

EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

Problemas y propuestas para su desarrollo integrado

Viviana Bonpland y Alberto Bozzolo ()*

A. 10 claves para entender el problema.

1. El Sistema de Salud Argentino presenta algunas características que debemos analizar si pretendemos abocarnos al estudio de las capacidades disponibles, las instituciones participantes y los resultados en términos de prestación de servicios asistenciales.
2. El Sistema presenta importantes rasgos de “fragmentación” que conspiran contra la eficiencia en el cumplimiento de su objetivo fundamental; esto es atender la salud de la población con estándares de acceso, cobertura y calidad.
3. Podríamos hacer un esfuerzo para identificar las causas del fenómeno de fragmentación estructural que caracteriza al Sistema, a fin de analizar las posibilidades de optimizar su funcionamiento.
 - a La organización federal que adoptó la Argentina y la preexistencia de las provincias respecto de la Nación.
 - b La conformación de tres subsectores responsables de la prestación de servicios sanitarios, según la condición jurídica de sus protagonistas; el subsector público, el subsector de la seguridad social y el subsector privado.
4. En relación con la organización federal, recordemos que en los acuerdos alcanzados para aprobar la Constitución de 1853, las provincias se reservaron todos los poderes no delegados expresamente en la Carta Magna a las provincias. Entre esos poderes, se encuentra la salud y esto resulta de en una rigidez considerable, toda vez que la reforma constitucional de 1994 no modificó esta situación.
5. En relación con la organización de los tres subsectores, recordemos que la vocación liberal de nuestra Constitución imaginó un amplio espectro de actividades y servicios a cargo del sector privado, incluyendo las correspondientes a la salud. Asimismo, la evolución política del país en el transcurso del siglo pasado, asignó un rol importante a las organizaciones de los trabajadores y, en ese proceso, favoreció el desarrollo de obras sociales de origen sindical que derivó luego en el subsector de la seguridad social.
6. A partir de esas características y del desarrollo político e institucional del país desde la segunda mitad del siglo se desarrollaron las capacidades existentes y se conformaron las organizaciones que hoy actúan en el Sector.
7. En cuanto a la organización del subsistema público, se distinguen las siguientes etapas de su desarrollo histórico que explican su fisonomía actual:

- a La etapa del desarrollo del sistema nacional de salud con la creación del Ministerio de Salud de la Nación y la gestión del Ministro Ramón Carrillo (1946-19854),
 - b La del proceso de descentralización que incluyó el traspaso de los hospitales a las provincias (1979-1990), que terminó con el perfil prestacional que había desarrollado el Ministerio de Salud desde su creación.
 - c Una tercera etapa frente al nuevo escenario, llevó al Ministerio Nacional a desarrollar un conjunto de programas denominados “verticales” que “bajan” a las provincias. El incremento del plan de vacunación, la coordinación del programa de residencias médicas, la creación de programas como el de médicos comunitarios, medicamentos (Remediar), atención de patologías espaciales, son ejemplos de programas nacionales de ejecución en territorio provincial, como parte del nuevo rol nacional en el Sector.
 - d En los últimos años se ha iniciado una tendencia del Ministerio de Salud de la Nación, a participar en la gestión de hospitales de mediana y alta complejidad, bajo el régimen de los denominados SAMIC, al amparo de la Ley 17102¹, que permite acuerdos inter-jurisdiccionales.
8. La transferencia del rol prestacional comentada en la segunda etapa, requería un esfuerzo de transformación y de rediseño del Ministerio de Salud para que cumpliera con su “rol rector”, de autoridad política y garante del Sistema. Sin embargo, como puede verse, en las etapas siguientes recreó un rol co-prestacional junto a provincias y municipios.
9. Frente a este diagnóstico generalizado, muchos de los que analizamos las condiciones del sector salud, debatimos sobre problemas, causas y posibles correcciones al sistema; sean de organización, sean de gestión de los servicios.
10. Con el propósito de completar las transformaciones del Sistema, habría que aclarar que, en los años '90 se permitió la libre elección de los trabajadores, que así pudieron abandonar la obra social de su actividad y pasar a integrar la de una actividad distinta. Asimismo, muchas obras sociales transfirieron a empresas de medicina prepaga el padrón completo de sus afiliados, con lo que abandonaron su rol prestacional.

B. Breve reseña histórica del desarrollo del Sistema de Salud

1. Como en la mayoría de los países, el sistema de salud encuentra su origen recién en el Siglo XX; con anterioridad, cada persona cuidaba de su salud y el Estado se limitaba a controlar la salud pública con el objetivo de proteger a la población sana y lo hacía limitando el desplazamiento de los enfermos.
2. Hasta mediados del Siglo XX encontramos la creación de hospitales de campaña como los creados para atender a los soldados de la guerra del Paraguay y las instalaciones sanitarias de la sociedad civil promovidos y atendidos por integrantes de la sociedad civil, como las damas de la beneficencia y los integrantes de las órdenes religiosas.

¹ Boletín Oficial del 20-ene-1967 Número 21112.

3. Los profesionales de la salud desarrollaban actividades sanitarias ejerciendo un derecho individual e “implícito” (Art. 33 CN); el derecho de trabajar en actividades vinculadas con la salud.
4. Hacia mediados del Siglo XX, el proceso de inmigración masiva generó iniciativas mutualistas que promovieron la creación de los denominados hospitales de comunidad.
5. A partir de 1946, con el advenimiento del gobierno de Juan D. Perón, se inicia un proceso sistemático de lo que podemos considerar hoy, constituye un sistema de salud. Se crea la Secretaría de Salud de la Nación con la conducción de Ramón Carrillo que se extiende hasta 1954.
6. Es un período en el que se planifica y ejecuta un plan de salud pública basado en un número importante de hospitales en todo el país, que constituyen un verdadero sistema de atención sanitaria. Se trató de una estrategia centralmente planificada que concibe al territorio nacional como una sola jurisdicción.
7. La Constitución de 1949 concibe el derecho a la salud de los trabajadores como un derecho social y sienta las bases del Sistema de Seguridad Social, que el Art. 14 bis de la Constitución de 1957 y las sucesivas Leyes de Obras Sociales (N° 18610/22269² así como las actualmente vigentes Leyes 23660³ y 23661⁴) completarían en la década del '80.
8. Con la reforma constitucional de 1994 se incorporan a la Carta Magna los Tratados Internacionales de Derechos Humanos, mediante los artículos 75 incisos 22 y 23 CN. Las obligaciones sanitarias, contenidas en estos tratados, constituyen hoy la base del Derecho de la Salud en el sistema normativo nacional.
9. En la actualidad, puede considerarse que las responsabilidades en materia de salud son concurrentes entre la Nación y las Provincias. El Congreso Nacional legisla en este sector basado en las denominadas cláusulas constitucionales de la Prosperidad y del Desarrollo Humano (Art. 75, inc. 18 y 19 CN.) y las Provincias lo hacen por derecho propio en virtud de los poderes no delegados, según lo establece el Art. 121 de la Constitución Nacional.
10. Sin embargo, culminado el proceso de descentralización que transfirió los hospitales, el Estado Nacional mantuvo actividades y programas que pueden considerarse parte del “sistema de atención” lo que aparece como un avance del Estado Nacional en esta materia. Ejemplos de estas actividades son: (i) los programas de residencias, (ii) médicos comunitarios, (iii) vacunación obligatoria y gratuita, (iv) provisión de medicamentos, etc., que han sido desarrollados por el Ministerio de Salud de la Nación en beneficio del sistema sanitario de las provincias.
11. La creación de hospitales al amparo de la ley 17102, con un formato jurídico que permite la concurrencia de varias jurisdicciones (SAMIC), constituye también un regreso de la Nación al sistema de atención sanitaria.

² Boletín Oficial del 05-mar-1970 Número 21882. P.2

³ Boletín Oficial del 20-ene-1989 Número 26555. P.35

⁴ Boletín Oficial del 20-ene-1989 Número 26555. P.1

12. En ese marco jurídico, y luego de un proceso de transferencia de los hospitales nacionales a las provincias, el Estado Nacional conserva hoy el rol de “autoridad rectora” y se constituye en “garante” de los derechos en materia de salud en la Argentina, a raíz de la introducción de los Tratados Internacionales de Derechos Humanos en el ordenamiento jurídico argentino, como consecuencia de la reforma constitucional de 1994.

C. El tratamiento de los derechos y su impacto en el Sistema de Salud

1. Podemos señalar que hacia mediados del siglo XX el país ingresa en un importante proceso de reconocimiento progresivo de derechos personalísimos, dando lugar al dictado de normas tuitivas de distintos aspectos vinculados a la salud.
2. Esta mirada genera una concepción que concibe a la actividad sanitaria como parte de las políticas sociales, en reemplazo de la concepción de la salud como la mera actividad de curar a la población enferma y preservar a la población sana.
3. Aparece la idea de la salud como un bien universal, que requiere protección para todos los ciudadanos y, con ello, se ve a la misma como de responsabilidad estatal, lo que se trasunta en los Tratados Internacionales que se proponen a la firma de los distintos países. Una breve reseña de los Tratados más importantes, muestra el nacimiento de esta concepción de derechos denominados de “tercera generación”, que las naciones signatarias irán aprobando en los años subsiguientes.
4. Este avance de la consideración de la salud vista ya en pleno siglo XX como un “derecho humano”, generó cambios considerables en todos los países, iniciando un proceso de resignificación del derecho a la salud por parte de la población, así como el reconocimiento de las responsabilidades por parte del Estado.
5. En la Argentina, la incorporación de los Tratados de Derechos Humanos a la Constitución Nacional en oportunidad de la reforma de la Carta Magna en 1994, inicia un período de cambio en la consideración de la salud y unos años después se aprueban una serie de leyes que reflejan ese cambio en la normativa nacional. Con ello, también se reeditan algunas discusiones referidas a la organización federal, los roles del Estado, las responsabilidades de Nación y provincias y la mejor forma de cumplir con los objetivos propuestos por los tratados.
6. Algunas de las leyes que se sancionan en las últimas dos décadas muestran también cambios estructurales en las modalidades de prestación de los servicios de salud. Entre esos cambios, se destaca el empoderamiento del paciente en la relación con el médico tratante, constituyendo un verdadero cambio de paradigma que propone el abandono del modelo médico hegemónico y su reemplazo por el respeto a los derechos del paciente, que se convierte en el centro de la “escena” sanitaria. Se propugna así, un modelo de atención médica más democrático y con mayor participación del paciente y de la comunidad, tanto en lo que se refiere al manejo de las instituciones de salud cuanto en lo referido al control de la

prestación del servicio. El paradigma referido al paternalismo médico es reemplazado en parte por el principio de autonomía personal.

7. Hoy se han modificado aspectos referidos a la salud legislados en el antes código Civil, hoy Código Civil y Comercial de la Nación. Resulta ilustrativo el empoderamiento del paciente, se ha visto reforzado el principio de la autonomía de las personas, han surgido leyes que dan intervención y protagonismo a otras profesiones del arte de curar en el quehacer prestacional y asistencial, se ha consagrado un modelo de atención médica con mayor participación democrática y de la comunidad, tanto en lo que se refiere al manejo de las instituciones de salud cuanto en lo referido al control de la prestación del servicio.
8. El cambio social y legislativo que se desarrolla en estos años, impacta en el Sistema de Salud y la prestación de los servicios sanitarios. Se deja de lado el modelo «hospitalo-céntrico» referido al proceso salud-enfermedad. El binomio médico-paciente es reemplazado por el trinomio equipo de salud-paciente-familia. En ese marco, se dictan leyes recogiendo estos nuevos modelos tales como:
 - a Ley de Derechos del Paciente⁵.
 - b Ley de Salud Mental⁶.
 - c Ley de Salud Reproductiva⁷.
 - d Ley de Enfermedades poco Frecuentes⁸.
 - e Ley de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida Sida⁹.

D. Algunos “aspectos jurídicos” para tener en cuenta.

1. El proceso de reforma constitucional que operó en 1994, no sólo no solucionó el problema de “fragmentación” que trae la organización federal por sí misma, sino que complejizó aún más la situación; ya que al haber firmado la Nación los Pactos Internacionales de Derechos Humanos, se impone en todas las partes de la Federación el cumplimiento de nuevas y distintas responsabilidades aún más exigentes, para respetar las pautas mínimas que la convencionalidad dispone en materia de esos derechos.
2. Cuadra aquí una explicación que dé una cabal idea sobre el rol que le cabe a cada uno de los actores en este nuevo escenario, en donde es necesario efectivizar equitativamente el derecho de la salud en todo el territorio nacional, para lo cual será necesario producir las reformas necesarias en el sistema de salud que nos conduzcan a ello.
3. En primer término, vamos a señalar cuáles son las menciones más importantes que figuran en los dos *Pactos Europeos de Naciones Unidas*¹⁰ y en la *Convención Americana*¹¹, en

⁵ Ley. 26.529, complementada por Arts.58, 59, 60 del CCyCN.

⁶ Ley.. 26.657; B.O. 32.041 Promulgada el 03/12/2010.

⁷ Ley. 418 B.O. CABA 989 Promulgada el 22/06/2000.

⁸ Ley. 26.689 B.O. 32.205 Promulgada el 29/06/2011.

⁹ Ley. 23.798 B.O. 26.972 Promulgada el 20/09/1990.

referencia al tema de la salud, para pasar luego a explicar los Roles de Garante y de Rectoría que derivan de los mismos para el Estado Nacional y los Estados Locales.

4. La definición del nivel de cobertura queda librada a la determinación política y a la discrecionalidad de cada Estado. Los Pactos fijan algunos objetivos a ser alcanzados por el Estado firmante, pero no avanzan sobre las modalidades que se adopten para cumplir el objetivo.
5. En sede internacional se viene practicando una estrategia de definición de “contenidos mínimos” esenciales del derecho a la asistencia sanitaria, que todo Estado debe asegurar a sus habitantes, se trata de la especificación de un piso y no de un techo. Sin embargo existe la obligación progresiva de intentar alcanzar el más alto nivel posible de salud física y mental. Los Estados se han obligado «hasta el máximo de los recursos» de que dispongan para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos reconocidos en los tratados. Asimismo, los Estados deben prevenir, investigar y sancionar toda violación de los derechos reconocidos por la Convención y procurar el restablecimiento del derecho conculcado, y en su caso, la reparación de los daños producidos por la violación de los derechos humanos.
6. En el caso de los Estados de estructura federal, se establece que los Estados firmantes harán los acuerdos necesarios con los gobiernos subnacionales que permitan cumplir con el Tratado. Existe, en el caso de los países con organización federal, una discusión compleja sobre el alcance de las obligaciones asumidas por los Estados firmantes y el cumplimiento por parte de sus estados subnacionales. Los tratados de derechos humanos incorporados a la CN tienen normas distintas en este sentido.
7. La *cláusula federal* prevista en la *Convención Americana sobre Derechos Humanos* impone al EN el cumplimiento de todas las obligaciones relacionadas con las materias sobre las cuales ejerce jurisdicción legislativa y judicial; y el deber de tomar «de inmediato» las medidas pertinentes, conforme su constitución y sus leyes, para que las autoridades competentes puedan adoptar las disposiciones del caso para el cumplimiento de la Convención.
8. Los dos grandes “*Pactos de Naciones Unidas, el de Derechos Civiles y Políticos*” y el de “*Derechos Económicos, Sociales y Culturales*” contienen la denominada «cláusula territorial», que establece directamente que el tratado es aplicable en todo el territorio del Estado, sin ningún tipo de limitación relativa a la forma de organización federal.
9. Por su parte, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, contiene una cláusula diferente. Su art 28 contiene una «cláusula federal» que en cierta medida, puede ser leída como una forma de morigerar o delimitar el alcance de esta obligación del Estado Federal. Establece que el Estado Federal tiene la obligación de aplicar directamente el tratado en el campo que es de su competencia directa; y la obligación de adoptar medidas para que los Estados Locales cumplan el tratado en sus propias órbitas de competencia. Esta regla puede ser interpretada como disímil a la cláusula territorial de los pactos internacionales. En este sentido, vale aclarar que la *Corte Interamericana* ha sostenido que el artículo 28 debe ser leído en un sentido similar a la cláusula territorial de los pactos internacionales, equiparándola.

¹⁰ PIDES.yC y PIDCyP.: ambos aprobados por la Ley 23.313 (B.O. 25.928 Promulgada el 13/05/1986).

¹¹ Pacto de San José de Costa Rica. Ley 23054. Publicado en Boletín Oficial del 27-mar-1984 N°25394.

10. Si bien hemos ahondado en la cuestión federal a la hora del cumplimiento con los Tratados Internacionales, debemos aclarar que puede haber otros actores implicados. En ese sentido, consideramos que «Garantizar» no implica la prestación por sí del servicio de salud en forma directa, las prestaciones pueden titularizarse en cabeza de otros actores.
11. El Comité de DDHH dice que cuando existan incompatibilidades entre el derecho interno y el pacto, el Art. 2 del PIDCP exige que el derecho o la práctica interna se modifiquen para cumplir con las normas impuestas por las garantías sustanciales del pacto.
12. A igual conclusión arribó el Comité de Derechos Económicos, Sociales, y Culturales, en la Observación General 9 (1998), al afirmar que los Estados deben modificar el ordenamiento jurídico interno, en la medida necesaria para dar efectividad a las obligaciones.
13. La Convención de Viena sobre Derecho de los Tratados¹² en su Art. 27 expresa que un Estado no puede invocar sus disposiciones de derecho interno, como justificativo de su falta de aplicación de un tratado.
14. El Art. 26 de la misma convención dice que los Estados están obligados a dar efecto a las obligaciones descriptas en el Pacto, y deben cumplir sus disposiciones de buena fé.
15. El Art. 2 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de UN (PIDCP) interpretado por el Comité de DDHH a través de su Observación General 31 (2004) subraya que las normas relativo a los derechos básicos de la persona humana son obligaciones «erga omnes», que deben ser aplicadas a todos los individuos en su territorio.
16. El Art. 50 del PIDCP y el Art. 28 del PIDESC señalan: las disposiciones del presente Pacto serán aplicables a todos los componentes de los Estados Federales sin limitación o excepción alguna. Ambos pactos fueron ratificados por el EN el 8/8/86.
17. El Deber de garantizar en la CN reformada se apoya en: (i) El rol de Garante del EN: Art. 75 inc. 23 de la CN (ii) El rol de Rectoría del EN: se funda en ser la contracara del rol de Garante (argumento lógico y en los lineamientos de la OPS y OMS, así como en la ley de ministerios nacional. (iii) El rol de Garante de las Provincias y de la CABA: surge de sus respectivas constituciones y estatuto organizativo de la CABA.
18. El Estado Nacional garantiza a través de los órganos que lo integran, de acuerdo al ordenamiento jurídico vigente. En Argentina hoy la garantía se canaliza por intermedio de los tres poderes del EN. (i) El PE garantiza cuando administra, cuando aplica las leyes, y cuando cumple las mandas judiciales. (ii) El PL garantiza cuando dicta leyes nacionales de distinta clase en materia de salud: a) leyes nacionales de carácter federal (todos los incisos del Art 75 de la CN menos el 12 y el 30), b) leyes nacionales de fondo o de derecho común (Art 75 inc 12 CN), y c) leyes nacionales de derecho local (Art 75 inciso 30). (iii) El PJ garantiza cuando juzga controversias entre el Estado y los Particulares, o de Particulares entre sí con fuerza de verdad legal, en procesos individuales o colectivos.

¹² Ley 19865 (P.E.N.). Publicado en el Boletín Oficial del 11-ene-1973 N° 22583 Pág. 3

19. La CSJN ha entendido que «garantizar» es acudir a cumplir con la cobertura del derecho cuando ello es requerido al sentenciar sobre amparos judiciales en materia de salud. La misma Corte ha entendido que en caso de demandados múltiples corresponde condenar a quien o quienes se encuentren en mejor condición de cumplir con la cobertura, privilegiando el derecho de la persona humana, y dejando a salvo la posibilidad de repetir.
20. El PE Nacional y los Ejecutivos Provinciales y de la CABA, así como los demás titulares obligados a cumplir con el derecho de la salud deben efectivizarlo en forma espontánea, sin necesidad que la Justicia sea requerida.
21. El EN es garante del derecho a la salud en todo el territorio de la Nación, y con relación a todos sus habitantes. Las Provincias y la CABA -de acuerdo a sus respectivas constituciones y estatuto organizativo- son «garantes» del derecho de la salud en sus respectivos territorios y en relación a sus habitantes.
22. El derecho de la salud puede efectivizarse a través de sentencias dictadas en procesos individuales o colectivos.

E. Consecuencias “jurídicas” en nuestro país.

1. La «fragmentación política» de orden federal se complicó aún más con la responsabilidad internacional derivada de los tratados que exige a los países el cumplimiento de mínimos en materia de salud que surgen de las normas internacionales, lo que exige coordinación a nivel federal por el tipo de Estado en el que vivimos; y ahora, después de la reforma constitucional operada en 1994 impone también coordinación a nivel internacional.
2. Diseñar y hacer efectivo un sistema de coordinación de políticas públicas entre el Estado Nacional y 25 jurisdicciones subnacionales supone alguna complejidad política y operativa. Pero resulta evidente que ese desafío es parte del Rol de Rectoría del Estado Nacional, que, por lo demás, actúa como garante de todo el Sistema de Salud. Quien diseñe la política debe garantizar y quien garantiza debe poder diseñar la política; en este caso. coordinar a los actores.
3. Hay jurisprudencia de la C.S.J.N. que avala esta manera de razonar al decir que quien tiene una responsabilidad debe contar con los medios para llevarla a cabo. Asimismo, lo prevé la Ley de Ministerios¹³, Art. 23.ter y se encuentra en las recomendaciones y directivas de la OPS y de la OMS, que encargan la función rectora, en forma preponderante al Ministerio de Salud de la Nación.
4. Existen serias dificultades para comprender y efectivizar este Rol de rectoría. Esta dificultad se centra en parte hoy en día, en la interpretación sobre como normatizar y regular de una manera equitativa para todo el país en materia sanitaria, dada la introducción de los TTIIDHH en el ordenamiento jurídico vigente, así como la posibilidad de utilizar para ello los distintos tipos de legislación nacional admitidos.

¹³ Ley 22520. Publicada en el Boletín Oficial del 23-dic-1981 N° 24823 Pág. 1

5. Debemos recordar que la legislación sanitaria en nuestro ordenamiento jurídico, subsiste como facultad originalmente reservada a las Provincias y como facultad concurrente Nación-Provincias en determinadas ocasiones, a lo que se agregan los casos en que las leyes referidas al derecho humano a la salud derivan de los tratados internacionales de DDHH suscriptos por el E.N., o de normas nacionales de derecho común.
6. Asimismo, hay que tener en cuenta que el derecho a la salud es introducido en forma expresa en el ordenamiento jurídico argentino por el Art. 75 inc. 22 CN, que introduce los TTIIDDHH, “en las condiciones de su vigencia”, es decir con jerarquía constitucional y de acuerdo a lo que digan los organismos competentes para interpretar los respectivos tratados.
7. Todo lo dicho, convive con las facultades retenidas por las Provincias en materia sanitaria al dictarse la Constitución, lo que les confiere a las mismas autonomía en este aspecto, y además con la índole local de la regulación en materia constitucional y administrativa (Art.75 inc12, 121, y 125 de la CN).
8. Los artículos de la CN en los que puedo fundar la atribución del PLN de legislar –a través de leyes nacionales de distinta clase- en materia de salud serían:
 - a* Art.75 inc.30 «normativa local de interés nacional para ser Art.33 «derechos implícitos» (legislación nacional de carácter federal)
 - b* Art.41 «salud ambiental» (legislación nacional de carácter federal)
 - c* Art.42 «derecho del consumidor» (legislación nacional de carácter federal)
 - d* Art.43 «acción de amparo individual o colectivo» (legislación nacional de carácter local)
 - e* Art.75 inc.12 «códigos de fondo» (legislación nacional de derecho común: Código Civil y Comercial de la Nación 7 Código Penal, etc.)
 - f* Art.75, inc18 y 19 «cláusulas del progreso y del desarrollo» (legislación nacional de carácter federal) aplicada en establecimientos de utilidad nacional» (legislación nacional de carácter local)

F. Algunas advertencias finales sobre la cuestión federal y los compromisos internacionales.

1. La coordinación debe plantear objetivos comunes y compartidos. Deberá abarcar aspectos jurídicos y de gestión. Deberá evaluar posibilidades y limitaciones, con espíritu colaborativo y solidario. Debe meritarse que las Provincias garantizan el derecho de la salud en sus respectivos territorios y en relación a su población, con fundamento en sus propias Constituciones, y que el EN debe asegurar el acceso y el goce equitativo y efectivo del derecho en todo el territorio de la Nación y en relación a toda su población.

2. Las cuestiones de características públicas suelen requerir un abordaje sistémico, sobre todo cuando las acciones deben ser desarrolladas por autoridades jurisdiccionales diferentes, como es el caso.
3. Quisiéramos concluir, en este aspecto referido a la Coordinación Federal e Internacional que proponemos como una de las premisas básicas a través de las cuales se puede hoy producir un mejoramiento sustantivo de la eficiencia de este Sistema de Salud Fragmentado que tenemos –destacando lo que opinamos en conjunto- en oportunidad de un debate llevado a cabo en el Senado de la Nación “...La presentación que deseamos compartir con ustedes tiene la intención de avanzar en la identificación de las características institucionales que presenta nuestra organización federal, el rol que desempeñan los niveles jurisdiccionales del Estado en materia sanitaria y los acuerdos necesarios para posibilitar un impacto de tipo positivo tendiente a lograr una mayor equidad en el acceso de la población al goce del derecho a la salud en nuestro territorio.

Luis Rappoport ha expresado en relación al tema de la Coordinación Federal: “...Las políticas argentinas para la promoción del desarrollo económico funcionaron alejadas de los estándares internacionales y, en grandes líneas, emanaron del gobierno nacional con programas centralizados, mientras las provincias y los municipios no construían su propia competitividad territorial...” “...La actual existencia de un fondo para el desarrollo administrado por provincias y municipios presenta un desafío formidable a las administraciones subnacionales y al Estado nacional: las primeras tienen que construir capacidades para gestionar estrategias de desarrollo con el sector privado y con los centros del conocimiento. Y el Estado nacional tiene que aprender la gestión multinivel del desarrollo para poner en marcha estrategias complementarias y compartidas con las provinciales. Ambas administraciones deben aprender a mejorar la coordinación interministerial para mejorar la sinergia entre los diferentes programas y ámbitos de actuación pública...”¹⁴

G. La situación actual en apretada síntesis.

1. Para analizar la situación actual del Sector, podemos entonces analizar la evolución de las principales variables: acceso, cobertura, efectividad, eficiencia, calidad de los servicios.
2. Al plantear “el problema” hemos puesto el foco en algunas de las variables más importantes; a fin de avanzar en el propósito de este artículo, veamos la situación actual de algunas de esas variables:
 - a El *acceso* ha sido concebido en forma “nominal”; esto es, procurando la cobertura y dotando al Sistema de más centros de atención.
 - b La cobertura fue concebida a partir de la idea de que el Estado debe asegurarla para toda+ la población.

¹⁴ Rappoport, Luis “*Hacia un sistema federal de desarrollo*” Diario La Nación del 21/10/17- pág. 27.

- c* Los servicios públicos han reafirmado la importancia de la efectividad; esto es, lograr los objetivos asistenciales propuestos, relegando la evaluación del equilibrio entre esfuerzos y resultados.
 - d* Las obras sociales han desarrollado una estrategia de eficiencia que asegure sustentabilidad y las empresas de medicina prepaga una de rentabilidad.
 - e* Los esfuerzos en materia de calidad de los servicios han tenido también un tratamiento diferencial por subsectores: en las instituciones públicas se ha concentrado el esfuerzo en crear puntos de atención que contengan la demanda.
 - f* Las obras sociales han enfrentado situaciones adversas en materia de financiamiento producto de la disminución del trabajo registrado y la pérdida de poder adquisitivo de sus ingresos frente al crecimiento de los costos en salud. Las empresas de medicina privada han tendido a segmentar su oferta prestacional, de acuerdo a la capacidad de pago de los usuarios.
3. Hoy se observa con preocupación que el gasto total en salud no parece corresponderse con el volumen y la calidad de los servicios prestados por el sector salud a la población. Las estadísticas muestran un gasto total próximo al 10% del Producto Bruto Interno, cifras comparables con países de mayor desarrollo que logran mejores resultados.

H. Bases para Integrar un Sistema de Salud.

1. Un Sistema fragmentado como el descrito, requiere una solución integrada como marca principal del cambio.
2. El problema es, en esencia, un problema de política pública, de organización y de gestión de las instituciones.
3. El Subsistema Público requiere una solución organizativa federal que permita el ejercicio de la rectoría nacional y que asegure una modalidad de gestión de las instituciones sanitarias provinciales y municipales.
4. Ese diseño organizativo y de gestión debe responder a las necesidades de todas las jurisdicciones, compensar las capacidades diferentes que las mismas presenten y mantener una conducción federal coordinada.
5. El Sistema de Salud debe integrar las tres subsectores, de manera de evitar superposición de capacidades instaladas y desatención por razones de mercado.
6. Los servicios de salud deben conformar una red de atención integral, cualquiera sea la cobertura a la que el ciudadano accedió. Obra social, empresa de medicina privada o institución pública si el ciudadano no accedió a alguno de los otros dos subsectores.
7. El objetivo de Cobertura Universal debe entenderse como un compromiso del Estado en que la totalidad de los habitantes estará cubierto con servicios sanitarios basados en capacidades propias de alguno de los tres subsectores, evitando duplicidades de cobertura que impliquen una mala asignación de los recursos agregados del Sector.

8. Un sistema integrado, permitirá que un paciente sea atendido por todo el Sistema, para lo cual deberá contar con capacidad de generar y mantener actualizada la historia clínica del ciudadano, a la que la institución que intervenga en un evento, consulte antecedentes y registre nuevas prácticas.
9. Se trata de articular la atención entre las jurisdicciones, rompiendo la fragmentación federal, así como articular entre instituciones de los distintos subsectores a fin de evitar la fragmentación sectorial.
10. Resulta fundamental fortalecer el rol de rectoría del Estado Nacional, que deberá operar como el articulador del Sistema.

I. Estrategia para generar un proceso de “convergencia sectorial”

1. Hemos dicho que el principal problema del sector es la fragmentación que lo caracteriza y que genera superposición de coberturas, redundancia de recursos humanos, recursos financieros, instalaciones físicas y equipamiento tecnológico sanitario.
2. Hemos afirmado que la fragmentación tiene dos causas principales; la división del sistema en tres subsectores y la concurrencia del Estado Nacional con las provincias, que suelen incluir también prestaciones sanitarias municipales.
3. Dado que el Estado Nacional concentra las responsabilidades como autoridad de la política del sector y responde como garante del Sistema, parece razonable decir que debería ser el Ministerio de Salud de la Nación el que proponga una estrategia de adecuación de los sistemas sanitarios jurisdiccionales así como los desarrollados en los tres subsectores descriptos.
4. Esa estrategia debería perseguir, como objetivo central., la mayor eficiencia en el uso de los recursos disponibles en el Sector. En principio, pueden establecerse algunos puntos clave para el diseño estratégico:
 - a. La coordinación, cooperación y articulación entre jurisdicciones así como entre instituciones públicas, de la seguridad social y del sector privado. El objetivo de todas las actividades deberá ser el uso más eficiente de los recursos disponibles en las instituciones sanitarias existentes. Asimismo, adecuar los recursos instalados a los requerimientos asistenciales que requieran atención sanitaria y, eso se logra con la “atención en red” y, se obtienen mejores resultados, en la medida en que más actores del Sector integren la red.
 - b. Dentro del Subsector Público, el instrumento más adecuado para avanzar en la coordinación inter-jurisdiccional es el Consejo Federal de Salud (COFESA).
 - c. Resulta importante pensar en un marco jurídico que acompañe y dé sustento jurídico a los mecanismos que se diseñen; para ello, el Consejo Federal de Legislación Sanitaria (COFELESA) aparece como un dispositivo importante.
 - d. La creación en fecha reciente del Programa “Cobertura Universal de Salud” (CUS; Decreto 908/16) por parte del Estado Nacional y encomendado al Ministerio de

Salud de la Nación, podría convertirse en un ámbito apto para diseñar y ejecutar una estrategia como la que se propone. Este programa prevé la participación de todas las instituciones y jurisdicciones que prestan servicios sanitarios y eso es un elemento importante para desarrollar una “estrategia integradora” del sistema.

- e. El desarrollo de una estrategia como la propuesta requiere la realización de un diagnóstico completo de los recursos y facilidades disponibles en las instituciones y jurisdicciones del Sector.
- f. Son etapas obligadas del desarrollo de una estrategia en este sentido, (i) el diagnóstico de capacidades existentes, (ii) el diseño de un sistema de atención en red y, (iii) la adecuación de capacidades de las instituciones participantes.

Las opiniones vertidas por los autores son de su exclusiva responsabilidad y no comprometen a las instituciones a las que pertenecen o en las que trabajan

Buenos Aires, noviembre de 2017