

'El Sistema de Salud en Argentina': Panorama mundial.

➤ Consideraciones previas:

Argentina tiene una población que pasó de 32.6 millones de habitantes en 1990 a 40.5 millones, estimados en 2010, de los cuales el 49% son hombres y el 51% mujeres.

Se calcula que para 2015 la población crecerá a 42.4 millones de habitantes, con una tasa de crecimiento del 0.9%.

Cerca del 92% de la población habita en zonas urbanas, un tercio de esta reside en la zona metropolitana de Buenos Aires, ciudad que concentra el 40% del PBI.

Presenta una estructura poblacional en proceso de envejecimiento, siendo que el porcentaje de adultos mayores pasó de 2,5% en 1895 a 3.9% en 1947 y 10% en 2010. El proceso se debe a factores tales como el descenso sostenido de la tasa de fecundidad, donde se pasó de 7 hijos por mujer para finales del siglo XIX, a 2.2 hijos en 2008.

Descendió también la mortalidad general, pasando de 17 a 7.6 defunciones por cada 1000 habitantes, entre 1947 y 2008. Se incrementó la esperanza de vida al nacer, pasando de 40 años en 1947 a 75 años en 2008¹.

➤ Condiciones de salud:

El perfil epidemiológico muestra un crecimiento de las *enfermedades no transmisibles (ENT)*, sin embargo las *infecciones comunes* y *problemas reproductivos* afectan a poblaciones vulnerables.

En 2008 casi el 70% de las defunciones correspondieron a *mayores de 65 años* y el 50% se debieron a *ENT*, tales como las *enfermedades cardiovasculares* y *cáncer*.

Descendieron entre 1990 y 2008 las tasas de *mortalidad materna e infantil*. La *razón de mortalidad* se estabilizó a partir de 1994 en unas 40 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Es preciso destacar que esto encuentra una fuerte brecha entre las provincias. En la CABA la *razón de mortalidad materna* en 2008 fue de 9 por cada 100.000 nacidos vivos, en las provincias de *Formosa* y *Jujuy* la tasa se ubicó por encima de 100.

La *mortalidad infantil* descendió de 25.8 por 1000 nacidos vivos en 1985 a 12.5 en 2008. Las jurisdicciones con mayor ingreso per cápita tienen una *tasa de mortalidad infantil* de 8 por cada 1000 nacidos vivos contra 19 en regiones más pobres.

¹ Datos provenientes del INDEC.

Son las principales causas de muerte infantil la *desnutrición*, las *diarreas*, las *dificultades respiratorias del recién nacido* y las *malformaciones congénitas del corazón*; 2/3 partes de las muertes infantiles son neonatales.

Se estima que 6 de cada 10 muertes de recién nacidos podrían evitarse a través del control del embarazo, la adecuada atención del parto y el diagnóstico y tratamiento temprano de las patologías neonatales.

En 2008 las principales causas de muerte fueron las *enfermedades cardíacas*, incluyendo las *hipertensivas* y los *tumores malignos*, luego se ubicaron las *enfermedades cerebrovasculares*.

En **mujeres** las principales causas de muerte son la *insuficiencia cardíaca*, las *enfermedades cerebrovasculares*, las *infecciones respiratorias agudas* y las *enfermedades isquémicas del corazón*, que concentran la tercera parte de las muertes totales.

En cuando a los **hombres**, las principales causas de muerte son la *insuficiencia cardíaca*, las *enfermedades isquémicas del corazón* y las *enfermedades cerebrovasculares*.

➤ **Organización y cobertura:**

El sistema de salud Argentino está organizado de acuerdo con tres subsectores, poco integrados entre sí y fragmentados, estos son el Sector Público, el de la Seguridad Social y el Sector Privado. El Ministerio de Salud de la Nación es la autoridad sanitaria nacional y el organismo encargado de generar las políticas respectivas para el sector.

El **Subsector Público** encuentra como referente al 'hospital público' que brinda asistencia a quienes carecen de cobertura, además de haberse erigido en prestador de las obras sociales, con el propósito de gestionar recursos y obtener el pago de los servicios que brindan a sus beneficiarios que, en número creciente, se atienden en esos establecimientos.

Es así que la llamada 'autogestión hospitalaria' permitió perseguir el cobro de los servicios que el hospital brinda a los beneficiarios de las obras sociales; como así requerir el pago a aquellos usuarios que pueden afrontarlo, brindando atención gratuita sólo a las personas carenciadas, previa evaluación que realizan los servicios sociales de esos establecimientos.

El **Subsector de la Seguridad Social**, conformado por Las 'obras sociales' las que, desde que se reguló el sistema con el dictado de la Ley 18.610/1970 (t.o. 1971)² y demás normas concordantes, han sido las que proveen cobertura médico-asistencial a los trabajadores bajo relación de dependencia. También lo conforman 24 jurisdicciones, con las respectivas obras sociales provinciales,

² Las que la sustituyeron o modificaron: Leyes 22269, 23660 y 23661 y la llamada desregulación acaecida a partir del dictado del Decreto 9/1993.

Municipios, Fuerzas Armadas y de Seguridad, Universitarias, Mutuales, EMP, INSSJP, y el PRO.FE.

Por último, el **Subsector Privado**, ámbito en el que se produjo la aparición de las denominadas 'empresas prestatarias de servicios de medicina prepaga', que conforman el subsistema privado. Es de mencionar que con el dictado del marco regulatorio respectivo, constituido por la ley 26.682, y los decretos 1991/11 1993/11, pudieron superarse algunos de los problemas frecuentes que motivan quejas por parte de los afiliados, entre otras obligaciones debe garantizar como mínimo las prestaciones previstas en el PMO.³

En cuanto a la participación ciudadana, es la reforma constitucional, ocurrida en 1994, la que brinda mecanismos para permitir que toda persona pueda intentar la defensa de sus derechos frente a todo acto u omisión de autoridades públicas o de particulares. La misma norma, ello es el artículo 43 de la CN, reconoce legitimación procesal al Defensor del Pueblo de la Nación, como así a las organizaciones intermedias (organizaciones no gubernamentales-ONGs).

➤ **Programa Médico Obligatorio (PMO). Antecedentes.**

El PMO responde a las iniciativas de las reformas procompetitivas en salud iniciadas en Europa hacia fines de la década del 70; dichas reformas proponían introducir la competencia como un estímulo a la eficiencia en los sistemas de atención médica financiados públicamente, sosteniendo que la competencia mejora la eficiencia. Se entendía que la competencia prometía 'mas por menos' y que generaría mas y mejores servicios por menos dinero.

Es importante señalar que las reformas procompetitivas de los sistemas de atención médica deben ser comprendidas, tanto como parte de un intento por recuperar competitividad económica internacional, cuanto para encarar problemas específicos del sector salud. Para algunos gobiernos, la reducción del sector público (dentro del cual la reforma del Sector Salud fue central) representó una forma de cooperación con la declinación económica mundial.

En este sentido la creación y puesta en ejecución del **Programa Médico Obligatorio (PMO)** en la Argentina formó parte de un discurso internacional de políticas de salud y planificación, con énfasis en la reestructuración del sector público a partir de la idea de competencia y calidad en la atención médica.

En relación con esto último el Banco Mundial en su reporte de 1993⁴ fijó las recomendaciones para el otorgamiento de un crédito destinado a la reforma del

³ PMO=Programa Médico Obligatorio y Ley 24754/1996: artículo 1: 'A partir del plazo de 90 días de promulgada la presente ley, las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga deberán cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura médico asistencial las mismas "prestaciones obligatorias" dispuestas por obras sociales, conforme lo establecido por las leyes 23.660, 23.661 y 24.455, y sus respectivas reglamentaciones.'

⁴ Invertir en Salud, Banco Mundial/1993/World Development Report, Investing in Health.

Sistema de Seguro de Salud Argentino. Al mismo tiempo que valoró el dictado de los decretos **292** y **492**, ambos dictados en **1995**⁵, en el apartado de *Condiciones para el Crédito* refiere -entre otras condiciones- explícitamente la creación del **Paquete Básico de Salud**.

Es a partir de la década del 70, en que se decide sistematizar el funcionamiento del sector conocido como el de 'las obras sociales' o de 'la seguridad social'. El Mensaje de elevación del proyecto correspondiente⁶ señalaba la preocupación del entonces Ministerio de Bienestar Social por la difícil situación existente en materia de obras sociales, ante la falta de una legislación adecuada que fijara pautas mínimas en cuanto a su régimen de funcionamiento, y frente a las dificultades financieras de muchas de ellas, tanto estatales como sindicales, debido a los escasos recursos con que contaban para solventar las prestaciones que otorgan a sus afiliados.⁷

Esa preocupación se hizo también extensiva a la existencia de importantes sectores de trabajadores que no se encontraban amparados por obra social alguna, viéndose así obligados a afrontar con su solo esfuerzo la cobertura de riesgos que normalmente se financian en forma solidaria, o privados de beneficios de indudable significación.

Esta ley organizó jurídicamente a los actores ya existentes –obras sociales del Estado, sindicales y de administración mixta-, pero, fundamentalmente, reguló el sistema de financiación, con contribuciones patronales y aportes de los trabajadores, diferenciándose así estos recursos de los aportes sindicales. En consecuencia, los trabajadores bajo relación de dependencia accedían –en forma obligatoria y en calidad de beneficiarios- al sistema de obras sociales.

Con el dictado, a comienzos de la década del 80, de la **ley de facto N° 22.269**, algún autor consideró que se 'estatizaba lisa y llanamente' todas las obras sociales⁸, pero además se estableció que las prestaciones médico-asistenciales no podrían ser brindadas por las asociaciones gremiales de trabajadores.⁹

A fines de esa década se dictaron las **leyes Nos. 23.660 y 23.661**, encargadas de la *regulación de las obras sociales y del sistema nacional del seguro de salud*, respectivamente. Estas normas no aportaron mayores novedades al sector de la seguridad social y continúan en vigencia pese a las constantes modificaciones que se produjeron por vía reglamentaria.

En este contexto el PMO, es el programa que determina cuáles son las prestaciones obligatorias que los beneficiarios de las obras sociales que integran el Sistema Nacional de Obras Sociales¹⁰ es decir los trabajadores bajo relación de

⁵ Establecen las bases legales y los mecanismos financieros para la creación del P.M.O, crea condiciones para una efectiva competencia entre las obras sociales y para alcanzar un equilibrio financieros en el INSSJP ley N° 18.610.

⁷ Bs. As. 23 de febrero de 1970.

⁸ Conf. Oscar GARAY, 'Régimen legal de las obras sociales y del seguro de salud', pág. 32.

⁹ Conf. Art. 48, ley citada.

¹⁰ Conf. leyes 23.660, 23.661 y complementarias.

dependencia, como así, sus grupos familiares primarios, como los beneficiarios que adhieren a las empresas prestadoras de servicios prepagos de salud deben obtener.

Este programa se integra, también, con todas aquellas normas dictadas o a dictarse que establecen prestaciones de índole obligatoria para todos los subsectores.

Tradicionalmente, en nuestro país, el otorgamiento de las prestaciones se realizaba en función de la demanda, la calidad y cantidad de dichas prestaciones, presentando grandes diferencias según el subsector en el que era atendida la población. Se priorizaban las acciones reparadoras por sobre las preventivas.

La implementación del PMO es un intento por modificar esta situación, siendo que para alcanzar este objetivo debe realizarse un trabajo de constante actualización que contemple las necesidades de la población involucrada, en la búsqueda de la equidad necesaria para que la estrategia sanitaria resulte útil a los involucrados.

➤ **Desafíos actuales.**

La salud, se vive –no como un hecho excepcional- sino que se realiza en el marco de la vida cotidiana: hogar, escuela, trabajo y recreo, acordando así con lo señalado, en tal sentido, por la Carta de Ottawa de 1986.

En este contexto el acceso es un reflejo de la influencia que tienen los *factores* individuales, sociales, culturales, económicos y ambientales, que además de tratarse de ‘determinantes de la salud’, también lo son de la *posibilidad de acceso*, considerado este como la verificación concreta del ‘derecho a la salud’.

Es del caso señalar que tampoco debe limitarse la mirada al acceso a los servicios de salud, pues la salud se configura básicamente a través de la protección de la salud, prevención de la enfermedad, promoción de la salud y también mediante su restauración, cuya correcta realización permite adoptar conductas que habrán de prevenir que la cuestión no se limite a esta última estrategia.

Se trata de asumir la **responsabilidad colectiva sobre la salud**, con **énfasis en la prevención**, mirando **cuáles son los factores de riesgo**, las determinantes socio-económicas y ello sólo se logra a través de una mirada netamente multidisciplinaria.

Siguiendo entonces los preceptos Constitucionales, en referencia concreta al artículo 121 (no reformado en 1994) ‘*las provincias conservan todos el poder no delegado al gobierno federal.....*’ ello fundamentalmente implica que estas cuestiones –no delegadas- deben ser analizadas, evaluadas y deberían concretarse en el ámbito de este marco en el que se ha decidido que se concreten, como es el caso, del ‘derecho a la salud’.

Si se pueden construir desde allí, las Instituciones como los Observatorios de Derechos Humanos, las Defensorías del Pueblo y otras instituciones con similares propósitos, podrán contribuir a que el acceso se verifique, en tanto puede

ocuparse puntualmente del caso en cuestión, siendo que –en algunos supuestos– esas soluciones se extienden al conjunto afectado.

➤ ***La Corte Suprema de Justicia de la Nación y la salud.***

El *derecho a la salud*, como *obligación positiva estatal*, supone la articulación de una *política sanitaria pública*, que para su existencia depende de la asignación de partidas presupuestarias suficientes. Por otra parte, la ley de presupuesto es un acto político de gobierno, interpretado por la jurisprudencia como una cuestión no justiciable, lo que instaura un ineludible obstáculo para los justiciables, quienes en ejercicio de una prerrogativa exigen el reconocimiento y protección de su salud. Existe entonces una oposición entre la “restricción de partidas presupuestarias” deducida, en la generalidad de los casos, por algún organismo integrante del propio Estado, lo que obliga a dirimir el conflicto sin violentar el principio de división de poderes.

Desde la perspectiva del derecho constitucional, la actividad financiera del Estado debe ajustarse en un sentido sistemático y unitario, intentando la vinculación entre el derecho tributario y el derecho presupuestario (tributos y gasto público), de modo tal que la actividad financiera sea más que un medio para la autorealización del Estado de Derecho. *Ergo*, no es ajeno a la actuación del Poder Judicial (como poder del Estado) el ejercicio del control judicial, en la medida que se vea conculcado el derecho fundamental del hombre a la salud.

➤ ***La salud en la Constitución Nacional Argentina. Pactos Internacionales.***

Hasta la reforma de la CN en 1994, no existía texto alguno con jerarquía constitucional que consagrara explícitamente el derecho a la salud. El nuevo artículo 42 de la CN dispuso la protección de la salud, aunque en el contexto particular de la “relación de consumo”.

El artículo 75.22 de la CN otorgó jerarquía constitucional, entre otros Tratados e instrumentos transnacionales, al PIDESC (artículos 12.c) 50, que contempla el derecho a la salud con un contenido y alcance más específico, refiriendo las obligaciones asumidas por el Estado. En un sentido similar lo hace la CADH (artículo 4.1 y 4.5) y PIDCP (artículos 5° y 6°).

Cabe destacar que el mencionado Pacto no obliga al Estado a hacerse cargo de la cobertura integral de los ciudadanos. Basta para cumplir la obligación con que toda persona pueda **acceder a servicios de salud**, teniendo en cuenta, si fuera necesario, su capacidad contributiva, dada la finalidad de **equidad** que caracteriza el paradigma del derecho social.

➤ ***Acceso a la salud: un bien social?***

Dentro del marco descripto, resulta apropiado señalar que el ‘*acceso a la salud*’ constituye un *derecho social*; es un ‘**bien social**’, cuya obtención el Estado debe

garantizar. Esta garantía trasciende los aspectos jurisdiccionales, es decir que más allá que el otorgamiento de los distintos servicios de salud correspondan al subsector *público*¹¹, al de la *seguridad social*¹² o *privado*¹³, la salud es un bien esencialmente social.

Para que el Estado asuma esta responsabilidad, cuya concreción -por otra parte justifica su existencia-, en tanto se trata de uno de sus fines esenciales, debe advertirse que el conjunto social aspira -cuando se refiere a la *atención de su salud*- a ser tratado como un *ciudadano* y no como un mero ‘consumidor’, ‘cliente’ o ‘usuario’. En qué radica la diferencia?: precisamente en las ‘**obligaciones**’ derivadas del carácter de ciudadanos¹⁴; se espera entonces que el Estado -como contrapartida- asegure este bien social (*la salud*) en pos de mantener el equilibrio necesario para preservar un orden colectivo adecuado.

Cuando estas pautas no se cumplen los *ciudadanos* sufren el desajuste que significa la falta de adecuación de esos postulados con la realidad cotidiana.

Esto señala precisamente cuál es el desafío que enfrenta el Estado, como estructura social y política, a cuyo cargo se encuentra la reparación de las inequidades que se plantean ante las dificultades para acceder a los servicios o prestaciones. Estos problemas se observan en todos los niveles sociales o culturales, -obviamente- con distintos resultados y consecuencias, en función del sector de que se trate.

➤ **Desafíos en un mundo globalizado.**

Recientemente la Revista británica The Lancet, publicó la opinión, polémica por cierto, de expertos en salud pública, quienes, con el Profesor Ole Petter Ottersen, de la Universidad de Oslo (Noruega), señalan que la salud no aparece como una prioridad en la agenda política mundial, sin embargo está presente en el día a día de todos y cada uno de los habitantes del planeta.

Señala también que las políticas que llevan a cabo los gobiernos e instituciones internacionales, dan origen a desigualdades en salud.

‘...Las naciones son responsables de la salud de los ciudadanos, pero con la globalización, muchos determinantes de salud están ahora fuera de control de un único gobernante y son inherentemente globales....’

Pone de resalto que en la actualidad la inmigración afecta al 30% de la población mundial, por su parte los conflictos armados fueron la causa de casi 20 millones de muertes en el siglo XX. Los Tratados de Libre Comercio, los aranceles de la

¹¹ Nacional, provincial o municipal.

¹² Obras Sociales tanto nacionales como provinciales o municipales.

¹³ Principalmente presentado por las empresas de medicina privada.

¹⁴ Ej. el pago de impuestos, voto obligatorio, entre otros.

agricultura, las leyes de propiedad intelectual¹⁵, incluyendo fenómenos climáticos, también repercuten en los 'determinantes de la salud'.

Precisa que los avances científicos y médicos benefician a la población de forma desigual '*...que los pobres soporten la mayor carga de enfermedad no es simplemente un problema de pobreza, sino de desigualdades socioeconómicas...*'

Para finalizar propone algún tipo de Institución transnacional vinculante con capacidad para vigilar y sancionar según qué aspecto de la salud mundial escapen del control de los gobiernos nacionales.

➤ **Consideraciones finales.**

De acuerdo con la exposición precedente procede establecer algunas precisiones vinculadas con problemas de *salud pública* que deben resolverse tanto a nivel de los propios países como a nivel global.

En tal sentido, en mi opinión, son interesantes los señalamientos publicados por la Revista británica, por cuanto traducen la necesidad de tomar conciencia que, si bien las dificultades pueden tener características locales, en función de cada país, existen, también, otras que afectan o potencialmente pueden afectar al conjunto.

Así, las migraciones y el movimiento actual constante de las personas, generan riesgos impensados, alentando, por ejemplo, la posibilidad de importar y exportar enfermedades¹⁶, es por ello que el concepto de 'determinantes de la salud' debe ser un concepto dinámico que permitan observar mejor para analizar y buscar soluciones.

No escapa a estas consideraciones que las medidas deben tomarse en acuerdo con las distintos Estados que conforman una misma Región; por su parte la existencia de organismos internacionales o la creación de nuevos no garantiza, en modo alguno, la corrección de las fallas; para ello basta considerar que un buen número de los que existen no han podido o no han sabido cómo dar adecuada canalización a las situaciones que tal como señalaran los expertos no se han solucionado, a modo de ejemplo obsérvese lo que ocurre con los 'avances científicos y médicos que benefician a la población en forma desigual' o la falta de 'acceso universal' a la salud.

En suma, la resolución de los problemas comenzará cuando se tome verdadera conciencia de su existencia, siendo una señal valiosa la inclusión de las cuestiones de *salud pública* en las respectivas agendas políticas.

Dra. Mónica Teresita del Cerro

¹⁵ Como el caso de Sorafenib en la India, "Nosotros no desarrollamos este medicamento para el mercado indio, lo hemos desarrollado para los pacientes occidentales que pueden permitírselo". Son las palabras del consejero delegado de la farmacéutica alemana Bayer, Marijn Dekkers, en un foro de la industria farmacéutica celebrado el pasado 3 de diciembre en Londres [y posteriormente recogidas](#) por la revista semanal [Bloomberg Business Week](#) y que han provocado la indignación de muchos

¹⁶ Tal el caso del 'dengue' importado, o el 'sarampión' importado, en oportunidad del Mundial de Fútbol que se realizó en Sudáfrica.

