

Año 2015



**BOLETIN DE
SISTEMAS Y POLÍTICAS
DE SALUD**

Boletín N° 2

Breve reseña histórica de la evolución de los Sistemas de Salud. El caso Argentino: una historia de fragmentación e inequidad

Lic. María Teresa Rossi^(*) Lic. Amanda N Rubilar ^(**)

PRIMERA PARTE

CONFIGURACIÓN SOCIAL Y SALUD

Los sistemas de salud, entendiéndolos por tal a un conjunto de recursos que se organizan para ayudar a la población frente al riesgo de enfermedad y para promover la salud humana ⁽¹⁾, han existido desde que las personas intentaron proteger la salud.

La forma en que los sistemas de salud se han organizado a lo largo de la historia ha estado íntimamente asociada a la manera en que se ha organizado el modo de producción de la sociedad.

Así, en el agrupamiento primitivo cuando el principio organizador era la subsistencia del grupo social, el concepto de salud perseguía el objetivo de consolidación social y estaba fuertemente influido por las prácticas religiosas. En un contexto donde las supersticiones constituían el núcleo central de las prácticas de salud, la concepción mítico-religiosa de la enfermedad conducía a un tratamiento mágico-religioso. Los brujos, los hechiceros, los videntes, los chamanes eran los encargados de conocer las causas de las enfermedades y las muertes que ocurrían en las tribus y aldeas,

ejerciendo de este modo el papel de los sanadores (médicos), eliminando o alejando los malos espíritus que eran los causantes de las enfermedades. Este importante rol que ejercían dentro de la tribu les permitía tener gran reconocimiento y respeto de parte de los integrantes de la misma, razón por la que el paciente se sometía totalmente a los dictados de estos elegidos, que podían hablar con los dioses e interpretar signos. Estos sanadores profesionales eran iniciados por un maestro para tratar a los enfermos. Si el trastorno tenía causa evidente (golpe, caída) utilizaban remedios empíricos (trepanación, entablillado, hierbas medicinales). Si la enfermedad no era explicable, se la consideraba de origen sobrenatural o un castigo en cuyo caso el tratamiento se basaba en prácticas de carácter religioso, tales como ofrendas a los dioses, oraciones y rituales. El sostenimiento de estos sanadores estaba a cargo de la aldea, mediante retribuciones en especie de los enfermos.

En la sociedad esclavista en cambio, la producción se realizaba con el trabajo de los esclavos, en tanto que los hombres libres integraban la clase dirigente y era ésta la que reunía la totalidad del poder y lo ejercía. En una sociedad de este tipo con una clara diferenciación social, la salud también aparece claramente diferenciada por clase o grupo social.

En la sociedad griega, que es donde se inició el pensamiento médico científico cuyo origen se puede vincular a la escuela de los hipocráticos, podían distinguirse tres tipos de práctica médica: la psicológica, la resolutiva, y la medicina para esclavos. Las dos primeras se aplicaban a los hombres libres. La

^(*) Directora Asociada Consultora ExcelGess
<http://www.consultora-excelgess.com/>

^(**) Directora General Consultora ExcelGess

psicológica se basaba en el tratamiento individualizado y utilizaba la persuasión verbal y cierta educación médica y se aplicaba a hombres libres y ricos, en tanto que la resolutiva se aplicaba a los hombres libres que no disponían del dinero suficiente como para pagar los honorarios ni el tratamiento y tampoco disponían del tiempo necesario para la educación que requería la medicina psicológica. En ambos tipos de práctica la finalidad era mantener las capacidades mentales de los hombres libres para que pudieran ejercer su rol dirigente, y la profesión médica se ejercía intelectualmente con una participación activa por parte de los pacientes. La medicina para esclavos era ejercida por los esclavos de los médicos quienes prescribían lo que la práctica indicaba sin pedir aclaración sobre la enfermedad. La profesión médica se ejercía de manera mecánica y la actitud de los pacientes era pasiva. En este caso la finalidad de la práctica médica era mantener la fuerza física de los esclavos para que siguieran produciendo.

Durante ese período las escuelas médicas son nutridas por la impresionante producción filosófica (Sócrates, Platón, Aristóteles), y van a traspasar la frontera de la mitología para entrar de lleno en el reino de la naturaleza, la técnica se diferencia así de las prácticas religiosas. Si bien durante este tiempo junto a la medicina técnica seguía existiendo la medicina mágica, la primera se va abriendo paso y ya no se detendrá. Galeno médico de emperadores avanzaría hacia nuevos caminos inexplorados. La salud y la enfermedad pasan a ser movimientos entre el equilibrio y el desarrollo de la physis en un medio y un ambiente determinado y a su vez cambiante (paradigma ambientalista). La práctica médica y la terapéutica se sistematizan. El rol del

médico tanto en Grecia como en Roma está bien establecido, y ya se distinguían distintas situaciones laborales de los médicos: 1- médicos privados, 2- médicos públicos, 3- esclavos médicos. La práctica médica era una práctica libre, no se exigía título o diploma para su ejercicio, que dependía de la aceptación social. Aunque coexistían curanderos, sanadores mágicos, empíricos y médicos bien formados, éstos últimos procuraban distinguirse de los otros con sus Acreditaciones en las Escuelas de más prestigio. En Roma, los médicos formados en escuelas acreditadas se agrupaban en organizaciones profesionales, Collegia.

El cristianismo no sólo va a influir en la aparición de instituciones hospitalarias sino que además va a reforzar los aspectos éticos del cuidado: el enfermo como hijo de Dios, merece respeto, atención y amor. La función de enfermería va a ser una consecuencia natural de estos principios ⁽²⁾. En Bizancio, con el emperador Justiniano, se crean importantes hospitales donde eran atendidos los pobres, se apoya a los médicos y cada vez más se da importancia a las enseñanzas regladas y supervisadas ⁽³⁾. Bizancio representó hasta la caída de Constantinopla, un papel clave en la conservación y difusión de la medicina galénica.

Durante el convulsionado milenio que va desde el S. V hasta el S. XV, la medicina sufre un retroceso y estancamiento significativo. La sociedad medieval era una pirámide organizada por capas sociales jerárquicamente estructuradas. El orden social y político se basaba en el orden natural que como tal era inmutable, mientras que el conocimiento pasaba por la iglesia, la cual constituía una jerarquía paralela. La sociedad era profundamente estática, ya que cada individuo permanecía en la

clase social en la que había nacido. La actividad económica principal era la agricultura por ende la posesión de la tierra constituía una importantísima fuente de riqueza y de poder. En este contexto la enfermedad era vista como un castigo divino a los pecadores, y la salud por el contrario no sólo significaba curación física sino también salvación espiritual, por este motivo la práctica de la medicina estaba a cargo de los monjes médicos (los que serían sucedidos por los médicos seculares) y el paciente estaba totalmente sometido a sus dictados.

Los monasterios, embrión de las futuras universidades, mantuvieron y difundieron la literatura médica. En el S. XIII las Escuelas Médicas llevarán a cabo la incorporación y actualización del galenismo y la regulación de la formación médica y del ejercicio profesional se va generalizando progresivamente. La organización de la práctica asistencial mantenía las tres divisiones clásicas: los médicos de reyes y nobles que estaban contratados con exclusividad, los médicos de la burguesía que atendían a domicilio, los médicos municipales y de órdenes religiosas que atendían a los pobres en los hospitales. Con el Renacimiento, período éste que abarca aproximadamente desde 1.400 hasta 1.530, se puso fin al largo letargo que supuso el medioevo y se produce un redescubrimiento de la cultura pagana de la antigüedad, es por ello que en la concepción del proceso de enfermar se retorna al paradigma ambientalista que había prevalecido en la sociedad esclavista.

En la sociedad capitalista con la aparición de las ciudades mercantiles y las primeras fábricas aparecen los trabajadores libres, el proletariado, que vende su fuerza de trabajo a los capitalistas a cambio de un salario, las

prácticas médicas se transforman y se desarrolla una nueva ciencia de carácter empírico. La salud tiene como finalidad la preservación de la fuerza de trabajo, la protección de la clase dirigente y la salvaguardia del orden social. Entre los S. XVI y S. XVIII se produce la transformación de la medicina galénica en la medicina moderna, la medicina técnica se hace científica, es por ello que tanto la salud como la enfermedad deben tener una causa científica de naturaleza física que pueda controlarse. La búsqueda de la causa y la interpretación fisiopatológica orientarán el tratamiento. Johann Peter Frank, impulsor de la medicina social en su famosa conferencia la Misericordia del Pueblo como madre de las enfermedades afirma que “cuanto más débil y agotada por las preocupaciones está la máquina humana, tanto más fácilmente penetran en ella los miasmas y los gérmenes infecciosos”. Durante estos tres siglos la práctica médica va incorporando sistemáticamente nuevos elementos y proliferan las academias y los colegios que agrupan a los médicos y le brindan formación, además de impulsar el debate y la investigación. La organización de la práctica sigue manteniendo la clásica división de una medicina para los ricos que eran atendidos en sus palacios, la medicina para la clase media que era atendida en su casa y la medicina para los pobres atendidos en el hospital de beneficencia, municipal, religioso o real, la institución hospitalaria sigue ligada a la pobreza. A lo largo del S. XVII como consecuencia de las epidemias las autoridades se ven obligadas a promover y organizar acciones tendientes a reglamentar la lucha contra las mismas, regular el ejercicio de la profesión, ordenar la formación y a incrementar la red hospitalaria, el Estado advierte que debe regular la práctica médica asistencial para crear una organización

suficientemente amplia y sostenible. Hacia fines del S. XIX se van a crear las condiciones para iniciar un cambio en el esquema milenarista de la organización asistencial, y comienzan a gestarse entonces los sistemas de salud con la configuración que conocemos.

EVOLUCIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD MODERNOS

Hacia finales del S. XIX con la creciente industrialización y organización de los trabajadores, las sociedades comenzaron a reconocer el elevado costo de la muerte, la enfermedad y la discapacidad entre la fuerza laboral, así como la importancia de la situación sanitaria de la población asalariada. Para esa época en algunos países de Europa la salud de los trabajadores se convirtió en un tema político.

En la Rusia zarista hacia 1.865 se crea el "zemstvo" el primer servicio público de atención médica gratuito financiado con ingresos tributarios pensado para atender a la población campesina.

En Alemania hacia 1.879 los socialistas, que habían obtenido algunas bancas en el Parlamento, concientes de la importancia de la solidaridad dentro de la incipiente clase obrera presentan un proyecto de ley de seguros sociales obligatorios. En 1.880 en medio de un clima de agitación social el Canciller Otto Von Bismarck disolvió el Parlamento, encarceló a los diputados socialistas, pero rescató el proyecto por ellos presentado, sobre esa base surgieron las leyes de enfermedad y maternidad (1.883), de accidente de trabajo (1.884), y de envejecimiento, invalidez y muerte (1.889). Bismarck quería un sistema nacional uniforme excluyendo las

compañías aseguradoras privadas con ánimo de lucro, no obstante se apoyó en las "sociedades de enfermedad" existentes (que eran compañías privadas de enfermedad) y estableció un programa que pagaba por los servicios médicos y daba ayuda económica en los períodos de enfermedad y accidentes de trabajo para una determinada categoría de trabajadores. Las dos terceras partes de la prima la pagaba el empresario y el tercio restante el trabajador.

El modelo "bismarckiano" que fue creado con el objeto de frenar los progresos del socialismo, dio origen al primer sistema estatal de políticas sociales de los tiempos modernos. Se caracterizaba por su concepción aseguradora, razón por la que los montos de las pensiones y los subsidios se calculaban en función de los ingresos percibidos por los solicitantes, y sus pautas fueron pensadas exclusivamente en función del trabajador asalariado.

Surge así, el primer modelo de desarrollo de política social, el modelo de Estado Social, el que se constituye como una compensación por la falta de libertades y adopta una forma autoritaria de integración de los trabajadores.

La popularidad de medidas de este tipo entre los trabajadores condujo a la adopción de leyes similares en Bélgica (1.894) y Noruega (1.909).

En Gran Bretaña en el año 1.911 se aprobó la primera ley de Seguro Nacional 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.

Con la Revolución Rusa (1.917) se creó el sistema soviético de servicio de salud, el primer sistema sanitario totalmente nacionalizado.

En el año 1922 Japón agregó los servicios médicos a las otras prestaciones a las que tenían derecho los trabajadores, aprobándose el primer seguro sanitario obligatorio en un país no Europeo.

En 1.924 el movimiento laborista en Chile impulsó la primera legislación de un seguro sanitario en un país en desarrollo.

Al principio de la década de los treinta Henry Kaiser diseña las líneas maestras del primer seguro social que se organizó en Estados Unidos con el nombre de la "Kaiser Permanente". En 1.933 se crea la Blue Cross, un seguro voluntario hospitalario.

En 1.938 Nueva Zelandia había pasado a ser el primer país en introducir un servicio nacional de salud.

Costa Rica sentó las bases para el seguro de salud para toda la población en 1.941.

En Inglaterra ya en el año 1.942 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 del 30 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. Estamos ante los orígenes de lo que posteriormente se denominará el Estado de Bienestar.

En México, tanto el Instituto Mexicano del Seguro Social como la Secretaría de Salud se crearon en 1.943.

En Canadá en el año 1.946 la provincia de Saskatchewan decide establecer un sistema hospitalario provincial.

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 1.948 se convertiría en el Servicio Nacional de Salud, uno de los modelos de salud más influyente desde entonces y aún hasta nuestros días, que cubría a la totalidad de la población y se financiaba a través de impuestos.

Ese mismo año las Naciones Unidas aprueba la declaración Universal de los Derechos Humanos. Estos nuevos derechos incluyen: derecho al trabajo; igual salario por igual trabajo; protección contra los efectos de la enfermedad, la vejez, la muerte, la incapacidad y el desempleo involuntario; percibir un ingreso que asegure una existencia conforme a la dignidad humana; disfrutar de un nivel de vida adecuado que garantice la salud y el bienestar; disponer de descanso y de tiempo libre; y tener un amplio acceso a la educación y a la vida cultural de la comunidad. Se trata de derechos que el propio Estado tiene la responsabilidad y la obligación de llevar a la práctica, dictando las leyes y proveyendo los recursos necesarios. En los países hoy denominados desarrollados fue posible efectivizar en la práctica estos derechos a través de lo que se denominó el Estado de Bienestar.

Los sistemas de salud existentes en la actualidad se crearon tomando como diseño básico bien el modelo del "seguro" creado por Bismark en Alemania, o el modelo del "servicio" de Beveridge en Gran Bretaña.

El modelo del "seguro" propone cubrir el financiamiento de la demanda, de todos o al menos de la mayoría de los ciudadanos, por medio de pagos obligatorios del empleador y de los

empleados a fondos de seguro o de enfermedad, estando la prestación de los servicios a cargo tanto de proveedores públicos como privados.

El modelo del "servicio" implica además del manejo del financiamiento, que se cubre a través de ingresos tributarios, la coordinación y organización de la oferta de servicios por parte de las agencias públicas, centralizando a tal efecto la planificación de la prestación. En general los países europeos han optado por alguno de estos modelos.

Existe además, un tercer modelo donde la participación estatal a pesar de ser sustancial está más limitada, la cobertura se da solamente a ciertos grupos de la población tal como sucede en los Estados Unidos con los programas Medicare, destinado a la asistencia de personas mayores de 65 años, y Medicaid, que cubre a las personas por debajo de la línea de pobreza, en tanto que el resto de la población depende del sector privado, el cual aporta fondos, presta servicios y es propietario de los establecimientos asistenciales.

En los países de ingresos medios como los latinoamericanos los sistemas de salud tienden a ser una mezcla de los modelos vigentes en los países desarrollados.

REFORMAS IMPLEMETADAS

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud ⁽⁴⁾ entre 1940 y 1950 se produce lo que denomina la primera las tres generaciones de reformas que se aplican a los sistemas de salud a lo largo del siglo pasado. En el citado período los países ricos crearon los sistemas nacionales de atención sanitaria, y se

extendieron a los países de ingresos medios los sistemas de seguro social.

Hacia finales de la década de los 60 ya muchos de esos sistemas estaban sometidos a fuertes presiones. En general el incremento incesante de los costos de la atención que se producía tanto en los países desarrollados como en los en vías de desarrollo, la falta de equidad en la prestación de los servicios que se evidenciaba en los países con sistemas de cobertura universal, la imposibilidad (en general por problemas de diseño) de llegar en los países pobres a las poblaciones rurales; fueron los principales motivos que permitieron verificar la necesidad de poner en marcha un cambio significativo en los sistemas de salud a efectos de volverlos más eficientes, equitativos y accesibles.

Surge de este modo la segunda generación de reformas que depositó en la atención primaria el foco de acción a fin de lograr una cobertura accesible a toda la población. La Organización Mundial de la Salud al establecer en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud celebrada en 1.978 en Alma-Aña la meta "salud para todos en el año 2000" dio nuevo impulso a las iniciativas para llevar atención sanitaria básica a las personas en todo el mundo.

Los resultados de estas reformas fueron disímiles y esta es la razón por la que no sólo no hay un único modelo de atención primaria, sino que además resulta difícil imitar los modelos exitosos de aquellos países que lograron una importante mejora en la atención de la salud a un costo razonable.

Una de las posibles explicaciones para que esto sea así, es que la concepción que se tiene sobre la atención primaria en los diversos países no es uniforme. En los países desarrollados al asociarse la

atención primaria a la medicina general y familiar se facilitó su integración a la totalidad del sistema de salud. En los países en desarrollo, en cambio, como en general se ha contado con un financiamiento y asignación de los recursos inadecuados, se la ha asociado a una atención de menor calidad dirigida a los pobres, a los que sólo se les ofrecen las prestaciones más sencillas.

Si bien en términos generales se puede afirmar que el movimiento de atención primaria no logró alcanzar su potencial, es justo señalar que gran parte de sus fundamentos técnicos siguen siendo válidos y se siguen mejorando continuamente.

Durante la década de los 80 y sobretodo en la de los 90 se produjeron en el mundo profundos cambios sociopolíticos entre los que no se puede dejar de destacar la constitución de la Unión Europea, la reunificación alemana, el desmembramiento de la URSS y la transformación de las economías centralizadas de los países socialistas en economías de mercado que contribuyeron a fomentar una mayor competencia tanto interna como externa. Hechos éstos, que fueron acompañados por un cambio en la ideología que dio un fuerte impulso al neoliberalismo.

El descreimiento respecto de la intervención estatal, característica del pensamiento neoliberal imperante a partir de los 80, condujo a asignar una mayor importancia a la capacidad de decisión y responsabilidad individuales y a un fuerte cuestionamiento del Estado de Bienestar.

El impresionante avance tecnológico que permitió elevar la productividad mundial de manera significativa, trajo aparejado en casi todos los países del mundo, la expulsión de muchísimas personas del mercado de trabajo, todo ello

acompañado por una feroz concentración de la riqueza, el 20% más favorecido de la población mundial pasó de acaparar el 70% del ingreso en 1.960 al 83% en 1.990.

Además, con la internacionalización de los mercados y la globalización de la economía, las multinacionales se constituyen en fuerzas supranacionales con un poder económico superior al de las economías de muchos países supuestamente soberanos, razón por la que hoy día no sólo se habla de crisis del Estado de Bienestar sino de crisis del Estado-Nación.

Los sistemas de salud no quedaron fuera de estas transformaciones a gran escala, los que además estuvieron condicionados por fenómenos propios del sector, a saber:

- El incesante avance científico-tecnológico que por un lado, permite la utilización de prácticas diagnósticas y terapéuticas más eficaces, pero por el otro, eleva los costos de la atención.
- El aumento de la expectativa de vida y el envejecimiento de la población, que junto a modificaciones en las condiciones de vida, determinan un cambio epidemiológico con peso creciente de enfermedades más complejas y de incierto abordaje, por ende también más caras.
- La característica propia del proceso de producción de servicios de salud que hace que el aumento de los costos de producción no pueda ser acompañado por un aumento de la productividad, lo cual también genera una expansión del gasto.
- Una tendencia por parte de la población de mayores ingresos a demandar más prestaciones y altamente especializadas.

Este conjunto de factores conduce a la búsqueda de soluciones que, como lo apunta Aldo Neri ⁽⁵⁾ “en su versión más responsable busca el equilibrio entre calidad de servicio y sana economía del sistema, y en su versión menos responsable intenta ajustar la producción de los servicios al mantenimiento de una aceptable rentabilidad o la necesidad de achicar el presupuesto”.

En este contexto se pone en marcha la tercera generación de reformas, la Organización Mundial de la Salud habla del nuevo concepto del “acceso para toda la población”. Ya no se trata ni de brindar toda la atención posible a toda la población, cuya inviabilidad económica-financiera había quedado evidenciada ya a mediados de la década de los 70, ni de brindar sólo atención básica y sencilla solamente a los pobres; lo que ahora se pretende es facilitar atención sanitaria esencial de alta calidad, definida por el criterio de eficacia en función de los costos.

La idea es que es posible brindar a toda la población buena salud a bajo costo siempre y cuando se concentren todos los esfuerzos en aquellas enfermedades evitables pero que generan una gran carga de mala salud. Para ello es necesario en principio definir las intervenciones necesarias para hacer frente a estas enfermedades las que forman parte del conjunto de acciones llamadas “básicas”, “esenciales” o “prioritarias” (las que se elaboran sobre la base de información epidemiológica así como de los análisis costo-eficacia realizados para las mismas); para luego diseñar las estrategias a llevar a cabo. Estas prestaciones prioritarias deben estar garantizadas y reglamentadas por el sector público aunque su prestación no necesariamente debe realizarse a través del mismo. De lo que se trata entonces, es

de definir un conjunto de intervenciones prioritarias accesibles a toda la población.

Pero esto sólo no garantiza que los pobres accedan a los servicios, porque como lo revelan estudios realizados en varios países el quintil más pobre de la población nunca llega a recibir el 20% del beneficio que le corresponde debido al uso desproporcionado que de los servicios hospitalarios hacen las personas con mayores recursos. De ahí la importancia que se le da a la atención primaria como forma de llegar a los más desfavorecidos, así como a su función de puerta de entrada al sistema a fin de lograr que sea más equitativo.

De acuerdo al análisis que hace la Organización Mundial de la Salud en su Informe ⁽⁶⁾, las reformas implementadas en los países desarrollados implicaron cambios en el financiamiento de la atención de la salud menos drásticos que en los países en desarrollo, sobretodo en aquellos que ya contaban con cobertura universal donde las reformas se dirigieron principalmente a asignar a la atención primaria el rol de puerta de entrada al sistema, rol este que en los Estados Unidos se otorgó a las organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO), y en Nueva Zelanda a las asociaciones de ejercicio profesional independiente.

En los países asiáticos las iniciativas en este aspecto han evidenciado un manifiesto interés por el seguro en especial de financiamiento privado.

Por su parte en los países hoy ex comunistas se ha reemplazado gran parte de del sistema público por una combinación de atención sanitaria costeadada por el seguro y directamente por el asegurado.

En los países latinoamericanos las reformas se producen en medio de una

apertura indiscriminada de la economía, la desregulación de la misma, el desmantelamiento de la estructura empresarial del estado y su privatización, junto al proceso desindustrializador que se produjo durante los 80 y los 90 en la región, y el estancamiento global de la economía; todo lo cual dio como resultado un elevado nivel de desocupación y un empeoramiento de la distribución del ingreso. Asimismo, el rediseño de la estructura laboral retrasó el salario, y en consecuencia se achicó el trabajo en relación de dependencia y se amplió el cuentapropismo.

En este contexto se incorpora el impresionante avance médico tecnológico que incrementa significativamente la eficacia de los diagnósticos y tratamientos, lo cual produce una expansión de las expectativas de la sociedad respecto de los mismos y por ende la medicaliza, aumentando en consecuencia en la misma proporción los costos de la atención y por ende el gasto en salud.

Chile, Argentina, México, Colombia se concentraron en unificar, ampliar o fusionar la cobertura del seguro a fin de lograr una mayor participación del riesgo. En el caso particular de Argentina, la extrapolación al campo de la salud de la competencia junto a la denominada desregulación de las obras sociales, tal como veremos en el apartado correspondiente, produjo una concentración de afiliados en las obras sociales con mayor capacidad de pago, y una pérdida importante de los mismos en las más débiles, así como una privatización de la salud, que tal como afirma Neri ⁽⁷⁾ “ no implican necesariamente cambios institucionales, sino en los modos en que cada persona o familia debe afrontar sus necesidades de salud”.

En síntesis, podríamos afirmar que en general las propuestas de reformas, así como las reformas implementadas (algunas de las cuales aún están en marcha), tanto para los países en desarrollo como los desarrollados, revelan una tendencia hacia una mayor competencia de mercado. Pero mientras que en los países desarrollados, con sistemas con cobertura universal y monopolio por parte del estado, la mayor competencia se traduce en la separación de la función de financiación y de la provisión de los servicios, así como en otras modificaciones organizativas que en definitiva no cuestionan ni la cobertura universal, ni la financiación, ni los principales rasgos de los sistemas nacionales o de seguro imperantes en Europa; en los países menos desarrollados, la mayor competencia ha significado un avance del sector privado, un retroceso del sector público y de la seguridad social, provocando una mayor inequidad.

Una reforma que no prosperó, pero que de todos modos cabe hacer mención porque proponía una verdadera transformación del sistema de salud norteamericano, es la denominada Reforma Clinton. La propuesta presentada por Bill Clinton y su esposa al Congreso pretendía pasar de un sistema integrado por un conjunto de dispositivos y redes asistenciales donde predominaba el aseguramiento privado, que cubre el 59% de la población, a un sistema que ofreciera seguridad a todos los ciudadanos frente a la incertidumbre de la enfermedad y sus impredecibles consecuencias económicas ⁽⁸⁾. No sólo se pretendía una cobertura universal sino que además se perseguía la reducción de costos, o como mínimo controlar el crecimiento del gasto (en EEUU el gasto en salud asciende al 14% del PBI de ese país), estimulando para ello la concentración

de las compañías de seguro, lo cual suponía una importantísima intervención de la Administración Pública en el mercado de salud, lo que contradecía los valores típicamente liberales defendidos a ultranza por los norteamericanos, tales como libertad de empresa, libertad de elección, poca intervención estatal, y que como ya se ha indicado fueron los lemas característicos de la ideología neoliberal que prevaleció en las décadas de los 80 y los 90 en el mundo.

Referencias Bibliográficas

- (1) **San Martín, H. Un sistema nacional de servicios de salud regionalizados para España.** En II Jornadas de debate sobre Sanidad. Madrid, 1985; citado en Lamata F. "Manual de Administración y Gestión Sanitaria" Ed. Díaz de Santos, Madrid, España 1998.
- (2) **Donahue, M. P. "Historia de la Enfermería".** Barcelona. Ed. Doyma 1988, citado en Lamata, F. "Manual de Administración y Gestión Sanitaria" pag 14. Madrid. Ed. Díaz de Santos 1998.
- (3) **González de Pablo, A. Martínez Pérez J. (coordinadores) "Historia de los Hospitales".** Madrid: Revista el Médico, citado en Lamata, F. op. cit.
- (4) **OMS, "Informe sobre la salud en el mundo 2000.** Mejorar el desempeño de los sistemas de salud" pag. 15/20.
- (5) **Neri, A. "Claves de Política Social.** Bs. As. Ed. Miño y Dávila 2004. pág. 198.
- (6) **OMS, op. cit.** pág. 19/20.
- (7) **Neri, A. op. cit.** pág. 201.
- (8) **) White House Domestic Policy Council. The President's health security plan: the Clinton blueprint.** New York: Times Books, 1993, citado en Lamata, F. op. cit. pág. 813