge”. En Berazategui: Hospital General de Agudos “Evita Pueblo”. En Florencio Varela: Hospital Zonal de Agudos “Mi Pueblo”. En Quilmes: Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Isidoro Iriarte” y el Hospital Subzonal Especializado Materno Infantil “Dr. Oller”. Estos constituyen los efectores del nivel intermedio o II Nivel de Atención.
- El Hospital El Cruce “Néstor Carlos Kirchner”, que constituye el Nivel III de atención dentro de un sistema de salud de complejidad creciente. Este es un hospital SAMIC, (Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad) ubicado en el municipio de Florencio Varela, que depende del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires y del Ministerio de Salud de la Nación.

El principal desafío estratégico de la Red Integrada de Salud de la Región Sudeste del conurbano bonaerense es profundizar los vínculos institucionales entre los nodos de la Red (hospitales nacionales, provinciales y municipales, CAPS de los municipios de la Región), la Región Sanitaria VI, el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires y el Ministerio de Salud de la Nación. Las prestaciones de salud pueden dividirse básicamente en tres tipos:

- a) Las ambulatorias: se realizan en los distintos CAPS, dependientes de los municipios de la Región, y en los hospitales de baja y mediana complejidad dependientes, la mayoría de ellos.
- b) Las de internación: tanto de las patologías agudas como crónicas, que se realizan en los hospitales del segundo y tercer nivel de atención.
- c) Las vinculadas al trauma agudo.

La subregión dispone de 1.456 camas de internación, de las cuales 180 son de alta complejidad⁴. Las camas están distribuidas en siete hospitales públicos. La mayoría de este recurso (1.276 camas) pertenece a los hospitales zonales, generales de agudos, que dependen de la provincia de Buenos Aires y de los municipios, mientras que el vinculado a las internaciones de más alta complejidad (180 camas) se encuentra localizado en el Hospital El Cruce “Néstor Carlos Kirchner”.

Esta experiencia, desarrollada entre los años 2007 y 2015, tiene varios elementos positivos a destacar, entre ellos una importante mejora en la accesibilidad de la población a las internaciones y prácticas de alta complejidad lo cual, en la situación previa al funcionamiento de la red, era visualizado por la población y los trabajadores de sistema como la gran carencia del sistema sanitario en la zona.

Es importante señalar que tanto la idea del Hospital El Cruce, como el desarrollo de la red, contó con el apoyo de una fuerte decisión política por parte de los cuatro municipios involucrados, las que convergieron con las voluntades políticas del nivel nacional y provincial, cuestión de central importancia central para el involucramiento de los actores del sistema de salud.

Vigencia del SNIS como marco normativo para la integración del sistema sanitario argentino

Después de más de treinta años de continuidad democrática, la fragmentación de nuestro sistema sanitario sigue siendo una problemática penosamente vigente. Este trabajo ha intentado proyectar claridad sobre las causas profundas y los comportamientos sectoriales que llevaron a la consolidación de esta realidad.

Pero es un objetivo también pretendido el destacar aquellos rasgos valorables de la experiencia trunca del SNIS, no solo como una

4 En 2017 [N. del E.]

simple reivindicación histórica, sino porque puede constituirse en insumo y estímulo para emprender, como los actores de aquel momento tan complejo, la tarea pendiente de construir un sistema nacional de salud con cobertura universal, mayores niveles de equidad y que se exprese en la satisfacción y un mayor nivel de salud de nuestros ciudadanos.

Si bien, al haber constituido una experiencia cercenada, no existen demasiados datos objetivos sobre su impacto en los sistemas provinciales en los que se comenzó su implementación, pude recoger algunos testimonios de protagonistas en los que la experiencia es rememorada como una verdadera gesta colectiva, tal vez, en gran medida, contagiada por un clima de época. En este sentido, los entrevistados que participaron en la experiencia del SNIS la señalan como generadora de una “mística” que los imbuía de cierto espíritu fundacional, acentuado en muchos casos por el hecho de estar protagonizando experiencias personales igualmente motivadoras.

Este aspecto motivacional, habitualmente poco valorado en el análisis de las políticas sanitarias, puede constituirse en un elemento favorecedor en la generación de un clima propicio para el cambio, en general resistido por distintos actores, pudiendo además ser apto para la superación de un espíritu derrotista y pesimista imperante en el sistema, ante la persistencia crónica de una problemática, que a los ojos de sus protagonistas aparece como un destino irreductible.

Por otro lado, el hecho de que diversas fuerzas partidarias hayan podido sortear sus diferencias fue una experiencia poco habitual en una historia colmada de férreas defensas de posiciones y falta de acuerdos políticos. Así, se logró conformar un grupo iniciador y generador del proyecto en el que estaba representado casi todo el arco del denominado “campo popular” que, como en contadas ocasiones, supo dejar de lado dogmatismos y cerrazones en aras de un objetivo común.

No menos valorable fue el proceso de sanción legislativa en el cual, salvo lógicas discrepancias sobre aspectos que representaban

posiciones cuasi doctrinarias de cada partido, se arribó a la sanción final en ambas cámaras.

Si bien el texto aprobado no conformó a todos los actores en la medida de sus expectativas, como pocas veces en nuestra historia ello no fue obstáculo para iniciar una pronta implementación en cuatro provincias, en las cuales las condiciones eran menos desfavorables.

Pero además de estas relevantes circunstancias que dieron marco a la etapa de elaboración y sanción de las leyes y que en sí mismas serían dignas de ser tenidas en cuenta por los protagonistas actuales del sistema, hay aspectos de ambos textos legales que, aún desde la perspectiva actual pueden ser valorados en vista de la persistencia de la misma problemática sanitaria:

- Declarar la salud como un derecho básico de todos los habitantes del país.
- Establecer un fuerte rol de rectoría de Estado en materia de salud, como garante del derecho y principal protagonista en la planificación y la gestión sanitaria, con injerencia en la coordinación de los tres subsectores.
- La responsabilidad del Estado como financiador y garante económico en la dirección de un sistema único e igualitario para todos los argentinos y el establecimiento del fondo financiero sanitario nacional que integra y centraliza todas las fuentes de financiamiento.
- Establecer un aporte mínimo de 5,1% del presupuesto nacional, cifra nunca alcanzada posteriormente.
- La creación de espacios multiactorales, comenzando por el Consejo Federal, órgano máximo del cual dependía el Secretario Ejecutivo y los Consejos Provinciales, como espacio de consenso y planificación con los gobiernos provinciales, has-

ta los Consejos de Áreas Programáticas como espacio de participación local totalmente innovador para la época.

- El Área Programática como una instancia de gestión descentralizada propicia para la participación de los actores locales, que se anticipa en varios años a propuestas que luego se plasmarían en los postulados de Alma Ata o, más adelante, en el concepto de Sistemas Locales de Salud (SILOS) de la OPS.
- Aunque para las obras sociales la adhesión era voluntaria, el art. 36 las obligaba a cumplir con las políticas de prestaciones y coberturas dictadas por la administración del SNIS y deberían, en todos los casos, coordinar su planificación y acciones de salud con la conducción del Área Programática (Katz y Muñoz, 1988).
- La Ley de Carrera Sanitaria Nacional, al instaurar un régimen unificado para los trabajadores de la salud de todo el país y establecer la dedicación exclusiva.

Por otra parte, no puede soslayarse la impronta de sus propuestas sobre algunos sistemas provinciales que, contemporáneamente, estaban desarrollando experiencias de integración locales, como fue el caso de Neuquén y, más acotada en el tiempo, de Río Negro, que, si bien no adhirieron al SNIS, vivieron su “primavera sanitaria” (Vilosio, 2016, p. 259).

Por supuesto, que no puede obviarse la existencia, en nuestra realidad actual, de diversos factores que condicionan la asunción por parte de los actores sectoriales de esta tarea como una acción prioritaria y perentoria del momento histórico. El primero, y tal vez el más determinante para este cometido, es la falta de presencia de la problemática de salud en la agenda política. Ella está presente en la agenda sistémica, pero solo lo hace en la agenda política esporádicamente y bajo la forma de problemas puntuales, ejemplo de esto fueron las múltiples leyes sancionadas en los últimos años sobre

distintos aspectos sanitarios, que en general fueron instaladas en la agenda pública por grupos sociales o colectivos interesados, por ejemplo, las leyes de derechos del paciente, de salud Mental y la de muerte digna, entre otras.

Arnaldo Medina atribuye este hecho a

la escasa estructuración sistémica de la salud o, para decirlo de otro modo, su característica y notable fragmentación torna poco visibles a las políticas públicas de salud. Es más, existiría la sensación, que suele estar bastante arraigada en algunos sectores políticos, que por más acciones que se ejecuten en este campo, por mucho que se invierta en salud, no se obtendrá gran repercusión en la consideración general (Medina, 2017).

En los últimos años han prevalecido en la opinión pública otras problemáticas como la inseguridad, la inflación, el desempleo o la educación. Este último caso puede ser tomado como ejemplo por los actores del sector, de cómo puede instalarse una problemática de gobierno en la agenda y transformarse en leyes que, como la de financiamiento educativo, establecen un rol activo del gobierno nacional en el tema y normatizan su relación y el rol de las provincias.

El otro obstáculo que debe ser removido es el generado por la dinámica de los actores del sistema segmentado, entre los que prevalecen usualmente los intereses sectoriales y corporativos, adoleciendo de una mirada integral de la problemática del sistema. Es así como la necesidad de la integración no es planteada por los actores sectoriales, más preocupados por definir e implementar estrategias para resistir, en algunos casos, a los efectos de la fragmentación y en otros aun para sacar provecho de ella. Como consecuencia de estas actitudes surge un segundo condicionante para el establecimiento de la problemática global del sistema de salud como un tema de agenda y es la debilidad e incapacidad de los actores del sector salud para converger en una acción conjunta tendiente a la inclusión de la misma en la agenda de gobierno.

Los actores del sistema no han sabido, no han podido o no han querido instalar el tema en la agenda pública, al no conformar una propuesta unificada que los hiciera aparecer frente a la sociedad como un conjunto social promotor de un cambio y no como grupos sectoriales detrás de reivindicaciones particulares.

Es así como las agendas se orientan en general a abordajes parciales sobre diversos aspectos del problema, sin que aparezca el debate sobre de la fragmentación como la causa principal y el eje de cualquier propuesta superadora. Al respecto, Belmartino y Bloch señalan:

sería ingenuo suponer que la única y frontal oposición al SNIS provino del sindicalismo. El proyecto tocaba intereses muy poderosos y concepciones muy arraigadas en el sistema de provisión de atención médica vigente. Las empresas médicas privadas, la industria farmacéutica e, inclusive, los profesionales convencidos de las virtudes del sistema liberal pueden servir como ejemplos de una oposición basada en una amplia diversidad de intereses (Belmartino y Bloch, citado en Katz y Muñoz, 1988, p. 51).

Esta “diversidad de intereses”, que persiste en la actualidad exacerbada por sucesivas crisis y por la falta de voluntad y espacios de concertación, confluyó en la resistencia de estos sectores al SNIS y persiste ante cualquier intento de avanzar en la integración del sistema, sostenida por la idea de que indefectiblemente conduciría a la pérdida de prerrogativas y beneficios.

Sin embargo, esta actitud de resistencia no siempre expresa unanimidad en las posiciones y esconde discrepancias y diversidad de intereses, en ocasiones contrapuestos, entre los actores de los distintos subsectores y aún al interior de ellos mismos. En el caso del sector sindical, si bien sigue prevaleciendo una férrea defensa de las obras sociales como sistema de salud de los trabajadores, no todos los intereses y las posturas son contrarios a la idea de integración del sistema.

En una publicación realizada en colaboración con la socióloga Catalina Pantuso, el dirigente del Sindicato único de Trabajadores

de Edificios de Renta y Horizontal (SUTERH), Víctor Santa María, afirma:

el régimen de gobierno del Sistema (el SNIS) se diferenciaba claramente de una estatización de la asistencia médica, cuya supuesta necesidad todavía hoy encuentra difusores. Por el contrario, propugnaba la integración en todos los niveles y la mayor descentralización de funciones, inclusive normativas, compatibles con la formulación centralizada de la Política General de Salud, que debían establecer los organismos competentes del Estado: el Poder Ejecutivo y el Congreso Nacional (Pantuso y Santa María, 2010, p. 33).

Y más adelante concluyen: “Cabe destacar que se trató del único intento de sistematizar una política sanitaria nacional tendiente a articular los distintos sectores prestadores con una filosofía y una dinámica de carácter federal y participativo” (Pantuso y Santa María, 2010).

Otra organización sindical que manifestó posturas favorables hacia un sistema integrado con un fuerte rol estatal es la Asociación de Trabajadores Estado (ATE), que, en una publicación destinada a la capacitación de los trabajadores, expresó una postura crítica hacia a la dirigencia sindical que se opuso al SNIS.

En el caso de las organizaciones de profesionales, especialmente las médicas, existen posiciones divergentes entre COMRA (que, en general, expresa posiciones favorables al ejercicio liberal de la profesión) y las organizaciones como CICOP (que representan a los profesionales que se desempeñan en el sector público, aunque en una gran proporción también lo hacen en el ámbito privado). El desafío consiste en encontrar denominadores comunes especialmente en el caso de los profesionales que se desempeñan en relación de dependencia, en el ámbito público, el privado o el de obras sociales, a los que seguramente la integración del sistema difícilmente pueda representar un empeoramiento de sus condiciones laborales.

El rol de los partidos políticos

Por último, también es una limitación la falta de vocación de nuestros partidos políticos en propiciar políticas públicas de largo plazo, ya que esta problemática no puede ser abordada mediante soluciones coyunturales.

En el caso de los principales movimientos políticos argentinos, aunque existe una historia de propuestas sobre la integración del sistema de salud, estas no se han expresado en las últimas décadas ni en sus plataformas políticas ni en las acciones de gobierno en el caso de los que lo ejercieron. Del análisis de los programas políticos de los principales partidos que compitieron en las elecciones de 2015 se desprende que la necesidad de encaminar acciones hacia la integración del sistema de salud no está entre las prioridades, tanto en el caso de la propuesta peronista, el Frente para la Victoria (FPV) como de la alianza de la Propuesta Republicana (PRO) y UCR (Cambiemos).

En el caso del FPV si bien declara que “considera a la salud como un derecho humano fundamental cuyo cumplimiento debe ser garantizado por el Estado de la forma más justa y equitativa para toda la población” en consonancia con los viejos postulados de Carrillo y el SNIS, luego de reivindicar las políticas puntuales desarrollada en los tres gobiernos desde el 2003, concluye:

nos comprometemos a seguir trabajando para poder lograr una cobertura de salud verdaderamente universal, que logre llegar a todos los rincones de nuestro país, con una lógica solidaria y efectiva, brindando servicios de salud de máxima calidad para todos y todas, continuando con una tradición de excelencia en materia de salud en la que la Argentina ha sido pionera (Frente para la Victoria, 2015)

En el caso de Cambiemos, la plataforma comienza por un diagnóstico en el que se plantea:

el sistema de salud está fragmentado administrativamente (descentralización provincial), segmentado por tipo de cobertura... y con

demasiados actores y fuentes de recursos. La falta de coordinación de los 24 ministerios de salud provinciales, igual número de obras sociales provinciales, unos 250 fondos de seguridad social, PAMI, 50 empresas de medicina prepaga y múltiples fondos municipales son una muestra clara de la desintegración del sistema.

Pero después de este ajustado diagnóstico definen:

cuatro líneas estratégicas simultáneas: a) ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales; b) fortalecer la rectoría y la gobernanza de las autoridades sanitarias; c) aumentar y mejorar el financiamiento con equidad y eficiencia; y d) fortalecer la coordinación multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud (Cambiemos, 2015).

El Frente Amplio Progresista conformado por el Partido Socialista, el Generación para un Encuentro Nacional (GEN), Libres del Sur y el Partido Socialista Auténtico, en su plataforma para las elecciones de 2015, propone al subsector público como base de un sistema integrado de salud. Plantea:

desde la autoridad sanitaria nacional se impulsará la constitución de un sistema integrado por los recursos públicos de todas las jurisdicciones, con base en la estrategia de atención primaria, con redes que integren el conjunto de servicios existentes por niveles y regiones (Frente Amplio Progresista, 2011).

Y más adelante, la “integración de las obras sociales provinciales y coordinación con PAMI y Programa Federal Incluir Salud (PROFE) para un programa prestacional común e incorporación de los efectores públicos a las redes prestacionales de los beneficiarios” (Frente Amplio Progresista, 2011).

La misma fuerza elaboró un proyecto de constitución de un Sistema Único de Salud (SUS), con características similares al sistema brasileño, que propone la integración de todos los servicios públicos y de obras sociales, constituyendo un fondo de financiamiento integra-

do. Establece la adhesión voluntaria de las provincias y municipios, aunque no define el mecanismo de incorporación de las obras sociales.

Otros espacios de elaboración y debate sobre políticas sanitarias

Existen en nuestro país diversas organizaciones privadas que funcionan como usinas de pensamiento sanitario (*think tanks*), las cuales generan publicaciones y documentos sobre la problemática del sistema de salud argentino y realizan investigaciones sobre el tema o actividades de difusión y esclarecimiento. Pueden destacarse la Fundación ISALUD, el Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC) y el Pacto Argentino por la Inclusión en Salud (PAIS).

La Fundación ISALUD, fundada y dirigida por el ex ministro de Salud de la Nación, González García, está dedicada desde la década de 1990 al estudio de la problemática sanitaria nacional. Respecto a la redefinición del sistema de salud, sostiene:

la solución es establecer claramente las prioridades y luego unificar lo fragmentado, consolidar un gran fondo solidario para el financiamiento, establecer un modelo de asignación de recursos a las entidades intermedias (obras sociales, prepagas y mutuales) que no estimule la especulación financiera sino la obtención de resultados sanitarios (González García y Tobar, 1997).

ISALUD propone la conformación del Fondo Solidario (FOSOL) (que integra aportes, contribuciones y rentas generales, tanto nacionales, provinciales como municipales) y, además, la recuperación de los costos de prestación por los servicios brindados a las aseguradoras privadas. Estas propuestas dotarían al sistema de una mayor capacidad de organización e integración. (Vilosio, J., 2016)

El Centro para la Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y Crecimiento (CIPPEC) comenzó en 2010 a trabajar en el

proyecto “Agenda Presidencial 2011-2015”, una iniciativa que buscaba elevar la calidad de las políticas públicas y el debate. Las propuestas para la futura o el futuro presidente, contenía entre otros los siguientes puntos:

- Promover la sanción de una ley nacional de salud.
- Fortalecer el COFESA y profundizar su rol como instancia principal de coordinación del sistema de salud.
- Crear una dirección nacional de redes asistenciales en el Ministerio de Salud de la Nación.
- Crear un seguro de cobertura de enfermedades catastróficas.

Para ello:

Con la colaboración de otras organizaciones y académicos, CIPPEC elaboró 15 Memos sobre temas de importancia nacional: educación, salud, protección social, seguridad social, política fiscal, política monetaria, integración global, transporte, energía, justicia, transparencia, seguridad, desarrollo sustentable, Jefatura de Gabinete, y procesos electorales. Estos documentos de 16 páginas sintetizan más de 50 recomendaciones clave de política pública, con sus costos fiscales y su viabilidad política, además de identificar los principales desafíos para el futuro gobierno, los grandes dilemas en cada área, y las políticas en curso o los logros recientes sobre los cuales seguir construyendo (Echt y Ezkenazi, 2013, pp. 6-7).

Durante la campaña electoral el Centro intentó realizar un debate con todos los candidatos, ocho en total, aunque solo lograron reunirse con tres de ellos.

En los últimos años, el CIPPEC ha seguido publicando aportes sobre el tema a través de trabajos de Federico Tobar, Sofía Olaviaga y Romina Solano y de Daniel Maceiras y Cintia Cejas, entre otros.

En septiembre de 2012 se conformó el Pacto Argentino por la Inclusión en Salud (PAIS), al que adhirieron importantes figuras del sector de salud, provenientes de variadas vertientes del sanitarismo nacional. En el documento titulado “Una propuesta para (re) organizar la cobertura y transformar la forma de construir salud en la Argentina” precisan que:

“La Argentina necesita superar la inequidad y desarticulación que hoy tiene su sistema de salud y avanzar hacia un sistema de atención sanitario integrado y equitativo, que ponga al ciudadano en primer lugar [...] La estructura política y administrativa federal del país condiciona al funcionamiento del sistema de salud, pero no lo condena a la atomización y a la anarquía donde “cada cual atiende su juego”. Otros países federales lograron construir la rectoría en salud e implantar mecanismos de consenso y concertación estables. Argentina también puede y debe hacerlo (PAIS, 2012).

Posteriormente reseñan cuatro ejes de propuestas concretas para transformar el modelo de atención y constituir un sistema de salud que promueva un federalismo apropiado para la Argentina:

- Eje 1. La salud es un derecho cuya satisfacción requiere de un protagonismo creciente del Estado.
- Eje 2. El sistema de salud debe garantizar el acceso a cuidados homogéneos de calidad a todos los habitantes del país.
- Eje 3. La asignación y distribución de los recursos al interior del sistema de salud debe garantizar el pleno desarrollo del modelo de atención definido.
- Eje 4. La transformación del sector tiene como condición fundamental lograr un sistema de salud más integrado, que respete la organización federal del país.

En este último eje proponen la conformación de Sistemas Integrados de Salud Provinciales y la compensación de desigualdades

con un piso de atención mediante fondos nacionales. Además, proponen configurar una nueva relación Nación-Provincias, que fortalezca la rectoría de la Nación y del COFESA como espacio principal de coordinación.

El rol de las universidades

Las universidades argentinas han generado desde sus orígenes espacios de investigación y elaboración sobre distintas temáticas relacionadas con las problemáticas de salud nacionales. En algunos casos se han conformado centros o institutos en los que se han reunido estudiosos y expertos que han producido documentos y publicaciones sobre aspectos sanitarios.

Entre las de mayor prestigio se encuentra la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires (ESPUBA) que se fundó en 1960, con la dirección de Abraham Sonis. En 1970 se fusionó con una institución similar que funcionaba en el Ministerio de Salud de la Nación y se integraron sanitaristas de prestigio como Carlos Canitrot, Jorge Mera y Aldo Neri. Este último era el director de la Escuela en 1974 cuando fue convocado por Liotta a través de Canitrot para integrar el equipo de elaboración del proyecto del SNIS.

La ESPUBA ha sido durante toda su historia un importante centro de estudios y formación y por ella han pasado los más importantes sanitaristas del país, entre ellos algunos ministros tanto del nivel nacional como de algunas provincias.

En la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) funciona el Centro Interdisciplinario Universitario para la Salud (INUS), creado por Resolución del Consejo Superior de la UNLP el 4 de agosto de 1998, que se plantea como objetivos

ser una institución referente en el sector salud a nivel nacional e internacional, en sus tres actividades: investigación, docencia y extensión; reconocida por la búsqueda de la equidad social y la

calidad, de puertas abiertas a la comunidad, a organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

El INUS, dirigido por el sanitarista José María Paganini, ha dedicado sus máximos esfuerzos al estudio del desarrollo de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) y a la evaluación de la calidad en salud a través de la Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica (CIDCAM).

En la década de 1970, en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, se fundó la Escuela de Salud Pública, que desarrolla una intensa tarea en capacitación de posgrado (maestrías y especializaciones). Allí funciona el Consejo de Investigación Científica en Salud Pública (CICESP), dirigido por el economista Roberto Tafani, que se propone como objetivos promover el desarrollo de diseños de investigación relacionados con la salud pública y vincular la investigación en salud pública con el quehacer en las políticas sanitarias.

Entre las nuevas universidades se destaca la Universidad Nacional de Lanús, en la que funciona el Instituto de Salud Colectiva, que desarrolla actividades de capacitación de posgrado, investigación y publicaciones en la línea de la Salud Colectiva, en estrechos lazos con la escuela sanitaria brasileña.

El Foro Argentino de Facultades y Escuelas de Medicina Públicas (FAFEMP) comenzó a funcionar en el año 2011, a partir de una propuesta de los ministerios de Salud y de Educación de la Nación; en él se agrupan diecisiete facultades y escuelas públicas de medicina. El FAFEMP tiene el propósito “de fortalecer los lazos académicos e institucionales, con la misión de coadyuvar en la generación de políticas en Salud en general y de educación médica en particular en todo el ámbito de la Nación”.

Si bien la formación de recursos humanos y la producción de conocimiento de nuestras universidades, en lo referente a la salud es significativa, en general no han sido suficientemente valoradas a la

hora de la definición y elaboración de políticas sanitarias en nuestro país. En este sentido, el SNIS fue una excepción, ya que en su artículo 4° establecía la posibilidad de adhesión voluntaria de las universidades al sistema y, en el artículo 5°, al establecer el Consejo Federal como órgano máximo de conducción política, reservaba un lugar en él para un representante de las universidades nacionales y la misma modalidad para los Consejos Provinciales.

Es deseable que en un futuro cercano, además de adquirir mayor protagonismo en los espacios de generación de políticas de salud, también se convoque a las universidades como actores activos del sector a espacios institucionales permanentes como el COFESA.

Condiciones necesarias para avanzar en un proceso de integración del sistema de salud argentino

En la medida que se logre la instalación en la agenda política de la necesidad y viabilidad de construcción de un sistema nacional integrado, debieran generarse algunas condiciones que permitieran progresar en ese sentido.

Una reforma constitucional en la que se estableciera taxativamente el derecho a la salud como precepto constitucional sería potenciadora de la decisión política, pero dada la complejidad que implicaría esta alternativa, no debiera considerársela dentro de los prerequisites. Sin embargo, permitiría definir nuevas reglas de juego tendientes a la implementación de un régimen federal en el que las provincias no se encuentren abandonadas a sus posibilidades y existan mecanismos definidos constitucionalmente por los cuales el Estado nacional nivele las inequidades debidas a las diferencias de desarrollo económico de cada una de ellas.

Otras condiciones que favorecerían el proceso de integración son:

- 1) La existencia de una fuerte voluntad política del Estado nacional respecto a la implementación de una política de

salud y en la cual ejerza un fuerte rol en la integración de los tres subsectores que conforman el sistema sanitario nacional. Es fundamental, en este sentido, la asunción por parte del Estado del rol de garante de equidad entre los tres subsectores, en relación con las provincias y respecto a todos los grupos vulnerables. Hay ejemplos sobre la trascendencia y la potencialidad de esta decisión en los casos de otros países de la región que la adoptaron y la sostuvieron en el tiempo. Pueden citarse al respecto los avances de Brasil con el SUS, Uruguay con su SNIS o el Seguro de Salud de Costa Rica, con un fuerte rol del Estado en su conducción y financiamiento.

- 2) Como aconteció en 1974, ésta firme voluntad debe expresarse en estrategias tendientes a lograr la convergencia de distintos sectores políticos con ideas afines a la integración para generar una política sanitaria que se convierta en política de Estado. Para ello también es indispensable la convergencia de los distintos sectores corporativos en el entendimiento de que la persistencia del modelo fragmentado perjudica en mayor o menor medida a todos. Entre estos actores es crucial el rol de los trabajadores del sector salud, muchas veces presos de reivindicaciones sectoriales que no siempre representan sus verdaderas necesidades. Un ejemplo de la importancia de la convergencia de los actores sectoriales en la instalación en la agenda política de la necesidad de creación de un sistema de salud nacional es el del Movimiento Sanitario en Brasil, organizado en la década de 1970 y que tuvo un rol central en la inclusión del derecho a la salud en Constitución Federal de 1988 y en la posterior creación del SUS.
- 3) Un texto legal, consensuado con los distintos actores del sector y otros del quehacer nacional y aprobado por una amplia mayoría parlamentaria, sería una condición

favorecedora, aunque no ineludible, para propiciar los primeros pasos hacia la integración. Es real que las leyes en sí mismas no son la solución para problemas tan complejos y con tanta carga de desavenencias históricas, pero el poder arribar a la síntesis de un proyecto posible sería menos un objetivo que un punto de partida para un difícil derrotero de integración. Hay quienes discuten la necesidad de la existencia de un marco legal como indispensable para avanzar hacia la integración, pero sería congruente pensar que en un sistema tan fragmentado y desigual entre los distintos subsectores, y aún dentro de cada uno de ellos, la existencia de una ley que contara con un amplio consenso y reservara para el Estado un claro rol de rectoría, posibilitaría un tránsito algo más despejado hacia el objetivo deseado.

- 4) En relación al modelo a adoptar para la integración, puede decirse que los antecedentes nacionales, especialmente la política sanitaria de Carrillo, la implementación de la ley Liotta en la década de 1970 (más limitadamente debido a su breve desarrollo), algunas experiencias nacionales como la de la provincia de Neuquén y otras latinoamericanas como la del SUS brasileño, o más recientemente el SNIS de Uruguay, conducen a la conclusión de que la implementación de un sistema de estas características sería adecuado para superar la fragmentación de nuestro sistema sanitario.

La alternativa de los sistemas de aseguramiento (de las cuales la versión más reciente es la CUS), anunciada durante el año 2016 por el gobierno de Macri, aparece como una propuesta orientada en el mismo sentido, es decir de superación de la fragmentación, aunque presenta sin embargo diferencias sustanciales con el SNIS. Si bien las dos propuestas apuntan a la integración, tienen entre sí diferencias que las transforman en cuasi antitéticas:

- La noción de cobertura del seguro se contrapone a la de derecho del Sistema Nacional.
- Estratificación de la calidad con distintos paquetes de servicios de los seguros con la atención integral e igualitaria que proponen los sistemas nacionales.
- Protagonismo central del Estado en oposición a la prestación de servicios tercerizada.
- Visión de salud individual y asistencialista contrapuesta a un enfoque comunitario y de promoción y prevención.

En suma, representan dos visiones contrapuestas del rol del Estado en la organización del sector salud y como garante del ejercicio del derecho a la salud para todos los ciudadanos.

Róvere relata que sanitaristas como Neri en realidad comparten el mismo objetivo por caminos diferentes, o sea que en realidad “creen en la República Argentina el camino para universalizar el acceso a la salud es a través de un seguro nacional de salud”. En cambio, otros, entre los que se cuenta él mismo, creen en el modelo de sistema nacional de salud:

ésta discusión no es una discusión doméstica, que es hoy un debate mundial donde incluso los bancos y los intereses privados del complejo médico industrial han descubierto la cobertura universal como un mecanismo según el cual el rol del estado sería garantizar el derecho a la salud por la vía de garantizar el financiamiento, y si el estado dejara de prestar servicios no importaría porque estaría garantizando por la vía del seguro (Gollán et al., 2015).

Es que este problema va íntimamente ligado al rol de Estado como garante del acceso al derecho a la salud, es decir que el seguro como lo conciben Neri y otros está más relacionado con el sistema del estado de bienestar europeo y en muchos casos aparece ligado a una visión de la salud más cercana a las concepciones pro mercado.

Los resultados de distintas modalidades del aseguramiento universal en América Latina demuestran que no se han alcanzado los resultados previstos. La cobertura no es universal y tampoco el acceso oportuno a los servicios requeridos. Sigue habiendo inequidad en el acceso según sus características y el paquete de servicios brindados. Continúan existiendo barreras económicas, territoriales y burocráticas, y una parte importante de los presupuestos de salud se han canalizado al sector privado.

En cuanto a las condiciones que podrían facilitar el proceso de construcción de un SNIS en la Argentina:

- Sería conveniente comenzar el proceso de integración por las estructuras que dependen del gobierno nacional o aquellas sobre las que tiene cierta influencia o control por ejemplo el COFESA, la Superintendencia de Servicios de Salud, el Fondo Solidario de Redistribución, las obras sociales nacionales como el INSSJYP (PAMI) y los hospitales SAMIC, entre otras.
- En consonancia con lo anterior, debiera fortalecerse la capacidad de gestión de las provincias, estableciendo como propone Arce: “la descentralización del PAMI, ya que los servicios que asisten a sus beneficiarios se encuentran bajo esas jurisdicciones” (Arce, 2010).
- En el caso de las provincias, si bien su adhesión debe ser voluntaria, lo deseable es que el Estado nacional la estimule a través de distintas medidas para que la misma se cristalice en el mayor número de provincias posible, idealmente en todas. En la mayoría de las provincias argentinas la integración del sistema público provincial, la obra social provincial y el PAMI engloban un porcentaje de usuarios y recursos que suele superar el 50%, lo cual se constituiría en un gran facilitador de la integración.

- Respecto la inclusión de las obras sociales sindicales, el punto considerado más conflictivo en todas las circunstancias en que se intentó implementar sistemas integrados debiera abordarse tomando en cuenta la historia, el sentido de pertenencia e identidad de los trabajadores y aún los prejuicios y temores existentes sobre el rol y las intenciones del Estado (el gobierno de turno) respecto a la integración de las obras sociales, en especial en lo referente a los cuantiosos fondos involucrados (la caja). Sin embargo, la explicitación y el análisis de la profunda inequidad existente entre las obras sociales sindicales, así como la profundización y mejora del funcionamiento del Fondo Solidario de Redistribución podrían resultar un argumento convincente para muchas obras sociales, en el sentido de las bondades del proceso de integración.

Capítulo 7

Conclusiones

Jorge Abelardo Ramos, aquel desbordante historiador de la década de 1970 que convocó a “votar a Perón desde la izquierda” y así obtuvo casi un millón de votos, afirmaba que discutir sobre historia en la Argentina tenía sentido porque el país tenía, y todavía tiene, una puja irresuelta entre dos proyectos enfrentados y antagónicos.

Muchos países, Estados Unidos es el ejemplo aportado por Ramos, han saldado las principales pujas de su historia. En el caso de la nación del norte, a mediados del siglo XIX tuvo un sangriento y prolongado enfrentamiento, de resultados del cual un bando, el norte, se impuso militarmente sobre el otro, el sur, zanjando drásticamente el conflicto y la discusión política.

En Argentina esto no ha sucedido. Durante distintos momentos de nuestra historia hemos asistido a períodos conducidos por gobiernos populares en los que se avanzó en un modelo inclusivo, de desarrollo industrial integrado y de política exterior soberana, para luego dar paso a gobiernos que impusieron visiones favorables a la libertad del mercado, con retroceso en los derechos ciudadanos y política exterior sujeta a los centros de poder mundial.

En el caso de la salud pública, la situación no es diferente: existieron momentos en los cuales gobiernos de base popular intentaron construir los cimientos de un sistema nacional de salud integrado, con accesibilidad, sin barreras y para todos los argentinos, más allá de su situación laboral o capacidad económica. Desgraciadamente a estos períodos sucedieron otros, bajo dictaduras militares o gobiernos elegidos por la voluntad popular que aplicaron políticas sanitarias que profundizaron la fragmentación y la inequidad del sistema.

Siguen persistiendo en nuestro país situaciones que hacen ineludible una profunda discusión sobre el modelo de sistema de salud que necesita nuestro pueblo y sobre la manera de llevar a cabo esta tarea. Ya señaladas en este trabajo, resulta sin embargo necesario señalarlas pese a la redundante reiteración:

- Argentina sigue teniendo hoy un sistema fragmentado, con grandes barreras de accesibilidad y por esa razón altamente inequitativo e ilusoriamente universal.
- Existen importantes diferencias de acceso, cobertura y calidad de acuerdo con los ingresos y el lugar de residencia de los ciudadanos.
- Los resultados sanitarios del sistema no están acordes con el gasto en salud, en comparación con otros países de la región y sigue persistiendo un importante gasto de bolsillo que recae sobre los ciudadanos.
- El sistema de salud está imbuido de una concepción biológica y curativa que no aborda la complejidad de la problemática sanitaria y requiere de su abordaje interdisciplinario.
- Tanto los usuarios como los trabajadores del sistema expresan una profunda insatisfacción sobre su experiencia asistencial o laboral.

Por esta razón mientras en la Argentina no exista un sistema de salud que responda a las expectativas y necesidades de nuestro pueblo, sigue siendo válido recurrir a nuestra memoria para recuperar los hechos que jalonaron nuestra historia sanitaria, no como una simple tarea de reminiscencia, sino como iluminación para el abordaje de la realidad presente.

Mi propuesta no es visualizar la historia como un mero rescate del pasado, sino a la par, como un insumo para el abordaje de las soluciones para nuestro futuro, ya que la profundización del conoci-

miento de las experiencias de integración del sistema de salud frustradas, en general por acciones e intereses ajenos a la decisión popular, como la política implementada por Ramón Carrillo durante los primeros gobiernos peronistas y las leyes de creación del SNIS y la Carrera Sanitaria Nacional de 1974 y en cierto sentido la creación del Seguro Nacional de Salud por el gobierno radical de Raúl Alfonsín, es un bagaje indispensable para acometer la tarea de superar la fragmentación como enfermedad crónica de nuestro sistema sanitario.

Frente a estas experiencias del pasado, algunos hablan de “oportunidades perdidas” (Vilosio, 2016). Sin embargo, una consideración más positiva demuestra que, en la medida en que se generaron determinadas condiciones, que hubo convergencia de actores que resignaron algunas posiciones corporativas y que el Estado Nacional asumió un rol central, fue posible transitar propuestas que, si luego se truncaron, no fue por un fracaso intrínseco a ellas mismas, sino por la intervención de factores ajenos a la vida democrática que las interrumpieron.

Es decir que, de volver a converger esas voluntades y logrando instalar en la agenda pública la necesidad de integración del sistema de salud, sería posible avanzar en la dirección que otros, en contextos tan difíciles como el actual, lograron transitar con resultados positivos transitorios. De manera realista, con la cautela de comenzar a resolver las situaciones en las que pueden irse generando consensos, para luego abordar con las fortaleza de los logros, acometer sobre los objetivos más arduos.

Parafraseando a Jorge Abelardo Ramos, nuestra historia irresuelta en salud solo logrará saldarse enfrentando la tarea pendiente de construir un sistema nacional de salud con cobertura universal, mayores niveles de equidad y que se exprese en la satisfacción y un mayor nivel de salud de nuestros ciudadanos.

Pero el abordaje de este desafío solo es posible en la medida que asumamos como requisito ineludible que esta es una tarea de cons-

trucción colectiva, en la cual los actores sectoriales debemos dejar de lado desencuentros históricos en aras de un proyecto compartido, como lo hicieron los protagonistas de 1974, en un momento histórico del país de profundo conflicto y dramatismo.

Siglas y abreviaturas

ADEMP – Asociación de Entidades de Medicina Privada

AFIP – Administración Federal de Ingresos Públicos

ANLIS - Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud

AMM – Asociación de Médicos Municipales

AMSA – Asistencia Médica Social Argentina

ANMAT - Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

ANSSAL - Administración Nacional del Seguro de Salud

APE - Administración de Programas Especiales

APS – Atención Primaria de la Salud

ATE – Asociación de Trabajadores del Estado

AUH – Asignación Universal por Hijo

BID – Banco Interamericano de Desarrollo

CAL – Comisión de Asesoramiento Legislativo

CAPS – Centros de Atención Primaria de la Salud

CGE – Confederación General Económica

CGP – Confederación General de Profesionales

CGT – Confederación General del Trabajo

CGTA – Confederación General del Trabajo de los Argentinos

- CCSS – Caja Costarricense de Seguro Social
- CEBES – Centro Brasileño de Estudios de Salud
- CEN – Centros de Educación y Nutrición
- CEPAL – Comisión Económica para América Latina y el Caribe
- CFI - Consejo Federal de Inversiones
- CIASP – Centro de Investigación y Adiestramiento en Salud Pública
- CICESP - Consejo de Investigación Científica en Salud Pública
- CICO – Comisión Interhospitalaria del Conurbano
- CICOP – Comisión Interhospitalaria del Conurbano Provincial
- CIDCAM - Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la
Calidad de la Atención Médica
- CIMARA – Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la
República Argentina
- CINAI - Centros Infantiles de Nutrición y Alimentación Integral
- CIPPEC - Centro de Implementación de Políticas Públicas para la
Equidad y el Crecimiento
- COFEBISO - Consejo Federal de Bienestar Social
- COFELESA - Consejo Federal Legislativo de Salud
- COFESA – Consejo Federal de Salud
- COMRA – Confederación Médica de la República Argentina
- CONFELISA – Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y
Hospitales
- COPACO – Comités de Participación Comunitaria
- CTA – Central de Trabajadores de la Argentina

- CTP – Comando Tecnológico Peronista
- CTSM o TSM– Coordinadora de Trabajadores en Salud Mental
- CUS – Cobertura Universal de Salud
- DGAPSF - Dirección General de Asistencia y Previsión Social para Ferroviarios
- DNH – Departamento Nacional de Higiene
- DNSPAS - Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social.
Luego DNSP
- DNU – Decreto de Necesidad y Urgencia
- EBAIS – Equipos Básicos de Atención Integral de Salud
- EMP - Empresas de Medicina Prepaga
- EPS – Empresas Promotoras de Salud
- ESPUBA – Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires
- FESPROSA – Federación Sindical de Profesionales de la Salud de la República Argentina
- FEMECA – Federación Médica de Capital
- FEMEBA – Federación Médica de Buenos Aires
- FORJA – Fuerza de Orientación Radical de la Joven Argentina
- FAFEMP - Foro Argentino de Facultades y Escuelas de Medicina Públicas
- FOSYGA – Fondo de Solidaridad y Garantía
- FPV – Frente para la Victoria
- FREJULI – Frente Justicialista de Liberación

FOSOL – Fondo Solidario

FSR – Fondo Solidario de Redistribución

FUBA – Federación Universitaria de Buenos Aires

FSR – Fondo Solidario de Redistribución

GEN – Generación para un Encuentro Nacional

IAFA - Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia

INCUCAI - Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante

INOS – Instituto Nacional de Obras Sociales

INS – Instituto Nacional de Seguros

INSP – Instituto Nacional de Previsión Social

INSSJYP -Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

INUS – Centro Interdisciplinario Universitario para la Salud

IOMA – Instituto de Obra Médico Asistencial

IPS – Instituciones Prestadoras de Servicios

NHS – National Health Service

MPN – Movimiento Popular Neuquino

MPJ – Movimiento Popular Jujeño

OEA – Organización de Estados Americanos

OMS – Organización Mundial de la Salud

ONU – Organización de las Naciones Unidas

OPS – Organización Panamericana de la Salud

OS – Obras Sociales

PAIS - Pacto Argentino por la Inclusión en Salud

PAMI - Programa de Atención Médico Integral

PCB – Partido Comunista Brasileño

PDTS – Proyectos de Desarrollo Tecnológico y Social

PMO – Programa Médico Obligatorio

PNUD - Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

POS – Plan Obligatorio de Salud

PRO – Propuesta Republicana

PROAPS – Programa de Atención Primaria de la Salud

PROFE – Programa Federal Incluir Salud

PT – Partido de los Trabajadores

RC – Régimen Contributivo

RISS - Redes Integradas de Servicios de Salud

RS – Régimen subsidiado

SAMIC – Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad

SAMS – Sistema de Atención Médica Suplementaria

SGSSS – Sistema General de Seguridad Social en Salud

SILOS – Sistemas Locales de Salud

SNIS – Sistema Nacional Integrado de Salud

SNS – Sistema Nacional de Salud / Tb. Servicio Nacional de Salud

SNSS – Sistema Nacional de Seguro de Salud

SSP – Secretaría de Salud Pública
SSS – Superintendencia de Servicios de Salud
STP – Secretaría de Trabajo y Previsión
SUNS – Sistema Único Nacional de Salud
SUS – Sistema Único de Salud
SUTERH - Sindicato único de Trabajadores de Edificios de Renta y Horizontal
UBA – Universidad de Buenos Aires
UCR – Unión Cívica Radical
UMA – Unión Médica Argentina
UNLP – Universidad Nacional de La Plata
UOM – Unión Obrera Metalúrgica
UPCN – Unión del Personal Civil de la Nación
USA – Unión Sindical Argentina
UTA – Unión Tranviarios Automotor

Entrevistas

Mario Testa, 15 de junio de 2015

Ramón Fonzalida

Ginés González García, 6 de julio de 2015

Daniel Gollán, 8 de octubre de 2015

Domingo Liotta, 10 de agosto de 2014

Hugo Mercer, 3 de noviembre de 2014

Aldo Neri, 22 de febrero de 2015

Mario Róvere, 8 de agosto de 2015

Bibliografía

- ACNUR (2001). *Declaración Universal de los Derechos Humanos, diciembre de 1948*. Ginebra.
- Acuña, C. H. y Chudnovsky, M. (2002). El Sistema de Salud en la Argentina. Centro de *Estudios para el Desarrollo Institucional*. Documento N° 60.
- Agudelo Calderón, C. A., Cardona Botero, J., Ortega Bolaños, J. y Robledo Martínez, R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 16(6), pp. 2817-2828.
- Almeida, C. y Belmartino, S. (2001). Investigación en Sistemas y Servicios de Salud. *Red de Investigaciones del Cono Sur*.
- Alzugaray, R. A. (2008). *Ramón Carrillo, el fundador del sanitarismo nacional*. Buenos Aires: Colihue.
- Arce, H. (2010). *El sistema de salud: de dónde viene y hacia dónde va*. Buenos Aires: Prometeo Libros
- (2012). Organización y financiamiento del sistema de salud en la Argentina. *Medicina*, 72(5), pp. 414-418.
- (2013). Evolución histórica del Sistema de Salud argentino a lo largo del Siglo XX. Rasgos, tendencias e influencias en los planos internacional, nacional y hospitalario [Tesis de doctorado]. IUCS - Fundación H. A. Barceló
- Armus, D. y Belmartino, S. (2001). Enfermedades, médicos y cultura higiénica. En Cataruzza, Alejandro (Dir.), *Crisis económica, avance del Estado e incertidumbre política (1930-1943)* (Col. Nueva Historia Argentina). Buenos Aires: Sudamericana.

- Agudelo Calderón, C. A., Cardona Botero, J., Ortega Bolaños, J. y Robledo Martínez, R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 16(6), pp. 2817-2828.
- Barletta, A. M. y Cernadas, J. (2006). Argentina 1973-1976: de la democracia integrada al terrorismo de estado. *Matériaux pour l'histoire de notre temps*, 81.
- Báscolo, E. y Blejer, G. (2016). *Sistema Integrado de Salud en Argentina*. Capacita Salud: Buenos Aires.
- Báscolo, E. y Vasallo, C. (2001). De la fragmentación a la integración del sector salud: una propuesta para universalizar la salud desde una estrategia federalista. SIEMPRO. Serie Documentos de Trabajo. Buenos Aires.
- Becerril-Montekio, V., Medina, G. y Aquino, R. (2011). Sistema de salud de Brasil. *Salud Pública de México*, 53(2), pp. 120-131.
- Belmartino, S. (s.f.). Hacia un enfoque histórico de la constitución de actores sociales y políticos: La profesión médica en Argentina a lo largo del siglo XX. PEHESA, Instituto Ravignani, UBA y CEHP, Escuela de Política y Gobierno, UNSAM.
- (1995). Transformaciones internas al sector salud: la ruptura del pacto corporativo". *Desarrollo Económico* 35(137), pp. 83-103.
- (1996). Servicios de salud, solidaridad y mercado. *Estudios Sociales*. VI(10), pp. 53-74.
- (2005a). *La atención médica en el siglo XX*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- (2005b). La salud pública bajo la regulación del poder corporativo. En *Nueva Historia Argentina* (Tomo 10) (pp. 283-330). Buenos Aires: Sudamericana.

- (2009). Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos. 5° Foro del Bicentenario. Políticas de Salud Pública en el siglo XX. Secretaría de Cultura de la Nación
- Belmartino, S. y Bloch, C. (1982). Políticas estatales y Seguridad Social en Argentina. *Cuadernos Médico Sociales*, 22.
- (1994). El sector salud en Argentina: actores, conflictos de intereses y modelos organizativos, 1960-1985. Buenos Aires: Representación OPS/OMS Argentina, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana Regional de la Organización Mundial de la Salud.
- Bello, J. (1983). Política de salud 1976/81. Aporte para la evaluación de un proceso. *Cuadernos Médico Sociales*, 23.
- Belló, M. y Becerril-Montekio, V. M. (2011). Sistema de Salud Argentino. *Salud Pública de México*, 53(2).
- Bidart Campos, G. J. (2004) El artículo 75, inciso 22 de la Constitución Nacional. En Abregú, M. y Courtis, Ch. *La aplicación de los tratados sobre derechos humanos por los tribunales locales*. Buenos Aires: CELS- Editores del Puerto.
- Biernat, C. (2016). Continuidades y rupturas en el proceso de centralización de la administración sanitaria argentina (1880-1945). *Trabajos y Comunicaciones*, 2da. Época, 44.
- Buzzi, A. y Pégola, F. (2009). Favaloro y Liotta, pioneros de la cirugía cardiovascular Argentina. *Revista Argentina de Cirugía Cardiovascular*, VII (3), pp. 196-199.
- Cámara de Senadores de la Nación (24 y 25 de abril de 1974). Diario de sesiones. Reunión 71°.
- Camarero, H. (2000). Reflexiones históricas sobre el peronismo, 1945-1955. *Herramienta*, 14.

- Cambiemos (2015). Plataforma electoral, <https://ucr.org.ar/lo-que-somos/plataforma-cambiemos>
- Carnota, W.F. (2011). El derecho a la salud en el constitucionalismo provincial argentino. *Revista Jurídica*, 15, 418-442.
- Carrillo, R. (1974). *Contribuciones al conocimiento sanitario*. Buenos Aires: Eudeba.
- (2012). *Teoría del Hospital*. Buenos Aires: Biblioteca Nacional. [1ª ed.: 1951]
- (2018). *Política sanitaria argentina*. Remedios de Escalada: UNLA [1ª ed.: 1949]
- Casullo, F. (2014). Lo saludable de tener a mano un intelectual en el Estado: Antonio Del Vas y el Plan de Salud Neuquino. Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Cerdá, J. M. (2015). Política social y salud. En C. Biernat, J. M. Cerdá y K.I. Ramacciotti. *La salud pública y la enfermería en la Argentina*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes.
- Cetrángolo, O. (2014). Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. *Revista de Economía Política de Buenos Aires*, 8(13).
- (9 de agosto de 2016). ¿Reparación histórica para evitar paros o dar cobertura universal de salud? *Alquimias Económicas*. <https://alquimiaseconomicas.com/2016/08/09>
- Echt, L. y Eskenazi, A. (2013). Promover un foro nacional de políticas: CIPPEC y el proyecto “Agenda Presidencial 2011-2015”. Buenos Aires: CIPPEC.
- COFESA. (2008). IV Reunión Ordinaria del Consejo Federal de Salud. Acta 04/08. Buenos Aires: COFESA.
- CONFELISA (s.f.). Historia.

<https://www.confeclicsa.com.ar/index.php/institucional/historia>

Cohn, A. (2008). La reforma sanitaria brasileña: la victoria sobre el modelo neoliberal. *Medicina Social*, 3(2).

Consejo Tecnológico del Movimiento Nacional Justicialista (mayo de 1973). Bases para un programa peronista de acción de gobierno N° 2. Salud.

CTSM (enero de 1974). Sobre la Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud. *Los libros*, 34.

Decreto N° 908/2016.

Decreto N° 3282/75. Boletín oficial.

Diario *Clarín* (3 de julio de 2016). Domingo Liotta: el médico de Perón y su recuerdo de López Rega.

De Fazio, F. L. (2013). Relaciones entre el Estado y los sindicatos y sus consecuencias en torno al régimen de obras sociales en Argentina: un análisis histórico-político. *Salud Colectiva* 9(3), pp. 301-315.

De Souza, R. R. (11-14 de agosto de 2002). El sistema público de salud brasileño. Seminario Internacional sobre Tendencias y Desafíos de los Sistemas de Salud en las Américas San Pablo, Brasil.

Diario *La Nación*, 20 de abril de 1974.

Diario *La Nación*, 2 de agosto de 1974.

Díaz Muñoz, A.R., Levcovich, M., Lima Quintana, L. y Ramos, S. (1994). *Sistemas de Salud en Proceso de Reforma*. Buenos Aires: OPS/OMS.

Dirección de Información Parlamentaria. *Plan Sintético de Salud Pública 1952-1958*.

Duré, I. (Coord.) (2009) Políticas de salud. La carrera sanitaria en Argentina. Observatorio de Políticas Públicas.

- Escudero, J. C. y Moyano, G. (2005). La salud en la Argentina: ¿En manos de quién? En *Derecho a la Salud. Situación en países de América Latina*. México, ALAMES.
- Falappa, F. (s/f.). Política social y proceso político en el peronismo clásico, 1943-1955.
- Faraone, S. (2007). Las marcas de la dictadura militar en el sector salud. A treinta años del golpe: la lucha por la recuperación del derecho a la salud colectiva. En: Amarante, P. (2007). *Subjetivaciones. Clínica. Insurgencias. 30 años de salud mental*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Fracchia, E. y López Amorós, M. (2016). El sistema de salud en Argentina: situación actual y desafíos. Documento de trabajo.
- Frenk, J. (2015). Señalando el camino hacia la cobertura universal de salud: un llamado a la acción. *MEDICC Review*, 17 (1).
- Frente Amplio Progresista (2011). Programa de gobierno 2011-2015. https://www.comunicacionyseguridad.com/wp-content/uploads/2017/10/programa-de-gobierno-frente-amplio-progresista-2011-2015_11-1.pdf
- Frente para la Victoria (2015). Plataforma electoral, <https://www.comunicacionyseguridad.com/wp-content/uploads/2016/10/1917-1-Plataforma-Electoral-Nacional-2015-FpV.pdf>
- Fresneda Bautista, O. (2003). La Focalización en el Régimen Subsidiado de Salud: Elementos para un Balance. *Revista de Salud Pública*, 5(3), pp. 209-245.
- Garay, O.E. (2017a). Marco regulatorio de la medicina prepaga. En: Diccionario Enciclopédico de Legislación Sanitaria (DELS), <https://salud.gob.ar/dels/entradas/marco-regulatorio-de-la-medicina-prepaga>

- (2017b). Obras sociales: Antecedentes. En Diccionario Enciclopédico de Legislación Sanitaria (DELS), <https://salud.gob.ar/dels/entradas/obras-sociales-antecedentes>
- Garay, O. E. y Baggini, O. (2010). Legislación sanitaria argentina basada en la evidencia científica. *Revista Panamericana de la Salud Pública*.
- García, A. E. (2007). El plan de salud en la provincia de Neuquén. XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Guadalajara, México.
- García, J. C. (2007). Juan César García entrevista a Juan César García. *Medicina Social*, 2(3).
- García, V. E. (2009). *Asociación Sindical de Profesionales de la Salud (CICOP): una aproximación a su memoria histórica*. [Tesis de Maestría]. UNLA. <https://cicop.org.ar/documentos/GARCIIV-TesisII.pdf>
- García de Verón, M. E. (1995). El cabildo de Córdoba ante el Protoprimario de Buenos Aires. En Escuela Libre de Derecho, Universidad Nacional Autónoma de México. *Memoria del X Congreso Internacional de Derecho Indiano*. México.
- Gollán, D. et al. (2015) *¿Qué hacer en salud?* Buenos Aires: Colihue.
- González García, G. (2015). Entrevista personal.
- González García, G y Tobar, F. (1997). *Más salud por el mismo dinero*. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano - Ediciones Isalud.
- Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V., Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud Pública de México*, 53(2), pp. 144-155.
- Haro, R. (2003). Los derechos humanos y los tratados que los contienen en el derecho constitucional y la jurisprudencia argen-

- tinós. *Ius et Praxis*, 9(1). <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-00122003000100006>.
- Hernández, A. M. (2003). *Reflexiones constitucionales sobre el derecho a la salud*. Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales de Córdoba
- Hobsbawm, E. (1997). *La era de la Revolución, 1789-1848*, Buenos Aires: Crítica.
- Hurtado, J. (2007). Argentina: Medicina Prepaga. <http://coopsalud.blogspot.com/2007/04/argentina-medicina-prepaga.html>
- Ierace, V. (2013). El Sistema Nacional Integrado de Salud, hacia una revalorización. *Revista Epidemiología y Salud*, 1, pp. 31-34.
- Isuani, E. y Mercer, H. (1988). *La fragmentación institucional del sector salud: ¿pluralismo o irracionalidad?* Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Katz, I. (2004). *Argentina hospital. El rostro oscuro de la salud*. Buenos Aires, Edhasa
- Katz, J. y Muñoz, A. (1988). *Organización del Sector Salud: Pujas Distributiva y Equidad*. Centro Editor de América Latina. Buenos Aires: CEPAL.
- Laurell, A. C. (abril de 2011). Acceso Universal. Sistemas únicos versus aseguramiento. Seminario ALAMES, La Paz, Bolivia.
- Leone, F. (2011). Obras sociales en Argentina. Un sintético relato histórico. *Voces en el Fénix*, 2(7).
- (2012). Sistemas Universales de Salud: Retos y Desafíos. ISAGS-UNASUR.
- Ley N° 20748 (23 de septiembre de 1974). Sistema Nacional Integrado de Salud - Creación. Boletín Oficial.

Ley N° 20749 (23 de septiembre de 1974). Carrera Sanitaria Nacional. Boletín Oficial.

Ley N° 22373/81

Ley N° 23660/88

Liotta, D. (1973). Bases para un proyecto de Reforma Sanitaria Nacional. Buenos Aires.

----- (2007). Israel. La Reconfortante Melancolía del Pasado. *UM Tesouro, I(2)*.

----- (2016). Entrevista personal.

Lima Quintana, L., Levcovich, M. y Díaz Muñoz, A. R. (2012). Las reformas de los sistemas de salud del Reino Unido, Estados Unidos y Países Bajos de la década del '90 al siglo XXI., 1a ed. Buenos Aires: Fundación Sanatorio Güemes.

López, S. (2005). Sistemas de salud comparados. La Plata: Facultad de Trabajo Social –UNLP.

----- (2006). El Sistema de Salud Argentino. La Plata: UNLP.

López Marsano, Charo (2016). *Ramón Carrillo, el “negro”*. Primer Ministro de Salud pública de la Argentina. Universidad Nacional Arturo Jauretche

Maceira, D. y Cejas, C. (julio de 2010). Recursos humanos en salud: una agenda para el gobierno nacional. Documento de Políticas Públicas/Recomendación N° 82. Buenos Aires: CIPPEC.

Maceira, D. y Cicconi, V. (2003). *Obras Sociales Nacionales. Financiamiento y Equidad*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

Maceira, D., Cejas, C. y Olaviaga, S. (2010). Coordinación e integración: el desafío del sistema de salud argentino. Documento de Trabajo N° 49, CIPPEC. Buenos Aires.

- Maceira, D. (2009). Inequidad en el acceso a la salud en la Argentina. Documento de Políticas Públicas N° 52, CIPPEC. Buenos Aires.
- (2012). Cuadrantes de Análisis de los Sistemas de Salud de América Latina. <https://www.danielmaceira.com.ar/wp-content/uploads/2014/07/Maceira-Unicef-LAC.pdf>
- Mafort Ouverney, A. y Fleury, S. (2005). El Proceso de Reformas del Seguro Social de la Enfermedad de Alemania durante la Década del '90. Avances e Impasses. *Salud Colectiva*, 1(2), pp. 173-194.
- Marracino, C. (1999). Modalidades, modelos y sistemas de la Atención Médica. Programa de Educación a distancia "Nuevas formas de organización de la salud". Medicina y Sociedad-Instituto Universitario CEMIC-Fundación Avedis Donabedian. Buenos Aires.
- Medina, A. y Narodowski, P. (2015). *Estado, integración y salud. La gestión en red de un hospital público*. Ediciones Imago Mundi
- Medina, A. (2017). El sistema de Salud en cuestión ante la cercanía de las urnas. *Mestiza*. <https://revistamestiza.unaj.edu.ar/el-sistema-de-salud-en-cuestion-ante-la-cercania-de-las-urnas/>
- Mera, J. A. (2014). Encrucijadas en el futuro del sistema de salud. Buenos Aires: *Medicina y Sociedad*.
- Mera, J. A. y Bello, J. N. (2003). *Organización y financiamiento de los servicios de salud en Argentina: una introducción*, 1ª ed. Buenos Aires: OPS.
- Mignone, J. (1990). Dr. Ramón Carrillo. Planificación en Salud: un antecedente. *Salud y Sociedad*, 23.
- Ministerio de Salud de la Nación (2014). Documento Técnico N° 5.
- Minsky, R. C. y Pascucci, M. C. (mayo de 2009). *Entes multijurisdiccionales ¿un modelo para armar?* 5° Congreso Argentino de Administración Pública. San Juan, Argentina.

- Neri, A. (2016). Entrevista personal.
- Nirenberg, O., Brawerman, J. y Ruiz, V. (2005). *Evaluar para la transformación. Innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales*. Buenos Aires: Paidós.
- Novick, S. (2000). *La salud en los Planes Nacionales de Desarrollo. Argentina 1946-1989*. Buenos Aires: Editorial Dunken.
- OMS (2000). Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra.
- (2010). Boletín de la Organización Mundial de la Salud, 88, pp. 642-716.
- OMS/OPS (2007). Salud en las Américas. Washington.
- (29 de septiembre-3 de octubre de 2014). 53° Consejo Directivo. 66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Estrategia para el acceso universal a la salud y la Cobertura Universal de Salud. Washington.
- OMS/ONU/ACNUR (2008). El derecho a la salud. *Folleto Informativo*, 31, p. 3.
- OPS (2005). Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud (Declaración de Montevideo). Washington.
- (2008a). Esquemas de protección social para la población materna, neonatal e infantil: lecciones aprendidas de la Región de América Latina. Washington.
- (2008b). Sistemas Integrados de Salud. Área de Sistemas y Servicios de Salud. Washington.
- (2009a). Perfil de los sistemas de salud. Colombia. Washington.
- (2009b). Perfil de los sistemas de salud. Costa Rica. Washington.

- (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. Washington.
- Pacto Argentino por la Inclusión en Salud (PAIS) (2012). *Una propuesta para (re) organizar la cobertura y transformar la forma de construir salud en la Argentina*. Buenos Aires.
- Palacio, E. (1954). *Historia de la Argentina, 1835-1943* [5ª Edición: 1968]. Buenos Aires: Peña Lillo
- Pantuso, C. y Santa María, V. (1992). *Salud S.O.S. Sistema de Obra Sociales*. Buenos Aires: Fundación Trabajadores de Edificios.
- Perrone, N. y Teixidó, L. (2007). Estado y salud en la Argentina. *Revista de la Maestría en Salud Pública*, 5(10).
- PNUD (2010). *Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2010. Desarrollo Humano en Argentina: trayectos y nuevos desafíos*. Buenos Aires.
- Programa Remediar+Redes (2011). *Acceso a medicamentos esenciales en el primer nivel de atención*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Quintana, B. L. y Piani, L. (2009). El mercado de medicamentos en Argentina. Un componente excluyente en el diseño del sistema de salud. Recuperado de: <https://negociacionytomadecisiones.files.wordpress.com/2014/03/el-mercado-de-medicamentos-en-argentina-1.pdf> [21 de junio de 2022].
- Ramacciotti, K. (2008). De neurocirujano a primer ministro de salud de la Argentina. *Salud Colectiva*, 4(1), pp. 91-103.
- (2009). *La política sanitaria del peronismo*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- (2013). Ramón Carrillo. Neurocirujano, político y héroe. En Rein, R. y Panella, C. *La segunda línea. Liderazgo peronista*

1945-1955. Buenos Aires: EDUNTREF.

----- (28 de marzo de 2016). "Si algo diferencia a la Argentina en la región es el servicio sanitario gratuito y de calidad". *Página/12*. <https://www.pagina12.com.ar/diario/dialogos/21-295566-2016-03-28.html>

Repetto, F., Ansolabehere, K., Dufour, G., Lupica, C. y Potenza, F. (2001). *Descentralización de la salud pública en los noventa: una reforma a mitad de camino*. Buenos Aires: Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional.

Rodríguez Richeri, P. y Tobar, F. (2003). *El Consejo Federal de Salud Argentino (CO.FE.SA.). Actor clave en la construcción de un federalismo sanitario efectivo*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

Román, V. y Salas, E. (2016). *Arturo Oñativia y la ley de medicamentos*. Florencio Varela: Editorial UNAJ

Rosa, J. M. (1974). *Del Municipio indiano a la provincia argentina, 1580-1852: Formación sociales y política de las Provincias Argentinas*. Buenos Aires: Arturo Peña Lillo.

----- (1985). *Historia Argentina*. Buenos Aires: Oriente

Roses, M (2007). Palabras de cierre de la "Conferencia internacional de salud para el desarrollo: derechos, hechos y realidades: de alma ata a la declaración del milenio: Buenos Aires 30/15".

Ross, P. (2007). Construcción del Sistema de Salud Pública en la Argentina, 1943-1955. *Electroneurobiología*, 15(5), pp. 107-178

Rossi, M. T. y Rubilar, A. N. (2007). Breve reseña histórica de la evolución de los Sistemas de Salud. El caso argentino: una historia de fragmentación e inequidad. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 20(2), pp. 21-35.

Róvere, M. (2004). La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto. *Revista La Esquina del Sur*, p. 6.

- Sáenz, R., Acosta, M., Muiser, J. y Bermúdez, J. L. (2011). Sistema de salud de Costa Rica *Salud Pública de México*, 53(2).
- Salas, E. (2016). El exiliado de Belem. *Mestiza*. <https://revistamestiza.unaj.edu.ar/el-exiliado-de-belem/>
- SESP (1969). Guía para la clasificación de los servicios de atención médica. Buenos Aires: Departamento de Organización de establecimientos y áreas programáticas.
- Silva Paim, J. (2008). 20 Anos de construação do Sistema Único de Saúde. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, 2(1), pp. 63-86.
- Souza Minayo, M. C. (Coord.), Goncalvez de Assis, S. y Ramos Souza, E. (2005). *Evaluación por triangulación de métodos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Spivak L'Hoste, A. (2001). *Conocer y Contar: Agentes Sanitarios, Neuquino y Estado Provincial*. IV Congreso Chileno de Antropología, Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Santiago de Chile, Chile.
- Stolkiner, A. (2010). Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. *Medicina Social*, 5(1).
- Stolkiner, A., Comes, Y. y Garbus, P. (2011). Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), pp. 2807-2816.
- Subsecretaria de Salud Pública (22 de julio de 1973). Discurso de Domingo Liotta sobre la ley de Carrera Sanitaria Nacional. UNLA. Instituto de Salud Colectiva. Fondo Mario Testa. <http://isco.unla.edu.ar/m-nucleos/cedops-centro-de-documentacion-pensar-en-salud/fondos-y-colecciones/fondo-mario-testa-1925/documentos-fondo-mario-testa/func-startdown/15052/>
- Testa, M. (2017). Entrevista personal.
- Tobar, F. (2002). Modelos de Gestión en Salud. *Salud Colectiva*. Rosario: UNR.

- Tobar, F., Olaviaga, S. y Solano, R. (2012). Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino. <https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-03/108%20DPP%20Salud%2C%20Complejidad%20y%20fragmentacion%2C%20Tobar%2C%20Olaviaga%20y%20Solano%2C%202012%5B1%5D.pdf>
- Torre, J. C. (1989). Interpretando (una vez más) los orígenes del peronismo. *IDES-Desarrollo Económico*, 28.
- Torre, J. C. (Dir.) (2002). *Nueva historia argentina. Los años peronistas (1943-1955)*. Buenos Aires: Sudamericana.
- UNAJ (2016). *Proyecto PDTS. Características de la Red de Servicios de Salud, Región Sudeste. Región Sanitaria VI. Florencio Varela*.
- Vassallo, C. (2014). *Una agenda para la economía de la salud*. Buenos Aires: Ediciones Fundación Sanatorio Güemes.
- Vassallo, C. y Bascolo, E. (2001). De la fragmentación a la integración del sector salud: una propuesta para universalizar la salud desde una estrategia federalista. Serie Documentos de Trabajo N° 8, SIEMPRO.
- Vera Ocampo, L. H. (cond.) (1968). *Perfiles de complejidad. Método para determinar niveles de atención en establecimiento hospitalarios*. Buenos Aires: CFI
- Veronelli, J. C. y Veronelli Correch, M. (2004). Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina. Tomos I y II. Buenos Aires: OPS/OMS.
- Mendes, E. V. (2013). *Las Redes de Atención de la Salud*. Brasilia: OPS.
- Vilosio, J. (2010). Comentario editorial: Las promesas incumplidas de la Salud en Argentina (tercera parte). *Evidencia - Actualización en la Práctica Ambulatoria*, 13(3).

- (2013). Argentina tiene un Seguro Nacional de Salud. *El Consultor de Salud*, 561 y 562.
- (2016). *Oportunidades perdidas. Notas sobre política y reforma sanitaria en Argentina*. Buenos Aires: Del Hospital Ediciones.
- Visillac, E., Martínez, N. y Boloniati, N. (2007). 70 años de actividad médica: de la profesión liberal a la progresiva precarización del trabajo. *Boletín de Temas de Salud*, (14)129. Asociación de Médicos Municipales.
- Waitzkin, H. (2006). Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social. *Medicina Social*, 1 (1).
- (2013). *Medicina y salud pública al final del imperio*. Bogotá: Centro de Historia de la Medicina-Doctorado Interfacultades en Salud Pública. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.
- (2014). Cobertura universal en salud: el extraño romance de *The Lancet*, MEDICC y Cuba. *Medicina Social*, 8(2).
- Yedlin, D. (Coord.) (2012). *El derecho a la salud. 200 años de políticas sanitarias en Argentina*. Ministerio de Salud de la Nación.
- Zavala Batlle, A. (2010). El Protomedicato en Perú. *Acta Med Per* 27(2), pp. 151-157.
- Zurita, A. (1996). *Políticas de Atención Médica. Organización y financiamiento*. [Tesis de maestría]. UNNE.

Acerca del autor

Vicente Ierace (1947-2018)

Fue un activo militante por la salud pública, nacido el 31 de agosto de 1947 en la ciudad de Brandsen, Provincia de Buenos Aires. Obtuvo el título de médico en la Universidad Nacional de La Plata en el año 1972. Se desempeñó como neumonólogo en el Hospital San Juan de Dios de esta ciudad desde 1974 a 1987.

Entre los años 1973 a 1975, participó de la organización del Servicio de Vías Respiratorias dependiente del Hospital Municipal “Nicolás Boccuzzi”, de Florencio Varela. En ese marco, intervino en la implementación del Programa Provincial de Tuberculosis con una modalidad de abordaje interdisciplinaria y comunitaria, basada en la prevención y educación para la salud, con desarrollo territorial en diversos barrios de Florencio Varela. Esta iniciativa fue una de las primeras experiencias nacionales de lo que hoy se denomina Tratamiento Directamente Observado en personas con tuberculosis. Asimismo, coordinó acciones de cooperación entre los equipos profesionales del Hospital Municipal Boccuzzi de Florencio Varela y el Hospital San Juan de Dios de La Plata.

En el año 1976, durante la dictadura cívico-militar bajo el contexto de persecución a militantes sociales, fue cesanteado en el cargo de médico junto a otros/as trabajadores/as de la salud. En esta etapa, se orientó al ámbito privado participando en la creación de una clínica y encontró en el cooperativismo una forma de desarrollo y construcción colectiva junto a otros/as trabajadores/as.

Con la vuelta de la democracia, retoma la militancia en el peronismo local y en el año 1984 fue convocado a ocupar el cargo de Secretario de Salud del Municipio de Florencio Varela, en el cual estuvo diez meses. Durante el período de los años 1984-1987 continuó desempeñándose

como médico en el Servicio de Neumotisiología del Hospital San Juan de Dios y se dedicó a profundizar sus conocimientos en los enfoques de la Atención Primaria de la Salud (A. P. S.) y la Medicina Social.

En el año 1987, se vinculó con los equipos técnicos de salud del Centro de Estudios para la Renovación Justicialista (CEPaRJ) encabezado por el Dr. Floreal Ferrara, quien fuera posteriormente Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires y mentor del Programa “ATAMDOS”.

En el año 1987, asumió nuevamente como Secretario de Salud de Florencio Varela, cargo que ocupó hasta finales de 1993. Vicente compartía plenamente la concepción de la salud pública que expresaba Ferrara. Prueba de ello, el Programa ATAMDOS tuvo uno de sus mejores desarrollos en Florencio Varela. A pesar de las limitaciones presupuestarias de la época, durante su gestión logró conducir transformaciones inéditas que sentaron las bases del sistema local de salud, basadas en las concepciones de la justicia social y de la salud como derecho, dejando una impronta que perdura hasta la actualidad. Vicente estaba convencido que el camino a seguir era la conformación de equipos de salud y el protagonismo de la comunidad en el proceso. En este sentido, se destaca: la conformación de equipos interdisciplinarios en el Primer Nivel de Atención, poniendo el acento en la formación de los/as trabajadores/as; el inicio de la profesionalización de la enfermería a través de Centro Especializado de Bachilleratos para Adultos con orientación en Salud Pública (C.E.B.A.S); la incorporación de obstétricas al Primer Nivel de Atención que contribuyó en el mejoramiento de indicadores sanitarios como el descenso de la mortalidad materno-infantil; la regionalización en cuatro áreas sanitarias que permitió la optimización de los recursos existentes; y finalmente, el desarrollo del sistema de referencia - contrarreferencia que facilitó la atención de las personas al articular el sistema sanitario local en forma más eficiente.

Alejado de la gestión y sin designación estable en el sector público de salud, logra su reincorporación a la planta municipal varelense, acto reparatorio de la cesantía padecida en dictadura. Se dedica a seguir formándose y se incorpora a la Maestría en Salud Pública de la

Universidad de Buenos Aires, cuyo resultado es la tesis sobre el Sistema Nacional Integrado de Salud (S. N. I. S.) compartida en este libro.

En el año 2001, en el contexto de movilizaciones ante la crisis socio-económica nacional, los/as profesionales de la salud varelese, en reconocimiento de su compromiso y trayectoria, lo promovieron a Director Asociado del Hospital Municipal “Mi Pueblo”.

En el 2006, la nueva gestión provincial lo designó como Director de la Región Sanitaria VI que comprende los distritos de Florencio Varela, Berazategui, Quilmes, Almirante Brown, Avellaneda, Lanús, Lomas de Zamora, Esteban Echeverría y Ezeiza. Durante esa gestión, se reorganizó la región en tres subregiones, de acuerdo a sus realidades sociodemográficas. Puso en funcionamiento el Consejo Regional de Salud integrado por Directores de Hospitales y Secretarios de Salud municipales para impulsar la formación de las redes de servicios, entre otras iniciativas. Cabe destacar las más relevantes: la puesta en funcionamiento del Programa de Salud Mental de la Región, con la creación de dispositivos de abordajes interdisciplinarios para brindar atención en crisis y el acompañamiento posterior. Asimismo, impulsó la apertura de las residencias multidisciplinarias (P.R.I.M) para la formación de profesionales de la salud desde una perspectiva integral e interprofesional en las disciplinas Psicología, Psiquiatría y Trabajo Social.

Con la creación de la Universidad Nacional “Arturo Jauretche”, se dedicó de lleno a la docencia y la gestión universitaria. Organizó y coordinó la asignatura “Salud Pública” del Ciclo Básico de Salud e impulsó la incorporación de las actividades territoriales en la currícula, buscando problematizar las realidades locales y el enfoque de la determinación social del proceso salud-enfermedad. Además, creó y coordinó el primer posgrado del Instituto de Ciencias de la Salud: la Diplomatura de Gestión en Atención Primaria de la Salud, dirigida a las/os jefes de los Centros de Salud del Municipio de Florencio Varela. También participó de la vida democrática universitaria, siendo elegido en el año 2017 como Consejero Superior Docente de la Universidad.

Índice

| | |
|--|----|
| PRÓLOGO, de Liliana Rivas | 7 |
| PRÓLOGO, de Arnaldo Medina | 9 |
| Introducción | 15 |
| Los sistemas de salud | 15 |
| De una cuestión individual a un derecho colectivo..... | 20 |
| Las primeras respuestas de los Estados..... | 23 |
| El derecho a la salud..... | 25 |
| Los sistemas de salud en el mundo | 28 |
| <i>El sistema de seguridad social de Alemania</i> | 29 |
| <i>El sistema de salud del Reino Unido</i> | 32 |
| Los sistemas de salud en América Latina | 34 |
| <i>El Sistema Único de Salud de Brasil</i> | 35 |
| <i>El sistema de salud de Colombia</i> | 38 |
| <i>El Sistema de Salud de Costa Rica</i> | 41 |
| El proceso de reformas de los sistemas de salud en América Latina | 43 |
| El problema de la fragmentación..... | 45 |
| La cobertura universal de salud | 46 |
| El sistema de salud argentino..... | 49 |
| <i>El subsector público</i> | 50 |
| <i>Las Obras Sociales</i> | 53 |
| <i>El subsector privado</i> | 55 |
| La segmentación del sistema de salud argentino | 57 |
| La fragmentación en el sistema sanitario argentino..... | 59 |
| Federalismo y fragmentación | 61 |

| | |
|---|----|
| El gasto en salud | 62 |
| El marco normativo del sistema de salud argentino | 64 |
| El derecho a la salud en la Constitución Nacional | 67 |

PRIMERA PARTE

Evolución histórica del sistema de salud argentino

| | |
|---|----------------|
| Capítulo 1. Orígenes | 73 |
| Los orígenes | 73 |
| Los primeros pasos de la sanidad en el Río de la Plata..... | 74 |
| Del centralismo hispano a la autonomía de los cabildos..... | 75 |
| El Protomedicato | 76 |
| Configuración del sector salud en la etapa colonial | 78 |
| La independencia nacional | 80 |
| De la anarquía a Juan Manuel de Rosas | 82 |
| La Constitución de 1853 y la Confederación | 84 |
| La República conservadora | 85 |
| La salud a fines del siglo XIX | 87 |
| El contexto social: la inmigración | 89 |
| El paradigma sanitario vigente: el higienismo..... | 90 |
| El rol del Estado nacional..... | 91 |
| El Departamento Nacional de Higiene | 92 |
| La estructura sanitaria del Estado | 95 |
| El hospital público: la expansión de la capacidad hospitalaria | 96 |
| Los hospitales mutuales | 99 |
| La beneficencia | 100 |
| Capítulo 2. Los años cuarenta: cambios y consolidaciones | 101 |
| La revolución del 4 de junio de 1943 | 102 |
| Las reformas del gobierno militar (1943-1946) | 104 |

| | |
|---|-----|
| De las mutualidades a las obras sociales..... | 106 |
| Los sindicatos a comienzos de los años cuarenta | 110 |
| Nacen las obras sociales sindicales | 112 |
| El nacimiento y desarrollo de la corporación profesional: el gremialismo médico..... | 115 |
| Las primeras organizaciones gremiales | 116 |
| Nace la COMRA..... | 118 |
| Otras entidades gremiales | 121 |
| Entidades gremiales del subsector privado | 122 |

| | |
|--|------------|
| Capítulo 3. Ramón Carrillo. Primer ensayo de construcción de un sistema nacional de salud | 125 |
| Carrillo, el hombre..... | 126 |
| Su relación con Perón | 129 |
| La Secretaría de Salud Pública | 130 |
| El Plan Analítico de la Salud Pública | 131 |
| La política sanitaria del primer peronismo..... | 133 |
| El plan dentro del Plan | 134 |
| Una doctrina sanitaria..... | 136 |
| La creación de un Sistema Nacional de Salud | 139 |
| La revolución de la capacidad instalada..... | 140 |
| La organización del sistema de salud | 142 |
| La renuncia de Carrillo, exilio y muerte..... | 143 |
| Después de 1955..... | 144 |
| La Ley N° 18610 de Obras Sociales Sindicales | 147 |

SEGUNDA PARTE

El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)

| | |
|--|------------|
| Capítulo 4. Las leyes..... | 155 |
| El contexto histórico..... | 156 |
| Antecedentes: propuestas sectoriales de la década de 1970..... | 157 |

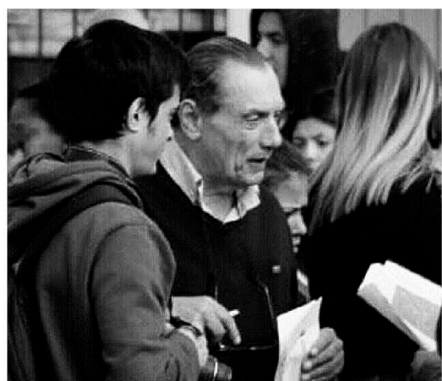
| | |
|---|-----|
| Los proyectos del peronismo | 159 |
| El rol de Perón y Balbín | 161 |
| Domingo Liotta, de la cirugía cardiovascular a la política sanitaria | 163 |
| El equipo que elaboró el proyecto | 164 |
| Los primeros pasos de Liotta | 166 |
| La elaboración del proyecto | 168 |
| Las resistencias corporativas..... | 168 |
| La oposición de las corporaciones profesionales..... | 170 |
| El debate en la Cámara de Senadores | 175 |
| El debate en la Cámara de Diputados..... | 183 |
| Las leyes N° 20.748 y N° 20.749 | 185 |
| La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud | 187 |
| Estructura administrativa | 189 |
| Las Áreas Programáticas..... | 190 |
| La financiación | 191 |
| Ley de Carrera Sanitaria Nacional | 193 |
| La implementación | 196 |
| <i>Nivel de complejidad de las unidades de atención</i> | 199 |
| <i>Provincia de San Luis</i> | 201 |
| <i>Provincia de La Rioja</i> | 203 |
| <i>Provincia del Chaco</i> | 205 |
| <i>Provincia de Formosa</i> | 208 |
| Dictadura y derogación..... | 208 |
| Consolidación del sistema fragmentado..... | 211 |
| Capítulo 5. El Seguro Nacional de Salud | 213 |
| Antecedentes en la Argentina..... | 214 |
| El Seguro Nacional de Salud en la Argentina..... | 215 |
| ¿Seguro de Salud o Sistema Nacional de Salud? | 220 |
| La CUS en la actualidad | 222 |

| | |
|---|------------|
| Capítulo 6. La integración del sistema de salud | 225 |
| Factores que pueden favorecer el inicio de un proceso de integración | 235 |
| El COFESA como espacio de integración del sistema de salud | 235 |
| El Fondo Solidario de Redistribución y la integración del financiamiento | 242 |
| Los hospitales SAMIC | 246 |
| Programas nacionales | 249 |
| <i>El Programa SUMAR</i> | 250 |
| <i>El Programa Remediar + Redes</i> | 251 |
| Estructuras provinciales: regionalizaciones provinciales..... | 253 |
| El Plan de Salud de Neuquén..... | 256 |
| Propuesta de la Organización Panamericana de la Salud de construcción de Redes Integradas de Servicios de Salud | 259 |
| La experiencia de la Red Sudeste y el Hospital El Cruce “Néstor Carlos Kirchner” | 261 |
| Vigencia del SNIS como marco normativo para la integración del sistema sanitario argentino | 264 |
| El rol de los partidos políticos | 271 |
| Otros espacios de elaboración y debate sobre políticas sanitarias | 273 |
| El rol de las universidades | 276 |
| Condiciones necesarias para avanzar en un proceso de integración del sistema de salud argentino | 278 |
| Capítulo 7. Conclusiones | 285 |
| Siglas y abreviaturas..... | 289 |
| Entrevistas..... | 295 |
| Bibliografía..... | 297 |
| Acerca del autor. Vicente Ierace (1947-2018) | 313 |

Cuando Perón asumió por tercera vez la presidencia de la Nación, en diciembre de 1973, le pidió al renombrado cardiocirujano Domingo Liotta que ocupara el cargo de Secretario de Salud de la Nación. Con el antecedente inevitable de los logros de Ramón Carrillo, la gestión de Liotta se convirtió en un nuevo acontecimiento histórico para los estudiosos del sanitarismo argentino, centralmente por la sanción y ejecución del proyecto de integración del sistema de salud del que trata este libro.



Vicente Ierace, médico y gestor sanitario, indaga en estas páginas sobre los orígenes de la bifurcación y fragmentación en la historia de las políticas de salud, tanto como los momentos en los que se intentaron diversos procesos para superar la diáspora, y analiza la sanción de las leyes de 1974 que fueron un hito en el horizonte de la conformación de un Sistema Nacional Integrado de Salud. En aquellos tumultuosos años, el encuentro entre Perón y Balbín —afirma Ierace— posibilitó el consenso necesario para la sanción e implementación parcial de las leyes del Sistema Nacional Integrado de Salud y de la Carrera Sanitaria Nacional. Con la firme intención de construir una política sanitaria pública que contemple el derecho humano a la salud de toda la población de manera igualitaria, este libro resalta los momentos y las políticas que han sido favorecedoras del Sistema integrado y nos brinda una perspectiva novedosa para efectuar un balance de las leyes de Domingo Liotta, para que aquella experiencia contribuya al debate actual de nuestro sistema de salud.



Dr. Vicente Pascual Ierace (1947-2018). Médico, especialista en Neumotisiología. Entre 1973 y 1976 ejerció su profesión y su compromiso político en los hospitales San Juan de Dios y el Bocuzzi, hasta que fue cesanteado por la dictadura militar. Según sus propias palabras en esta experiencia ya *“están presentes elementos constitutivos de lo que luego se llamaría estrategia de la atención primaria en salud”*. En 1984 ocupó brevemente el puesto de Secretario de Salud Municipal de Florencio Varela, cargo que

vuelve a ocupar en 1987. Ex Director Asociado del Hospital Mi Pueblo. Ex Director Ejecutivo de la Región Sanitaria VI (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires). Fue Titular de la Cátedra de Salud Pública en la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ).

<https://revistamestiza.unaj.edu.ar/vicente-ierace-militante-de-la-salud-publica/>