

SECRETARIADO DE CLINICAS Y SANATORIOS

MÓDULO 6

¿Qué es un Sistema de Salud?

Un sistema de salud compromete a todas las organizaciones, instituciones y recursos que producen acciones, cuyo propósito primario es el mejoramiento de la salud.

El objetivo final de un Sistema de Salud es el de alcanzar niveles óptimos de salud y las menores diferencias posibles entre el estado de salud de los individuos y/o los grupos poblacionales. (O.M.S. Año 2000).

El Sistema de salud lo conforman el gobierno, los profesionales de salud, la población, los proveedores de servicios y demás que colaboren con la organización, la logística, el financiamiento y provisión de servicios.

Los actores del Sistema de Salud son:

- El gobierno y/o corporaciones profesionales que estructuran y regulan el sistema.
- La población que pague por el sistema de salud y recibe servicios.
- Los proveedores de servicios de salud.
- Las organizaciones de la comunidad que suman en organización, logística, financiamiento y provisión de servicios.



Orígenes del Sistema de Salud

La historia de las políticas sociales y de salud ha sido clasificada en fases acordes a las etapas del desarrollo capitalista en la región. De acuerdo a un modelo de análisis que busca identificar los determinantes de cada política de salud, pueden distinguirse cuatro grandes fases de las mismas:

El Sistema de salud intenta mejorar todo lo concerniente a la salud, alcanzando niveles óptimos y las menores diferencias posibles entre el estado de salud de la población.



La primera etapa del desarrollo estaría caracterizada, según este modelo, por la orientación del proceso de acumulación hacia los intereses hegemónicos de la burguesía agroexportadora. La modalidad de ejercicio del poder político instituida por esta clase fue denominada Estado Liberal, a pesar de sus características fuertemente autoritarias y excluyentes. Las demandas sociales emergentes solo fueron absorbidas por el



Estado cuando se trataba de aquellas medidas que podrían llegar a comprometer al propio proceso de trabajo. En esas situaciones se promulgaron leyes que casi nunca fueron cumplidas con relación a la jornada laboral, a los accidentes y al trabajo femenino e infantil.

El inicio del proceso de industrialización inaugura la etapa de crecimiento "hacia fuera". La misma desplazó a la oligarquía agroexportadora dando lugar a una amplia coalición que incluye a la burguesía industrial, a los sectores medios y aún a los trabajadores urbanos, dando origen al denominado Estado de Compromiso. En esta etapa las demandas de los trabajadores urbanos son incorporadas a través de organismos de Seguridad Social.

La etapa siguiente del desarrollo del capitalismo industrial marcada

por la internacionalización del capital en un proceso de asociación entre capitales de origen nacional e internacional, da lugar a un Estado burocrático-autoritario, empresarial, militarizado y tecnocrático; que excluyó del poder al movimiento obrero organizado. En lo que se refiere a la política social la misma se subordina a los intereses de acumulación dando lugar a dos grandes tendencias: la privatización y la incorporación de tecnología.

Finalmente, la crisis económica reciente del capitalismo mundial, así como la de los países socialistas, redefine tanto los patrones de acumulación como los modelos de producción y la división internacional del trabajo, configurando grandes bloques. En los países industrializados cuya producción es liderada por los modernos sectores productivos, se abandona el modelo fordista

anteriormente preponderante. Se produce entonces el agotamiento del Estado Benefactor y se impone el discurso neoliberal. Este esquema permite, también, describir la evolución del sector salud en la Argentina. De acuerdo con él podrían

En conclusión, desde ese esquema, las etapas o fases de la evolución del sector salud argentino son:

identificarse básicamente cuatro modelos de Estado en relación a las políticas sociales, y en particular a las de salud. Cada uno involucra un modelo particular de ciudadanía y privilegia ciertas acciones en desmedro de otras.

1. La policía médica
2. El Estado de Bienestar
3. El Modelo desarrollista
4. El Modelo Neoliberal

Los cuatro modelos de Estado en relación a las políticas sociales, y en particular a las de salud son: la policía médica, el Estado de Bienestar, el Modelo desarrollista, el Modelo Neoliberal.

La policía médica

Durante una extensa primera fase del desarrollo del sector salud la medicina progresaba de forma totalmente independiente a las funciones del Estado. Aunque el progreso del conocimiento médico reforzaba la imagen de poder y prestigio de los médicos, registraba un muy leve impacto en la agenda de políticas públicas. Esto se debe fundamentalmente a que en el Estado liberal la salud no era considerada un problema público sino privado. Las acciones de gobierno en el área se limitaban a garantizar la seguridad de la ciudadanía y sólo fueron expandiéndose a medida que surgía una demanda social organizada que presionaba sobre las estructuras de gobierno para que la misma expandiera sus responsabilidades sanitarias.

El prestigio médico fundamenta-

ba una asimetría de poder entre médico y paciente que justificaba decisiones unilaterales del primero sobre el segundo. Como plantea Susana Murillo (Dra. En Cs. Sociales. Epistemología y Estudios Filosóficos de la Acción): "... junto a ese prestigio médico emergió el valor del espacio como agente de ordenamiento social, no solo el del espacio abierto de los intercambios y a partir de allí el valor del urbanismo, sino también el espacio cerrado, al cual se le asignó un valor terapéutico".

Durante el siglo XIX se instituía un modelo de atención en Salud Pública sobre dos ejes de acción vinculados entre sí: por un lado la psiquiatría alienista y por el otro, el higienismo.

Para el Estado liberal, la preocupación por la salud no se centra-

ba en curar a la población enferma sino en evitar la propagación de las consecuencias negativas de la enfermedad y en especial de las epidemias. Se trata de un modelo higienista de intervención del Estado pero más preocupado por "aislar a los enfermos" que por prevenir las enfermedades, más relacionado con las prácticas autoritarias que con los derechos y la democracia. Cuidar a la población y sobre todo a sus ejércitos era fundamental. En la antigua Roma las autoridades llegaban hasta a violar las residencias privadas para incautar alimentos "insanos" y fijaban cuotas para la ingestión de grasas y bebidas. El general victorioso sobre el más grande Imperio construido por Occidente no fue el bárbaro Alarico. Fue el mosquito del crepúsculo. El paludismo es aún hoy el mayor exponente de la relación entre desarrollo sanitario y desarrollo económico. De hecho la figura del sanitarista es anterior a la del médico como profesional liberal que vende servicios. Aún en este siglo los grandes sanitaristas como lo fue Oswaldo Cruz en Brasil, formaban brigadas que perseguían a los habitantes para vacunarlos a la fuerza. Este modelo configura un primer rol del Estado con relación a la salud en el cual, más que como proveedor, financiador o regulador del mercado de salud, pasaba a ejercer funciones de policía. Entre las responsabilidades de esta "policía médica" constaba la de transformar a los pobres en más aptos para el trabajo y menos peligrosos para los ricos. Fue necesario quebrar la hegemonía del modelo higienista para

que la salud pasara a integrar los derechos sociales. Hacia fines del siglo pasado esta modalidad higienista de intervención del Estado en salud ya coexistía con una segunda modalidad de carácter asistencial más preocupada por la atención médica a la población enferma. Aunque aquella resultaba más efectiva en el mantenimiento de la salud era percibida de forma negativa por el conjunto de la sociedad. Bismarck demostró que la expansión de la asistencia médica constituye un poderoso instrumento de legitimación y regulación laboral e industrial. Cuando introduce en 1881 el Seguro Social pretendía tanto aplacar a los socialistas (comandados por el ilustre médico patólogo Rudolf Virchow) como alcanzar la potencia industrial de Inglaterra y Francia. El canciller prusiano había observado que a los trabajadores les faltaban recursos para pagar los servicios médicos que les permitiesen acortar la convalecencia y disminuir, así, su ausentismo laboral. En conclusión, para el Estado liberal la salud no formaba parte de la "cosa pública". En la primera etapa de las políticas de salud la acción del Estado se limitaba al de "policía médica" ejerciendo el control de vectores en enfermedades transmisibles. Los servicios de atención médica eran prestados como forma de caridad por Sociedades de Beneficencia y, no configuraban una función del gobierno. A esta modalidad particular de relación Estado - ciudadano los analistas han denominado "ciudadanía invertida" porque la asistencia médica de carácter colectivo no constituía un de-

recho de los ciudadanos sino una "dádiva" otorgada a los excluidos, los no ciudadanos. La denominación proviene de la política asistencialista desarrollada a partir de las Poor Laws inglesas del siglo XVIII,

por las cuales para tener acceso a la asistencia social las personas (pobres) perdían sus derechos civiles. Es decir, cuando se recibía ayuda social se perdía la condición de ciudadanía.

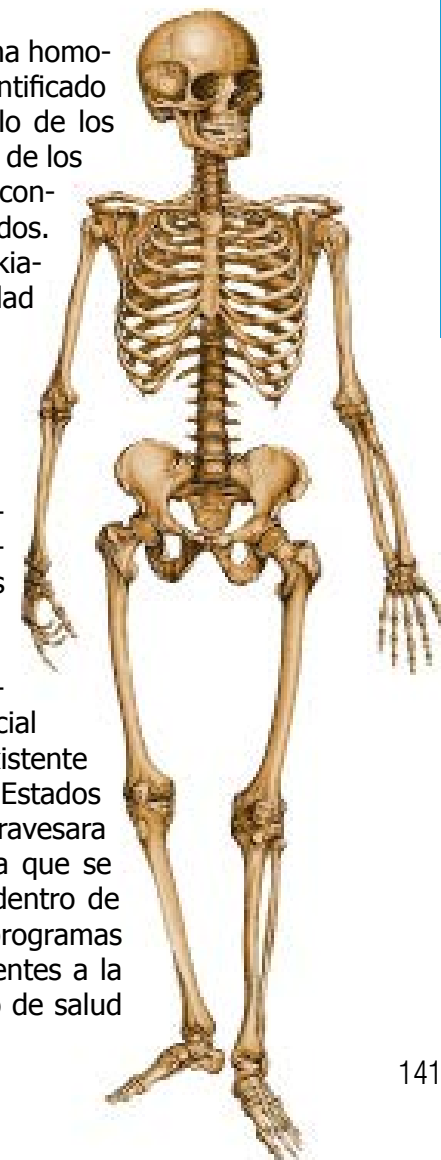
El Estado de Bienestar y la salud

El surgimiento de nuevas amenazas a la calidad de vida, tales como guerras, epidemias y grandes catástrofes, unido a la expansión de demandas sociales impulsaron una progresiva incorporación del Estado en las cuestiones de salud. Por ejemplo, en la Argentina los primeros hospitales públicos surgen para atender a ex combatientes de las campañas del desierto emprendidas por Juan Manuel de Rosas.

Sin embargo, este proceso no se manifiesta de forma homogénea ni simultánea en todo el mundo. Se han identificado tres grandes trayectorias históricas en el desarrollo de los servicios de salud. Por un lado la trayectoria liberal de los Estados Unidos de Norteamérica que deriva en la consolidación de un fuerte mercado de seguros privados. Por otro lado, el modelo del seguro social bismarckiano. En tercer lugar el modelo de Welfare o Seguridad Social inspirado en el informe de Lord Beveridge.

Surgimiento del seguro social

A pesar de su extraordinario avance científico y técnico en medicina los Estados Unidos de Norteamérica han persistido en esa definición de los cuidados de salud como un problema privado. Sólo a partir de los desastrosos efectos sociales de la crisis de 1929, el país del norte comenzó a avanzar hacia la incorporación de esquemas de protección social en general y de salud, en particular. El modelo existente de seguros sociales recién se institucionaliza en Estados Unidos en 1935. Fue necesario que aquel país atravesara otra catástrofe, como la derrota de Vietnam, para que se tolere el surgimiento de los programas de salud dentro de la estructura del seguro social. Así se pasó de programas de asistencia para pobres, ancianos y ex combatientes a la institucionalización, en 1965, del Medicare -seguro de salud



El modelo del seguro social expresa un esquema de protección social cuya principal característica es su vinculación al mundo del trabajo.

para ancianos- y del Medicaid -seguros de salud para carenciados-. El Estado incorporó nuevas funciones cada vez que se verificó que acciones públicas podrían evitar un gran número de muertes. La mayoría de las veces tal verificación fue aceptada ex post facto.

En Europa, con el desarrollo de una clase trabajadora mayoritaria comienzan a surgir mecanismos administrativos y financieros de concesión de beneficios tales como

pensiones, seguros por accidente de trabajo, atención de la salud del trabajador y su familia, guarderías, auxilio por natalidad, peculio, etc. Los mismos se expanden tanto por iniciativa de los propios trabajadores -de forma autónoma a la que se denominó mutualismo- como de forma conjunta con las empresas y el Estado -esquema tripartito-.

El modelo del seguro social expresa un esquema de protección social cuya principal característica es su

go de la salud de los trabajadores mucho antes que el Estado y el mercado. Pero lo que transforma este modelo de atención y protección de la salud en un sistema es el pasaje del seguro individual al seguro social. Es decir, la proclamación legal de la obligatoriedad del seguro. El seguro gremial evoluciona hasta la intervención del Estado.

Es entonces cuando el gobierno incorpora las funciones de regulación del mercado de trabajo, con una leve regulación de las empresas y adquiere responsabilidad en el financiamiento de las acciones.

En sus inicios se financiaba con la cotización específica de las personas para tener acceso al seguro. Los cotizantes se agrupaban o por categoría profesional o por empresa o ramo de la producción. Sin embargo, en un segundo momento la

financiación deja de ser exclusiva de los beneficiarios porque se registra un interés específico de los capitalistas en cofinanciar y hasta financiar integralmente los seguros ya que esto les otorga un margen de regulación sobre el mercado de trabajo. El seguro evoluciona desde la auto organización voluntaria de un grupo de trabajadores de un mismo oficio, pasando por la organización de un grupo de trabajadores de la misma empresa que en muchos casos logra alguna cofinanciación por parte de los empleadores, hasta la intervención del Estado en ese proceso.

Con la incorporación del Estado, el seguro social adquiere una forma tripartita cuyo origen se detecta en la Alemania que, unificada por el Canciller Otto Von Bismarck, incorpora una forma de protección social financiada de manera conjunta por el Estado, los trabajadores y las empresas.

El modelo del seguro social bismarkiano no fue adoptado en Inglaterra,

donde continuaron las formas autónomas, liberales y asistenciales de políticas sociales. Inglaterra continúa con una forma de asistencialismo combinada con el seguro (en las grandes empresas) hasta la segunda Guerra Mundial.

Mientras que Alemania, así también como otros estados de Europa y posteriormente de América Latina, que siguieron el mismo modelo, marcharon hacia las formas más centralizadas de la política social.

Desde una perspectiva histórica la modalidad del seguro social se corresponde con las formas clásicas de asociación sindical y mutual.



vinculación al mundo del trabajo. Desde una perspectiva histórica la modalidad del seguro social se corresponde con las formas clásicas de asociación sindical y mutual. Se inicia con la incorporación de los oficios en la edad media, pero en realidad esas formas organizativas de

protección social van creciendo y madurando hasta la época de transición de la fase competitiva a la fase monopólica del capitalismo. Es entonces cuando comienzan a surgir efectivamente nuevos sindicatos y corporaciones profesionales. Los gremios y sindicatos se hicieron car-

A raíz de las guerras europeas, donde no se identificaban que heridos contaban con protección social, se formula la salud como un derecho universal y el acceso a los servicios pasa a ser garantizado y financiado con recursos públicos.

El Estado de Bienestar

A medida que el mercado de trabajo formal crecía el seguro social como esquema de protección se expandía y redefinía. Desde la unificación de Alemania, en la década de 1870, hasta la década que transcurre entre 1930 y 1940 se registró una dinámica económica que promovió una gran formalización del mercado de trabajo de modo que alrededor del 90% de la población económicamente activa europea pertenecía al sector asalariado formal.



Las guerras en Europa ocasionaron una transformación en el comportamiento de las personas y afectaron el funcionamiento de los esquemas de protección social. Cuando una ciudad era bombardeada no existía forma de distinguir entre los heridos aquellos que contaban con protección social de los que la tenían. Esta situación originó formas de solidaridad diferentes a las tradicionales que impulsaron a los esquemas de protección asistencialista y del seguro social.

Se formula entonces la salud como un derecho universal y el acceso a los servicios pasa a ser garantizado y financiado con recursos públicos.

Esta forma de organización de los sistemas de salud se tornó hegemónica en Europa a partir de los años cincuenta.

Desde el punto de vista de la financiación la universalización de la protección de la salud que surge en la postguerra se apoya en cierta facilidad para lograr solventar a esa porción minoritaria de la población que no contaba con ninguna forma de protección social. Financiar esa nueva obligación del Estado a través de recurso fiscales obtenidos vía impuestos y contribuciones laborales no resultaba muy difícil en países que pasaban por una fase de franca recuperación económica. Además de eso, dentro de los programas de reconstrucción europea diseñados en el Plan Marshall se preveía la cobertura de determinados riesgos sociales. Por lo tanto la cuestión de la universalización no imponía un costos económico muy alto a los países europeos. Además, aquella fase de los años cincuenta hasta la primer mitad de los setenta fue un período de gran crecimiento económico y desarrollo social. El Producto Bruto de los países del viejo continente crecía de forma sostenida a razón de cuatro al cinco por ciento al año, las tasas de inflación eran muy bajas, el desempleo era mínimo y los sindicatos conseguían negociar condiciones salariales adecuadas a sus necesidades. Estos son los principales motivos por los cuales en esa fase dorada de la economía europea se hizo hegemónico el modelo universalista o de la seguridad social.

En sentido estricto se diferencia el sistema del "seguro social" del de



"seguridad social". En los países que han incorporado reformas de sus sistemas de salud avanzando desde el primero hacia la segunda tales como Italia, España y Brasil tal distinción es de uso corriente. No obstante, en la mayoría de los países de América Latina se les suele usar como sinónimos. El modelo universalista o de seguridad social, involucra la adopción del Welfare State, cuya primera formulación legal aparece con el informe del Lord Beveridge (1942) y las leyes consecuentes en Inglaterra.

Se caracteriza por tener financiación pública con recursos procedentes de impuestos y acceso universal a los servicios que, generalmente, son suministrados por proveedores públicos. Los trabajadores profesionales y no profesionales dependen del Estado, que tiene una gran responsabilidad en la conducción y gestión del sistema. Con frecuencia en su financiación existen otras fuentes además de los impuestos, como el pago directo de los usuarios y otros aportes, y lo mismo sucede en su organización y gestión, que está tomando formas más participativas y comunitarias. No obstante, siguen siendo básicamente estatales en su financiación, organización y gestión. En comparación con los otros, este modelo privilegia la función del Estado como proveedor.

El Estado de Compromiso

Con la sanción de las leyes de sanidad pública (N°13.012) y de construcción, habilitación y funcionamiento de servicios de salud (N° 13.019), se garantiza la financiación y sostenibilidad de los servicios públicos para ofrecer asistencia médica, completa, y gratuita al 65% de la población argentina

En Argentina esta dinámica no sigue exactamente los mismos padrones que en Europa. Luego de la crisis del 29 aumenta rápidamente la presencia del Estado en diferentes áreas de la vida social. Comienza entonces la expansión de los servicios de salud asociada a la ampliación de los derechos del ciudadano. Hasta 1943 la salud era competencia del Departamento Nacional de Higiene del Ministerio del Interior. Ese mismo año se dio el primer paso hacia el reconocimiento de la Salud Pública como problema de interés específico con la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social que en 1949 se transformó en Ministerio. En el ámbito de la salud, la década del 40 es escenario de un doble nacimiento: el del Estado "responsable-garante" del derecho a la salud, y el de las organizaciones sindicales, estatales y para estatales, 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. Pero por otro lado se expande la lógica del seguro social focalizado en un grupo de trabajadores formales asalariados.

Como evidencia a favor de considerar que la Argentina avanzó en la incorporación de un estado de Bienestar se puede argumentar que entre 1946 y 1951 se construyeron 35 policlínicos en todo el país. Esto llevó las camas públicas a más de 130.000, esto significa 7,4 camas cada 1000 habitantes. En una década prácticamente se triplicó la cantidad de enfermeras y la de médicos se duplicó. En comienzos de los 50 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 los nueve años de la gestión de Ramón Carrillo al mando de la cartera sanitaria se institucionaliza una concep-

ción propia de la Medicina Social. Durante el Primer Plan Quinquenal de Desarrollo (1947-1951) se sancionan las leyes de sanidad pública (N°13.012) y de construcción, habilitación y funcionamiento de servicios de salud (N° 13.019). A través de las mismas se garantiza 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 británica, que hoy se considera paradigma de un sistema universal y público, data de 1949. Para ese entonces el sistema público de salud argentino superaba al británico tanto en recursos como en resultados obtenidos.

Sin embargo, también se argumenta que la lógica de expansión de los servicios de salud no siguió el modelo igualitario y universal del Estado de Bienestar Europeo. Por este motivo algunos autores proponen no hablar de un Estado de Bienestar sino de un "Estado de compromiso" o aún de un "Welfare State a la criolla". Poco después de la gestión de Ramón Carrillo con sus avances en la implementación de un sistema público de salud, la dirección del sistema comenzó a avanzar en el sentido de un modelo de seguros de salud. En la década del cincuenta se expande y consolida el sistema de obras sociales estrechamente vinculados con sistemas solidarios de financiamiento



de servicios de atención médica; con los gremios profesionales y los sindicatos de obreros y empleados. El surgimiento del sindicalismo como actor reconocido en el interior del sistema político, que se en-

La predisposición a incorporar nuevos actores en el debate sobre las políticas públicas permite que el gobierno asuma un amplio conjunto de funciones en el área de salud, como la de proveedor de servicios de atención, la regulación de recursos y tecnología, la fiscalización y control del ambiente, etc.

cuentra en la base del “Estado de Compromiso”, no solo representa una de las diferencias más importantes con las condiciones vigentes bajo el Estado liberal; constituirá además un dato sustantivo en las formas de organización de los sistemas de salud y atención médica. La predisposición a incorporar nuevos actores en el debate sobre las políticas públicas permite la inclusión de modelos técnicos modernos en la gestión del Estado. De esta manera, el gobierno asume un amplio conjunto de funciones en el área de salud, como la de proveedor de servicios de atención, la regulación de recursos y tecnología, la fiscalización y control del ambiente, etc. No obstante, al mismo tiempo, persisten instituciones de salud propias de la Argentina liberal, hospitales, instituciones de beneficencia, mutualidades, etc., de poca vinculación con la política estatal, de carácter clientelista, y de baja racionalidad en su gestión. Aunque la salud como cosa pública aumenta la legislación social referida a salud se restringe a los accidentes de trabajo. En otras palabras, el rol del Estado se redefine en términos globales incluyendo al bienestar de la población como premisa y una amplia convocatoria social. A pesar de ello se consolida un sistema heterogéneo y fragmentado que luego se constituirá en el principal condicionante de la formulación de políticas de salud. La preservación y expansión del seguro de salud asociado

a los gremios y con control estatal caracteriza una modalidad particular de expansión de la ciudadanía que ha sido caracterizada como “ciudadanía regulada”.

El Estado desarrollista y la salud

El rol distribucionista del Estado es reemplazado, en el desarrollismo, por el de garantizar la acumulación del capital. Dentro de este esquema el sector salud sufre el impacto de las políticas de austeridad fiscal. Los intentos por disminuir el gasto del Estado nacional conducen a propuestas de racionalización del sector público, que en la práctica, se traducen en la paralización del crecimiento de su capacidad instalada, e incluso

en el deterioro de la existente. Las propuestas de descentralización y desburocratización -específicamente dirigidas al cuestionamiento del modelo organizativo peronista- concluyen por trasladar bajo la responsabilidad de los estados provinciales la administración de la red hospitalaria nacional. Esta “política de transferencia” que impacta diferencialmente a los servicios según capacidad de gasto y de gestión de los respectivos gobiernos provinciales, profundiza las carencias de una red de servicios que en buena medida se había conformado bajo el imperio de la discrecionalidad y la improvisación.

No obstante, la contracción de la actividad social del Estado no involucra un “achicamiento” ni una privatización, por el contrario, los organismos estatales se expanden, cubriendo nuevos ámbitos de intervención. Comienza a desarrollarse en su interior una capa tecnoburocrática, con vinculaciones en el sector empresario nacional e internacional, directamente comprometida en tareas de planificación del desarrollo a partir del estímulo a la iniciativa privada. El discurso “modernizante” y “eficientista” pone el acento en la distribución racional de recursos por definición insuficientes.

La contracción de la actividad social del Estado no involucra un “achicamiento” ni una privatización, por el contrario, los organismos estatales se expanden, cubriendo nuevos ámbitos de intervención.



El Estado Neoliberal y la salud

El modelo de Estado burocrático-autoritario que se instala en la Argentina a partir de 1976 asume características fundacionales y desarrolla todos sus esfuerzos en erradicar las bases del Estado de compromiso que asumía funciones de intervención, de mediación de intereses conflictivos, con un fuerte rol en la distribución del ingreso a través de instrumentos fiscales, que asumía un compromiso activo con el desarrollo industrial y donde las políticas sociales tenían un papel fundamental. Las Fuerzas Armadas incorporan el discurso neoliberal que da fundamento a su equipo económico. Esto repercute en la esfera de salud primando los componentes liberales y tecnocráticos, avalando el desmantelamiento de los servicios sociales en manos del Estado, y su traspaso a la actividad privada. Principios modernizadores como la jerarquización de la red sanitaria, el desarrollo de redes y de sistemas locales aparecen esbozados en el discurso oficial. Aunque en la práctica esto no ocurre y lo que se opera es una descentralización de los hospitales que transfiere el conflicto a la esfera provincial liberando al presupuesto fiscal de toda responsabilidad por la salud de la población, inclusive del sostenimiento del hospital público, al que se otorga la posibilidad de financiamiento mediante el arancelamiento y la contratación con las obras sociales.

En conclusión, pueden identificarse en nuestro país cuatro modelos de Estado en relación a las políticas de salud. En el primero (liberal), la salud es totalmente subsidiaria y el rol del Estado se limita a garantizar que esta, así como las demás problemáticas sociales, no afecte el ritmo "natural" del mercado. El financiamiento de las pocas acciones existentes no es público sino privado por la vía de las donaciones, y la salud no constituye un derecho de la población.

En la década del cuarenta, las principales transformaciones en la estructura social del país consolidan las bases sociales de un nuevo Estado (de compromiso). Este incorpora la premisa de la "modernización" pero más en la acción que en el discurso (puesto que no se asume como "progresista" sino como "revolucionario"). La esfera pública crece exponencialmente, y dentro de ella la salud en su carácter de "cosa pública". Este crecimiento es enteramente mediatizado por un Estado centralista y con un Poder Ejecutivo hiperdesarrollado. Los derechos sociales, y en particular los de salud, se expanden pero el acceso no se plantea de manera universal sino de forma regulada por el Estado. La coexistencia de acciones públicas con el desarrollo del sistema de seguro de salud (obras sociales) incorpora una gran fragmentación del sistema. La modalidad financiera apropiada para las acciones de salud de este tipo son los recursos fiscales, por un lado, y las contribuciones sobre el salario, por el otro.

El desarrollismo provoca un giro en el rol del Estado por el cual el



compromiso con el proceso de acumulación es anterior al compromiso con los derechos sociales. La premisa de la modernización se consolida para ser reeditada por todos los gobiernos posteriores. No obstante, se incorpora como novedad la tendencia centrífuga de las acciones estatales. El sistema de salud comienza a ser descentralizado con la transferencia de los hospitales nacionales a las provincias en 1957. Al año siguiente los mismos son devueltos a Nación por causa de la baja capacidad técnica y financiera de las provincias. El modelo neoliberal es incorporado en la formulación de políticas

El desarrollismo provoca un giro en el rol del Estado por el cual el compromiso con el proceso de acumulación es anterior al compromiso con los derechos sociales.

públicas bajo el régimen autoritario. El mismo incorpora el espíritu de la contención del gasto, la focalización, la descentralización de los servicios (aún como medida contencionista) e intenta introducir una cuña en el sistema solidario de seguridad social, permitiendo la salida del mismo de los sectores de mayores recursos mediante su incorporación a los seguros privados, que se convierten en una pujante área de valorización del capital.

Los Gobiernos nacionales y locales que se sucedieron en los períodos de transición y consolidación de la democracia no consiguieron encontrar aún fórmulas superadoras de las recetas básicas centradas en la contención del gasto, en la fragmentación de los derechos, en la privatización de los servicios y en la desvinculación de la esfera central de cualquier compromiso de gestión que pudiera involucrar conflictos. Se consolidan así las tendencias hacia la descentralización y la desmercantilización mínima de los servicios, incorporando la tercerización y la compra y venta de servicios desde la esfera pública.

La descentralización permanece como resultado de la confluencia de esta premisa en dos grandes discursos ideológicos, el neoliberal y el de la reforma progresista que se despliega en los sistemas de salud bajo la consigna de incorporar un modelo de Welfare State. No obstante, la democratización incorpora en la reformulación de los servicios la premisa de promover la participación social en el ámbito de la salud. Esta participación está dando sus primeros pasos y las pocas experiencias desarrolladas con

éxito dificultan la identificación de estrategias apropiadas para todos los contextos. En la formulación de las políticas de salud la participación difícilmente supera el carácter declarativo. Sin embargo, los analistas internacionales coinciden en que es por ese camino que se debe avanzar para encontrar el antídoto contra los principales problemas que aquejan a nuestros sistemas de salud.

Estos sumarios antecedentes permiten explicar la transformación profunda que se da en el campo de las políticas y servicios de salud. Desde la situación inicial caracterizada por un poder político del Estado que considera primero la protección sanitaria y el control de enfermedades transmisibles considerando competencia de la atención médica a la población sin recursos económicos una función social de caridad. En esta época las políticas de salud están muy fuertemente vinculadas a un arte y una ciencia, que es patrimonio de los médicos, y que por otro lado no tiene mayor trascendencia en el campo político. La salud o mejor dicho la enfermedad como concepto general en esa época es totalmente compartido, indiscutido y de responsabilidad médica.

Cuando la evolución social da lugar a una creciente demanda de servicios médicos y de salud colectiva, a la que se suma la exigencia de control por la autoridad de salud sobre otros campos que se relacionan con la producción, el trabajo y la satisfacción social, surge la mayor importancia de las políticas de salud. En la actualidad el campo de la sa-



lud no es solamente de competencia médica sino que se amplía al quehacer de otras disciplinas y a la sociedad plena. Además adquiere importancia en la industrialización y exportación de bienes (medicamentos, alimentos y equipo médico) ampliando su clásico cometido de atender el cuidado de la salud y la reparación de la enfermedad en la población. En el presente mantener y mejorar la salud es una inversión indiscutible.

Es un error interpretar la política de salud dentro del campo restringido de la satisfacción de necesidades de atención médica, aunque esta área sea la que consume más del noventa por ciento del gasto social de los servicios de salud. Paradójicamente este gasto tiene una contrapartida no identificada que es el valor agregado que permiten y promueven las acciones de control de calidad de medicamentos y alimentos en los que participa el sector salud, y especialmente los Ministerios de Salud. La tendencia es a que el sector salud siga aumentando su participación en el producto bruto interno y en la capacidad de empleo comparativamente con otros sectores.

La crisis económica, el pago de la deuda externa y las políticas de ajuste, repercuten desde hace unos años fuertemente en el campo de la salud, y especialmente en los servicios de atención médica, que

paulatinamente quedan rezagados del avance tecnológico. La deuda económica se paga en gran proporción incrementando la deuda social. La tradición de privilegiar la atención médica, ampliamente justificada por su carácter de necesidad sentida y expresada por la comunidad, genera un conflicto durante la aplicación de estas políticas de ajuste por el aumento de la brecha en la satisfacción de necesidades expresadas por la población, la insuficiencia de los servicios públicos y el crecimiento progresivo de la oferta de servicios privados. Por otro lado se debilita la función de la fiscalización que es una competencia indelegable del Estado, para el control de: la calidad de los servicios médicos, de la producción de medicamentos y en el control de los riesgos en el campo de la industria de la alimentación y de productos agrícolas por consumo de bienes y servicios.

Todas estas actividades directa o indirectamente constituyen una forma de retorno económico en la contribución del sector salud al desarrollo. La modernización del Estado y los estilos económicos y sociales contemporáneos, repercuten especialmente en el campo de la salud. Lamentablemente las propuestas políticas de soluciones en el sector salud continúan siendo tradicionales, de inspiración básicamente médica, en parte por la incorporación de conceptos multidisciplinarios en la salud. No obstante, la interpretación del fenómeno político en el campo de la salud y el tipo de respuestas continúa siendo de corte profesionalmente sectario y fuertemente teñido por la ideología médica.

La modernización del Estado y los estilos económicos y sociales contemporáneos, repercuten especialmente en el campo de la salud. Lamentablemente las propuestas políticas de soluciones en el sector salud continúan siendo tradicionales, de inspiración básicamente médica, en parte por la incorporación de conceptos multidisciplinarios en la salud.

Institucionalización y morfología de los diferentes modelos de provisión de Servicios Médicos en Argentina



Hasta fines del siglo XIX la atención de la salud de la población en Argentina estaba basada en el hospital público, gratuito y la medicina privada independiente. A partir del siglo XX se produce una dinámica de extensión de servicios con el surgimiento, de esquemas comunitarios o de base social inspirados en una lógica solidaria tales como las mutuales y asociaciones profesionales y asociaciones sindicales. Estas últimas derivan en el modelo de Obra Sociales y se expanden de forma sostenida a tal punto que en la década del 70 más de las tres cuartas partes de los argentinos eran sus beneficiarios. En la década de 1980 surge una nueva conformación de servicios médicos privados, se trata de la medicina prepaga.

Hasta la segunda mitad de la década del 90 los diferentes tipos de servicios de salud en Argentina avanzaban por carriles separados. Cada uno se dirigía a una clientela o población beneficiaria específica y contaba con sus propias fuentes o esquemas de financiación. Sin embargo, un conjunto de medidas de reforma del sistema intensifican y redefinen las interrelaciones incorporando flujos de financiación y servicios entre los diferentes tipos de servicios se presenta cada uno de los modelos de provisión de servicios médicos que surgieron en Argentina durante el siglo XX.



La prestación a través del Consultorio Privado

El médico operando en su consultorio particular es la figura central del modelo liberal de servicios de salud. Además, el esquema de atención médica privada, constituye el arquetipo en el ejercicio de las profesiones liberales. Brian Abel-Smith en un libro clásico de economía de la salud menciona que en la génesis de este modelo había un criterio ético que autorregulaba la financiación. Aún antes de la Medicina Científica, desde los barberos cirujanos y saca muelas de la Edad Media regía la noción de que

la prestaciones no tenían un precio, se debía cobrar a cada paciente de acuerdo a sus posibilidades.

Se pueden distinguir dos grandes esquemas de organización de la atención médica de los consultorios privados. Por un lado es modelo tradicional del consultorio autónomo, por el otro el modelo del consultorio contratado por un seguro de salud.

En Argentina el modelo tradicional lo constituía el médico de familia que atendía en su propio consultorio, en el domicilio de sus pacientes y en Sanatorios con sistema abierto y con las prestaciones totalmente financiadas por los individuos que necesitan de atención. Este esquema de atención presentaba algunas ventajas: propiciaba una intensa y fluida relación médico-paciente y reforzaba el prestigio profesional. En la obra clásica de Florencio Sánchez "Mi hijo el Doctor" se narra con precisión la imagen de prestigio que acuñaba la medicina liberal del modelo del consultorio independiente, cuando como narra el Dr. J.C García Díaz "cuando había

una funeral sólo los intendentes y los médicos eran llevados en carros de cuatro caballos".

Aunque el modelo del consultorio privado aún está vigente en la Argentina el cambio significativo se registró en que deja de ser autónomo para depender del flujo financiero de la seguridad social y prepagos. Hasta mediados de la década de 1940 un 95% de las prestaciones ambulatorias privadas eran provistas a través de consultorios independientes en los que el médico cobraba directamente al paciente.

En la actualidad las proporciones se invierten y menos del 5% de las consultas ambulatorias son provistas bajo este esquema. Es decir, el 95% de las prácticas ambulatorias realizadas en consultorios privados son financiadas total o parcialmente por seguros de salud (obras sociales o prepagos) diagrama . Sólo unos pocos profesionales altamente especializados y consolidados en el mercado prestacional atienden al público sin tramitar primero su inclusión en alguna cartilla médica.



Privado

El mercado de clínicas y sanatorios que constituyen los prestadores institucionales surgen asociados a la expansión de las obras sociales. Antes de la mencionada expansión de las obras sociales los establecimientos privados de internación funcionaban bajo la órbita de las mutuales y entidades de socorros mutuos.

¿Cuáles son los motivos por los que se pasó de la hegemonía del modelo tradicional al de contrato? Como afirma Angel Jankilevich(historiador medico) "...la preocupación de los sectores médicos se centraba en la caída de sus ingresos económicos y la disminución de la clientela privada. De manera que nuevo orden resultó providencial para contener el avance comunitario en la administración de los hospitales y servicios de salud, en los que algunos sectores médicos creían ver una inevitable socialización de la medicina". Como era de esperarse, si el médico particular constituye el representante típico del modelo liberal

de servicios de salud, el modelo siguiente instaurado por el estado de compromiso buscaba combatirlo. Con una fuerte inspiración en el informe de Lord Beveridge publicado en 1942, la premisa de Perón era racionalizar la asistencia médica reemplazando progresivamente al profesional liberal por un funcionario público. Más a la vanguardia aún Ramón Carillo pretendía resolver el problema de la asistencia integral de la salud y al mismo tiempo del honorario profesional y de la plétora médica con una iniciativa verdaderamente revolucionaria "el médico de familia" en su propio consultorio.

Prestación Institucional

El mercado de clínicas y sanatorios que constituyen los prestadores institucionales surgen asociados a la expansión de las obras sociales. Históricamente estas entidades han establecido distintos criterios en la relación con los prestadores. Desde los primeros policlínicos ferroviarios diseminados a lo largo de las vías férreas, de propiedad del Instituto, con profesionales y trabajadores en relación de asalariados, hasta la tendencia general de las Obras Sociales creadas a partir de 1970 que masivamente contrataron servicios privados, generando un gran crecimiento de la capacidad prestacional instalada a expensas de este tipo de organizaciones.

El subsector privado

Antes de la mencionada expansión de las obras sociales los establecimientos privados de internación funcionaban bajo la órbita de las mutuales y entidades de socorros mutuos. La consolidación de un mercado privado de establecimientos hospitalarios tenía dos precondiciones económicas.

Por un lado la existencia de un flu-

jo estable de recursos financieros que los individuos (pacientes) por separado no conseguirían garantizar. En segundo lugar, el decline del modelo universalista y público del estado de compromiso que impulsaron los dos planes quinquenales del Justicialismo cuyo ideólogo sanitario fuera Ramón Carrillo.

Los pacientes con cobertura de

obras sociales o prepagas llegan a las clínicas y sanatorios derivados por médicos privados contratados y en algunos casos por los propios hospitales públicos que suelen atender la mayor parte de los casos de emergencias.

En la actualidad el mercado sanatorial involucra unos 2.100 establecimientos con 67.000 camas, que emplean a 95.000 personas y facturan anualmente unos 4.800 millones de pesos.

¿Cómo se explica la relativa expansión del mercado de prestadores institucionales de servicios de internación médica en un país donde la oferta pública y gratuita de estos servicios fue relativamente amplia desde un principio? De hecho, como ha sido señalado,

durante la gestión del ministro de Salud Dr. Ramón Carrillo, Argentina alcanzó una relación de camas por habitante similar a la de los países más avanzados. Fue la posterior expansión de los seguros sociales (obras sociales) y su modalidad prestacional basada en la contratación directa de prestadores a través del pago por prestación (acto médico). Sin embargo, el pago por acto médico que caracterizó en principio a la relación de las obras sociales con sus prestadores, tiende en la actualidad a ser reemplazado por la instalación de "contratos de riesgo" entre grupos de prestadores y obras sociales, basados en el pago por capitación de una población y un paquete prestacional definidos, así como por módulos.

Los pacientes con cobertura de obras sociales o prepagas llegan a las clínicas y sanatorios derivados por médicos privados contratados y en algunos casos por los propios hospitales públicos que suelen atender la mayor parte de los casos de emergencias.

El Hospital Público

Si a nivel ambulatorio los servicios médicos se consustanciaban con el modelo liberal, el nivel hospitalario continuó manteniendo esquemas pre capitalistas esencialmente solidarios y comunitarios.

A diferencia de otras colonias Españolas, las primeras instituciones hospitalarias en Argentina tuvieron origen comunal. Esta peculiaridad y el hecho de que no se hayan originado en Buenos Aires sino en el interior pueden considerarse antecedentes antecedentes matriciales de un destino de los hospitales públicos descentralizados y con participación comunitaria. Las comunidades religiosas y benevolentes fundaron y sustentaron en base a





la caridad un conjunto de hospitales entre el siglo IV y XVIII. Esta fase concluye con la creación, en 1780, del Protomedicato, institución corporativa creada en España mucho antes incluso del descubrimiento de América que actuaba a través de tres funciones: a) dirigía la enseñanza en cuestiones de medicina, cirugía y farmacia; b) administra justicia constituyendo un tribunal especial para castigar las faltas y excesos cometidos por los facultativos así como persecución de curanderos; c) fijaba aranceles para exámenes y visitas de boticas. Sin embargo, aunque se inauguraban funciones de Estado en salud, los hospitales continuaban siendo comunitarios y administrados por las hermandades vecinales o por los betlemitas. Los primeros hospitales sustentados por el gobierno son destinados a brindar asistencia los militares bajo el gobierno criollo. Entre 1810 y 1815 se inaugura el Hospital Militar en Santa Fe que aunque apoyado y parcialmente sustentado por el Ejército, continuaba siendo operado por hombres de la comunidad local.

Fue Rivadavia quien operó una paulatina estatización de los hospitales. El primer paso para desplazar esta administración de base comunitaria se da durante el directorio de Álvarez Thomas y bajo el comando de Bernardino Rivadavia que estableció el 11 de septiembre de 1815 un reglamento de hospitales expropiando los hospitales religiosos y comunitarios y estableciendo juntas hospitalarias. El segundo paso lo estableció con la Primera Ley de Arreglo de la Medicina en 1822. En la misma se establecen criterios para nombramiento de los médicos. Aparece entonces la figura del profesional contratado por el Estado, con cargos rentados y responsabilidades públicas. Bajo el gobierno de Urquiza el hospital general de Hombres fue pasado a la esfera de la Municipalidad de Buenos Aires. También se contemplaba la participación de hermanas de caridad para hacerse cargo de los cuidados de los enfermos pero esto no se planteó desde la comunidad local sino que el propio gobierno mandó importar hermanas de Francia. Es en este momento

que se consolida un rasgo distintivo de las relaciones intergubernamentales en el país. Aquello que, en otro contexto, José Ortega y Gasset (filósofo y ensayista español) nominó la "redención de las provincias", también se manifestó con respecto a las funciones del estado en Salud. Mientras en Buenos Aires se operaba una descentralización del Hospital desplazando la titularidad y responsabilidad por el Hospital de hombres hacia el gobierno local, en las provincias ese desplazamiento se realizaba desde las juntas de vecinos hacia la sociedad de Damas de Beneficencia (Santa Fe y Rosario). Tras la epidemia de Fiebre Amarilla (1870-1871) y con la consolidación de las ideas liberales del Generación del Ochenta se inaugura en 1806 el primer hospital nacional. Hasta 1825 se construyeron 16 hospitales nacionales con la misión de constituirse en referentes regionales. Se trataba en su mayoría de hospitales de aislamiento o de concentración de crónicos que no escapaban a la concepción de la policía médica. En la memoria del Consejo Superior de Higiene de la Provincia de Buenos Aires se expresaba con claridad el modelo intergubernamental de división del trabajo sanitario imperante entonces... "El Estado debe costear la asistencia sanitaria de los padecimientos generales que en la provincia tienen una morbilidad grande y que son un peligro para la sociedad, dejando a los municipios el cuidado especial de los enfermos agudos de su radio". A nivel provincial se repetía el mismo esquema, los organismos provinciales se dedicaban preferentemente a obras

públicas de saneamiento y control de la higiene mientras dejaban libradas a las iniciativas vecinales el desarrollo y la sustentación de la asistencia médica hospitalaria. El punto de inflexión de este modelo surge con el estado de Compromiso afirmado por el Peronismo. Hasta 1944 el máximo organismo del modelo liberal había sido el departamento Nacional De Higiene, una dependencia del Ministerio del Interior con funciones precisas de Policía Médica. Al asumir Perón lo transforma en Dirección Nacional de Salud Pública expandiendo sus funciones de forma continua. Poco después al designar a Ramón Carrillo, este organismo se convierte en secretaría y en 1949 pasa a ser Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. El modelo de atención del esquema de Carrillo era preciso. Habría un único seguro de salud para toda la población donde la puerta de entrada al sistema estaría integrada por consultorios médicos independientes pero contratado por el Estado, luego habría Centros de Salud que además de la atención ambulatoria en diferentes especialidades desarrollarían actividades de prevención, educación y serían agentes de los programas de salud pública, por último o se llegaría a verdaderas "ciudades hospitales" que integrarían los mayores recursos y tecnología disponible. Es notable la similitud de este esquema vislumbrado por Carrillo y la organización del National Health Service británico en la actualidad.

El modelo Carrillo en su conjunto no

llegó a conquistar la hegemonía necesaria para transformar al sistema en su conjunto. Sin embargo, dejó huellas indelebiles en los servicios de salud del país. Entre 1946 y 1954 se duplica la cantidad de camas públicas (pasando de 66.400 a 134.218). Todas ellas bajo la jurisdicción del Estado Nacional.

Conclusión

Con Carrillo se expresaba una fuerte voluntad de regulación de la atención de la Salud por parte del Estado, como así también el propósito de mantener la accesibilidad a sectores menos pudientes, siendo esta una de las principales razones de la creación de centros de salud y establecimientos para enfermedades crónicas, la regionalización sanitaria, la coordinación entre los diferentes servicios y la formación del recurso humano en la salud pública (residencias, concurrencias, etc.,).

Esta gran capacidad asistencial fue un gran instrumento de legitimación del gobierno peronista, pero además la atención hospitalaria se había incorporado en el comportamiento colectivo del cual no es fácil retroceder. Por esa razón, caído Perón hubo intentos de descentralización para disminuir el papel central y coordinador que se había tenido desde el estado, a partir del Ministerio de Salud Pública y Acción Social.

Desde ese momento se puede observar un claro cambio de modelo de estatista y garantizador e incluyente hacia uno desconcentrador y excluyente. Con el gobierno de Illia, se intentó recomponer el protagonismo del Estado recuperando su rol orientador. Después del golpe destitutorio que derroca a Illia, se desdobló y se transfirió las cuestiones de Asistencia Social a otra secretaria, quedando la atención médica, la prevención y la fiscalización en el ámbito de la Secretaria de Salud. Hasta entonces el financiamiento fue exclusivamente por rentas generales provenientes de impuestos. La idea de establecer un mecanis-



mo financiador de las prestaciones fue propuesta durante el gobierno de Onganía para constituir un Seguro de Salud, De allí surgiría, en coordinación con la Secretaria de Estado de la Seguridad Social, la Ley 18610 de las Obras Sociales. El Consejo Federal debería impartir las directivas según los lineamientos de la política nacional.

El SNIS, no prosperó en general por falta de apoyo de las organizaciones sindicales y el sector privado, solo lo adoptaron las provincias de San Luis, Chaco y Formosa. Pero fue desapareciendo de las partidas presupuestarias hacia 1977. A su vez la pérdida de la capacidad orientadora y fiscalizadora del Estado permitió el desarrollo de un

mercado de servicios de salud, consolidándose el modelo prestador sumamente tecnologizado.

Con la llegada de la democracia el gobierno del Dr. Ricardo Alfonsín intentó recomponer el rol del Estado y avanzó hacia la creación de un Seguro Nacional de Salud (SNS).

La ley del SNS se aprobó después de muchas idas y vueltas, desdoblándose en la Ley de las Obras Sociales 23660 y la propia del SNS 23661. La mayor resistencia fue dada por los gremios que no querían perder el manejo de los fondos de sus obras sociales. Aunque ambas leyes están en vigencia, el sistema no pareció haber logrado cambiar su perfil.

La expansión de las obras sociales se debió a la promoción estatal y demanda sindical. Este subsector se constituyó como un seguro social para la protección de los trabajadores asalariados (y a su familia directa) cuyo aporte fue y es obligatorio y se realiza a través de las contribuciones tanto del empleador como del empleado.

Ya en la década de los 90 se profundizaron las medidas tendientes a la descentralización y el Estado se fue debilitando hasta casi quedar ausente. La lógica imperante a partir de ese momento, vino acompañada de una consolidación del modelo neoliberal, donde el protagonismo paso al mercado.

Para poder comprender este giro, se debe entender que esta transformación responde a toda una Reforma del Estado. Las reformas en este sector corresponden a las reformas de 2da generación impulsadas por organismos multilaterales como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo. Estas reformas fueron impulsadas para dar sustentabilidad a las reformas macroeconómicas, es decir, las políticas de ajuste estructural. Las medidas fueron de recorte administrativo financiero, como por ejemplo dar pautas para la nueva modalidad de gestión financiera de los hospitales, profundización de la descentralización, privatización de Servicios de Salud y la puesta en marcha de programas focalizados como el Programa materno y Nutrición (PROMIN).

La descentralización ya estaba bastante consolidada hacia 1991, pero

la medida más relevante fue la creación del Hospital Público de Autogestión (Decreto 578/93) que proponía transformarlos en unidades autogestionadas eficientes, capaces de obtener recursos a través del arancelamiento de los servicios a personas con capacidad de pago y prestadores de salud. La atención médica gratuita quedaba así restringida a los sectores de más bajos ingresos, que demostraran no tener cobertura de Obra Social y / o seguro privado.

El modelo de autogestión no llegó a consolidarse totalmente porque el arancelamiento de los servicios hospitalarios tuvo una aplicación muy limitada, en parte por falta de pago por parte de las Obras Sociales de sus afiliados que utilizaban las instalaciones del subsector público y por la baja capacidad de contribución de los usuarios. Además, la reorganización y subcontratación se fueron desvirtuando a medida que se verificaba la ausencia de un adecuado gerenciamiento.

Así mismo, al mismo tiempo que decaía la atención médica gratuita en los hospitales, crecía su demanda como consecuencia del incremento del desempleo con la consiguiente pérdida de cobertura social.

Las Obras Sociales

En 1944, se crea la Comisión de Servicios Sociales, uno de los probables antecedentes del origen de las obras sociales. Otro origen es el desarrollo de las mutualidades preexistentes.

Las primeras entidades están en general relacionadas al Estado (municipios, ministerios).

La expansión de las obras sociales respondió a dos fenómenos:

1. A la voluntad de fortalecer las estructuras sindicales y transformarlas en los pilares de su proyecto político.
2. A las demandas de los dirigentes sindicales para quienes las obras sociales constituían una fuente de poder económico y legitimación frente a sus bases.



En síntesis, la expansión de las obras sociales se debió a la promoción estatal y demanda sindical.

El sistema de obras sociales se consolidó como tal, recién en el año 1970, bajo el gobierno autoritario de Onganía, a través de la Ley 18610. Aunque estas existían desde hacía mucho antes, la modalidad que tenían era muy diferente a la que conocemos hoy. Durante las décadas de los 50 y 60 formaban un conjunto heterogéneo, con regímenes extremadamente variados de prestaciones, brindadas solo en parte a través de servicios propios, y es a partir de esa ley en la que se unificaron algunos criterios de prestaciones y obligaciones.

Históricamente, el rasgo central de este subsector fue el carácter obligatorio de la adhesión y la organización por rama de actividad. Está

conformado por instituciones que cubren las contingencias de salud y proveen infraestructura y asistencia social a los trabajadores en relación de dependencia (sobre todo a partir de las obras sociales sindicales) y a los jubilados del régimen nacional de prevención social a través del Programa de Asistencia Médico Integral (PAMI).

Este subsector se constituyó como un seguro social para la protección de los trabajadores asalariados (y a su familia directa) cuyo aporte fue y es obligatorio y se realiza a través de las contribuciones tanto del empleador como del empleado. Además la Ley 18610 creó el I.N.O.S. (Instituto Nacional de Obras Sociales) que se encargaba de coordinar e integrar las actividades de las obras sociales. Entre sus acciones estableció un Fondo de redistribución.

En 1997 la mitad de la población contaba con cobertura exclusiva de Obra Social (esto es, sin incluir a quienes contaban con doble cobertura de Obra Social y Prepaga).

Pero debemos saber que pese a la existencia de un gran número de Instituciones, la mayoría de los beneficiarios y recursos se concentraban en un número relativamente reducido de obras sociales, esto explica la inviabilidad financiera de muchas de ellas.

En efecto, aunque el sistema de seguro social en Argentina esta altamente descentralizado y existen muchas obras sociales, esto no explica que existan simultáneamente altos niveles de concentración de la oferta. Las Obras Sociales de régimen nacional, más de 300 instituciones a comienzos de la década del '90, son los agentes centrales del seguro de salud, dan cobertura al 50,2% de la población con seguro obligatorio y se encuentran bajo la dirección y coordinación de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) desde 1996 (Decreto 446/00).

Las Obras Sociales provinciales son 23 instituciones que otorgan cobertura a un 29,41% de esta población, fundamentalmente empleados del sector público provincial y sus dependientes. La fuente de financiamiento está constituida por contribuciones de empleados y empleadores vinculadas a los ingresos que en las Obras Sociales de régimen nacional se establecieron en un 8% de la nómina salarial (luego modificadas) y, en el caso de las provinciales, varían entre el 7 y el 12,5%.

Es importante resaltar que este subsistema se terminó de consolidar como tal cuando en 1970 se extendió de manera obligatoria a toda la población trabajadora y a los jubilados y pensionados.

Pero esta circunstancia le imprimió



una característica peculiar, puesto que en vez de impulsar la provisión directa (centrada en servicios de su pertenencia) o la participación del sector público en el sistema, a partir de la sanción de esta leyes se afianzó la tendencia (ya existente) de que las OS concretaran contrataciones con el sector privado. De todas maneras, la importancia de este subsector se manifiesta, entre otras cosas, en el hecho que, en 1997 la mitad de la población contaba con cobertura exclusiva de Obra Social (esto es, sin incluir a quienes contaban con doble cobertura de Obra Social y Prepaga). Ahora bien, a pesar de la magnitud de la población cubierta por este subsistema, su peso sobre el total de establecimientos asistenciales del país y su capacidad instalada es baja. Entre 1969 y 1980, los establecimientos asistenciales de las Obras Sociales representaban sólo el 4% de los establecimientos del sistema de salud. Entre 1980 y 1995, se observa un descenso de esta participación que alcanza sólo al 1%. El gasto público consolidado en Obras Sociales oscila entre el 2% y el 3% del PBI entre 1980 y 1997.

Por otra parte, además de nuclear a una gran parte de la población, la importancia de este subsector radica también en su capacidad de



Además de nuclear a una gran parte de la población, la importancia de las Obras Sociales radica también en su capacidad de tornarse en un eje constitutivo del sistema de salud argentino desde 1970.

tornarse en un eje constitutivo del sistema de salud argentino desde 1970. De hecho, el sistema en general ha girado fundamentalmente alrededor del subsistema de Obras Sociales, que ha sido dependiente de los cambios políticos y del mercado laboral ocurrido en los últimos cuarenta años. El desarrollo del seguro social bajo jurisdicción sindical desde los años cuarenta, implicó una redistribución de poder hacia los sindicatos que ganaron un enorme poder con el control y la administración de los fondos y desde entonces defendieron fuertemente esta adquisición.

Una importante consecuencia de la formación del sistema de Obras Sociales ligado a la rama de actividad fue la creación de un seguro de salud basado en la categoría de trabajadores formales y sujeto a la existencia de un mercado de trabajo que presentase condiciones

de pleno empleo y una alta tasa de salarización. Esta fuerte vinculación entre Obras Sociales y sindicatos ha generado una continua politización de los conflictos que implica, la mayor parte de las veces, que se privilegien objetivos de esta lucha política por sobre las necesidades del área de la salud.



Subsistema

El subsistema privado

Bajo la denominación global de empresas de Medicina Prepaga se agrupa un amplio y muy diverso conjunto de entidades cuya oferta presenta una dispersión de precios y servicios cubiertos mucho mayor que el de las Obras Sociales.

Bajo la denominación global de empresas de Medicina Prepaga se agrupa un amplio y muy diverso conjunto de entidades cuya oferta presenta una dispersión de precios y servicios cubiertos mucho mayor que el de las Obras Sociales. Las empresas de Medicina Prepaga con fines de lucro se agrupan en dos cámaras empresariales: la Cámara de instituciones Médico-Asistencial de la República argentina y la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (que representa a las empresas sin servicios propios). Las cámaras agrupan a alrededor de 70 firmas de un total estimado de 150 con ubicación en Capital Federal y Conurbano y 46 empresas radicadas en el interior. Cabe aclarar que la afiliación se concentra fundamentalmente en la Capital Federal y, en menor medida, en el Gran Buenos Aires, existiendo algunas importantes entidades en las provincias de Santa Fe, Córdoba, Mendoza, Entre Ríos y Tucumán.

Este subsector se financia a partir del aporte voluntario de sus usuarios que, por lo general, tienen medianos y altos ingresos y que muchas veces también cuentan con cobertura de seguridad social ("doble afiliación"). Según los datos de la EDS, la cobertura de las Prepagas o mutuales alcanza un 7,9 de la población. Por su parte, la "doble afiliación" (Prepaga más Obra Social) alcanza a un 4,2% de la población.

Durante los últimos años, el subsector privado ha evidenciado un rápido crecimiento.

Consolidándose como prestador del sistema de las Obras Sociales. Entre 1969 y 1995, la participación de este subsector privado en el total de establecimientos asistenciales del país prácticamente se cuadruplicó. Mientras que a fines de la década de los años sesenta, sus establecimientos representaban un tercio del total nacional, a mediados de los noventa superaban el 50%. A su vez, la capacidad instalada del subsector se duplicó entre 1969 y 1995.

Finalmente, cabe señalar que a pesar de que el

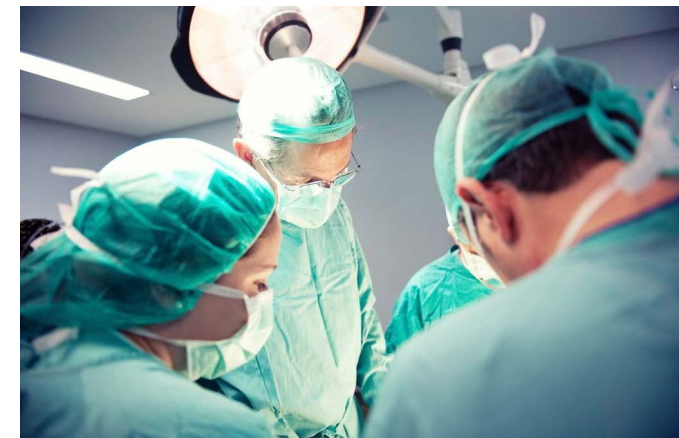
gasto anual de este sector es menor en comparación con el subsector público y las Obras Sociales, su gasto per cápita es el más elevado. Es necesario tener en cuenta para comprender este subsector que el Estado ha tenido una mínima intervención regulatoria en el área. La resolución 2181 del año 1980 de la Secretaría de Comercio establece las condiciones que deben registrarse en los contratos, pero éstas se refieren a características de los convenios (individual o colectivo); porcentajes de descuentos sobre medicamentos y requisitos para obtenerlos; normas aplicadas a la provisión de servicios y; forma de pago de las primas y reintegros.

Asimismo, este subsistema está conformado por un conjunto de instituciones muy heterogéneas, con gran número de entidades, costos de operación extremadamente altos y escasa transparencia en las áreas de competencia y protección del consumidor. Por otra parte, en los últimos años, las condiciones económicas nacionales e internacionales contribuyeron a la aparición de capitales externos que ingresaron al campo de los servicios privados.

En la Argentina, operan en total alrededor de 196 empresas de medicina Prepaga (entre las cuales el 58% tiene base en Capital Federal, 19% en el resto del Gran Buenos Aires y 23% en el interior). Del volumen total de asociados, en el 65% de los casos se trata de adherentes individuales y el resto (35%) está conformado por afiliaciones corporativas.

Las diez empresas líderes del mercado argentino concentran, aproximadamente, el 46,3% de la facturación y el 41% de la demanda. Por otra parte, las entidades más grandes tienen un ingreso promedio mensual por beneficiario que duplica al de las menores. Y, por el contrario, estas últimas tienen mayor presencia en el interior del país.

En la Argentina, operan en total alrededor de 196 empresas de medicina Prepaga (entre las cuales el 58% tiene base en Capital Federal, 19% en el resto del Gran Buenos Aires y 23% en el interior).



Facturación de las diez primeras empresas del mercado de Prepagas, 1998

Empresas	Facturación anual (millones de pesos)	Participación sobre el total
Medicus	200	9.6%
SPM	190	9.0%
Swiss Medical	128	6.1%
Docthos	120	5.7%
Omint	114	5.4%
Amsa	100	4.8%
Cemic	34	1.6%
Qualitas	34	1.6%
Medicor	28	1.3%
Omaja	26	1.2%
Otras	1126	53.7%
TOTAL	2100	100%

Un fenómeno que también se observa es la creciente tendencia, entre las Prepagas, a establecer contratos prestacionales con las Obras Sociales. Esta modalidad que se inició con contratos con algunas Obras Sociales de personal superior, como OSDE, se extendió a un espectro mucho más amplio de entidades a través del gerenciamiento de sus contratos capitados.

En los informes de la SSS de 1999 se verifica que las Obras Sociales establecieron 128 contratos con concesionarios y 17 con gerenciamiento, inclusive, existen situaciones en que una misma Obra Social establece convenios con más de una empresa de medicina Prepaga. De hecho, la existencia de estos convenios se convierte en una estrategia de competencia entre OS,

permitiendo a los afiliados acceder, indirectamente, a los servicios de las empresas de medicina Prepaga. En efecto, más de dos millones de beneficiarios (17 % del padrón) acceden a la red prestadora de empresas de medicina Prepaga a

través de estos contratos de gerenciamiento y, a su vez, las empresas de medicina Prepaga acceden, de forma directa, a un mercado que involucra un conjunto de OS que detentan el 34% de los ingresos del sector.

Cantidad de contratos establecidos por las empresas líderes de medicina Prepaga con OS. 1999

Ranking de Facturación Total	Empresas Cantidad de contratos con OS
1 Medicus	13
2 SPM	6
3 Swiss Medical	4
4 Docthos	11
5 Omint	5
6 Amsa	18
7 Cemic	5
8 Qualitas	5
9 Medicor	
10 Omaja	3
Otras	75
TOTAL	145

Por último, al tratarse de un mercado de altos niveles de saturación la tendencia ha sido preservar la competencia a través de la diversificación de planes. Para las instituciones privadas con fines de lucro es importante contar con una cartera creciente de asociados y para ello compiten diferenciando su producto. Es decir que la competencia por captar un mayor número de asociados impacta en una permanente expansión de la cobertura.

Las Mutuales son entidades sin fines de lucro, prestadoras de servicios, sostenidas por el aporte de sus asociados, actuando con seriedad y eficiencia de empresas, donde un grupo de personas asociadas libremente, bajo una forma legal específica, se reúne para solucionar problemas comunes, teniendo por guía la solidaridad y por finalidad contribuir al logro del bienestar material y espiritual de sus miembros.

La respuesta natural que los hombres y mujeres encuentran ante los diversos desafíos y necesidades es la ayuda mutua. Así, desde tiempos remotos, la colaboración ha sido una constante en la historia humana. De la práctica de unirse y ayudarse entre iguales para hacer frente a los problemas comunes, surge el mutualismo.

En la Argentina, las mutuales se rigen por la ley N° 20.321 y por diversas resoluciones que dicta el órgano competente en la materia: el Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social, INAES.

Tienen gran importancia en el campo de la Salud, los Servicios Sociales, así como también constituyen una red de apoyo económico para las pequeñas y medianas empresas. En este sentido, concurre también a equilibrar las desigualdades provocadas por el sistema económico del libre mercado.

Las mutuales son “empresas sociales”, con cerca de 4200 entidades registradas y alrededor 5 millones de asociados. Constituyen uno de los pilares de la Economía Social. Están en condiciones de competir con las empresas privadas en cuanto a eficiencia y seriedad, así como también son capaces de proporcionar servicios donde el Capital considera poco rentable hacerlo.

Las Mutuales son entidades sin fines de lucro, prestadoras de servicios, sostenidas por el aporte de sus asociados, actuando con seriedad y eficiencia de empresas, donde un grupo de personas asociadas libremente, bajo una forma legal específica, se reúne para solucionar problemas comunes, teniendo por guía la solidaridad y por finalidad contribuir al logro del bienestar material y espiritual de sus miembros.





Los siete principios sobre los que se basa el mutualismo son:

1. Adhesión Voluntaria
2. Organización Democrática
3. Neutralidad Institucional
4. Contribución acorde a los beneficios a recibir
5. Capitalización Social de Excedentes
6. Educación y Capacitación Mutua
7. Integración para el Desarrollo

El INAES es el organismo dependiente del Ministerio de Desarrollo Social, que ejerce las funciones que le competen al Estado en materia de promoción, desarrollo y control de la acción cooperativa y mutua.

Fundamentos del Mutualismo

El sistema mutua fue creado para que las personas, ante una emergencia o necesidad de algún bien o servicio, al que no pueda tener acceso en forma individual, lo pueda hacer mediante la ayuda mutua.

Precisamente el valor más importante que sostiene al mutualismo es la Solidaridad. Además de asistir a sus componentes ante una emergencia, tiene como propósito contribuir al logro su bienestar material y espiritual.

Son entidades sin fines de lucro. Se constituyen libremente por personas inspiradas en la solidaridad.

Se financian mediante el aporte de una contribución periódica. Llamada generalmente cuota social, que se abona mensualmente.

Con esta cuota, la Mutua brinda los servicios

esenciales a quienes los necesiten. De tal manera, cada asociado, debe pensar que su aporte es absolutamente solidario, porque no lo hace esperando algo a cambio. Sino que será recibido en servicios o bienes por otros asociados que lo necesiten.

De la misma manera, cuando cualquiera de los asociados que no utilicen ningún servicio de la Mutua, necesiten recurrir a ella para ser atendidos, las contribuciones o cuotas sociales del resto, permitirán que el servicio le sea brindado.

Los servicios que brindan pueden ser propios o contratados a terceros a través de convenios.

Características de los Grupos Sociales

Podríamos afirmar que generalmente, se tratan de grupos de afinidad los que forman parte del grupo de asociados. Es decir, un grupo de personas que tienen una característica común, como por ejemplo desempeñarse laboralmente en algún organismo del Estado o empresa privada; tener la misma profesión o cualquier otra característica que posibilite que el grupo actúe, además de compartir los principios del Mutualismo, con alguna condición común a todos que los identifique. A este tipo de Mutuales, suele llamárselas "cerradas", puesto que para asociarse, generalmente en sus estatutos se establece como condición que trabajen en el mismo organismo o empresa. No obstante, también existen las Mutuales que tienen asociados que se desempeñan en diferentes esta-

blecimientos, públicos o privados, y también que tienen diferentes profesiones o especialidades. A este tipo de Mutuales se las suele denominar "abiertas", es decir que no exigen ninguna condición de carácter laboral para asociarse.



Organizaciones con Fines Sociales

La denominación más adecuada y que permite una mayor comprensión de los propósitos que animan a este tipo de entidades es la de Organizaciones con Fines Sociales.

Pues la tradicional denominación de entidades sin fines de lucro, provoca una confusión entre quienes no conocen la esencia del sistema. Muchas veces se cree que tienen la obligación de brindar servicios en forma gratuita y que no pueden tener excedentes. Cuando precisamente, una de las características principales que tienen las Mutuales, es que pueden tener excedentes

con la condición de no distribuirlos entre sus asociados e invertirlos en nuevos servicios o mejorar los servicios que ya presta.

En la República Argentina, las Mutuales están reguladas por la Ley 20.321 y una gran cantidad de resoluciones emanadas del organismo de contralor, que a través de los últimos años ha sido denominado de tres maneras diferentes: INAM – Instituto Nacional de Acción Mutua; INACyM – Instituto Nacional de Acción Cooperativa y Mutua e INAES – Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social.

Funcionamiento



La Mutua es una de las organizaciones más democráticas, pues todos los socios cumpliendo con algunos requisitos establecidos en el Estatuto Social, puede desempeñar cualquier puesto en los órganos que la conducen y controlan.

Ante cualquier duda o necesidad de resolver alguna situación, es conveniente recurrir a lo que establece el estatuto de la Mutua de que se trate. Generalmente ahí está todo contemplado. De faltar algo, se suple con lo establecido en la Ley de Mutualidades Nº 20.321 o en las resoluciones del organismo de contralor.

Los órganos que la administran y controlan son:

- La Comisión Directiva.
- La Junta Fiscalizadora.
- La Asamblea de Asociados.

Las decisiones de cada uno de estos tres cuerpos están claramente determinadas en los Estatutos y en la Ley 20.321.

El Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social –INAES- es el organismo del Estado que tiene como funciones: Otorgar la personería jurídica (comúnmente llamada Matrícula); controlar su funcionamiento; disponer el nombramiento de veedurías; disponer intervenciones; rubricar sus libros; aprobar los reglamentos de los servicios que brinda; controlar toda la documentación relativa a las asambleas; retirarle la personería jurídica con justa causa, etc.

Bondades del Mutualismo

Es tan vasta la cantidad y variedad de servicios que prestan que sería difícil enumerarlos a todos sin tener el riesgo de omitir alguno. Pero podemos afirmar que desde la atención de la salud; otorgamiento de ayudas económicas; otorgamiento de subsidios; servicio de proveeduría, hasta la construcción de viviendas, puede brindar cualquier tipo de servicios y facilitar la adquisición de bienes.

Aquellos servicios que por diferentes razones no puede brindar, pero que son brindados por otra Mutua, pueden ser compartidos a través de Convenios Intermutuales y de esa forma se beneficia ambas entidades. Una porque sin ninguna inversión puede brindar el servicio a sus asociados y la que lo tiene, porque de esta manera los asociados de la otra Mutua colaboran con su aporte a aumentar los ingresos y también a absorber sus costos.

La Mutua es una de las organizaciones más democráticas, pues todos los socios cumpliendo con algunos requisitos establecidos en el Estatuto Social, puede desempeñar cualquier puesto en los órganos que la conducen y controlan.

Es muy beneficioso para las Mutuales que todos sus asociados conozcan sus derechos y obligaciones, como también realizar cursos, difusión, educación, sobre el valor de la solidaridad. De ese modo, se logra fortalecer el sentido de la pertenencia y cada asociado se siente parte integrante de la misma. Siendo así, cuando deben afrontarse situaciones difíciles, existe una predisposición favorable para la participación y el aporte de ideas.

Por la característica humanista de estas entidades, constituyen el lugar apropiado para estimular a los asociados a utilizar la sede la entidad y llevar a cabo expresiones artísticas, que en gran parte de los casos, las personas no pueden ni tienen la posibilidad de hacerlas conocer públicamente.

Por ejemplo: Exposición de pinturas; concursos literarios; conferencias; y todo tipo de manifestación artística y cultural.

La Mutual es un lugar adecuado para impartir cursos de capacitación y también realizar reuniones sociales.

Es tan amplia la gama de todo lo que se puede hacer en una Mutual en beneficio de sus asociados, que solamente tendrá como limitación la imaginación de sus integrantes.

Los seguros o aseguradoras en salud son sistemas que garantizan el acceso a la salud y a la asistencia médica a una población determinada. Es importante recalcar que la salud no es la ausencia de enfermedades, es un estado de bienestar físico, mental y social.

Dentro de lo académico se habla de cuatro modelos de seguro, los cuales están en mayor o menor presencia en todos los sistemas de salud nacionales:



1. Seguros sociales obligatorios:
Bismarck
2. Servicio nacional de salud:
Beveridge
3. Seguros voluntarios
4. Liberal

El seguro social obligatorio se caracteriza porque un grupo o toda la población está obligada por ley a tener un seguro. La financiación se da por cuotas proporcionales a los salarios y aporte del presupuesto del Estado. La provisión de los servicios es mixto: públicos de la misma aseguradora y privados retribuidos por acto o por contrato colectivo. Este modelo predomina en Países Bajos, Francia y Costa Rica.

El servicio nacional de salud se caracteriza por abarcar a toda la población o a una parte de ella. El presupuesto está dado por el Estado o presupuestos subnacionales o municipales. La provisión de los servicios es mixta como el sistema anterior. Este modelo rige en In-

glaterra, España, Suecia e Italia. Los seguros voluntarios acceden aquellos que tienen medios o empresas que aseguran a sus empleados. La financiación de este tipo de sistema está dada por la suscripción con pólizas con compañías privadas de seguro médico y la prima dependerá de las prestaciones contratadas y / o del riesgo de enfermedad. La prestación es privada y es el seguro que se contrata en Estados Unidos.

El liberal es contratado por todas aquellas personas que puedan económicamente. La financiación se da por pago directo del usuario al prestador. La provisión de servicios es privada. Este tipo de seguro predomina en Ecuador.

El seguro social obligatorio se caracteriza porque un grupo o toda la población está obligada por ley a tener un seguro. Los seguros o aseguradoras en salud son sistemas que garantizan el acceso a la salud y a la asistencia médica.

Conceptos básicos de los seguros



La consideración de los siguientes conceptos es imprescindible para la evaluación de cualquier sistema de salud:

Acceso: la capacidad de las personas para buscar y obtener atención en salud. Los cuidados de salud son asequibles a la población según su ubicación geográfica, su costo, su disponibilidad, etc.,

Cobertura: personas o grupos de personas que benefician de la atención en salud. La cobertura puede ser universal, en ese caso cubre a la población en su totalidad.

Plan de beneficios o prestaciones: listado de cuidados cubiertos por el sistema de salud. Por ejemplo: atención primaria, emergencias, ciertas cirugías, ciertos exámenes de laboratorio, ciertos medicamentos, etc.

Solidaridad: Valor moral que, en el caso de los seguros, consiste en aceptar que la inversión financiera personal es constante y es independiente del costo de los cuidados de salud recibidos.

La solidaridad puede ser de dos tipos:

- **Horizontal.** Es una solidaridad en los riesgos: los afiliados saludables contribuyen tanto como los enfermos.
- **Vertical.** Es una solidaridad en los ingresos: los afiliados más ricos contribuyen más que los afiliados de menos recursos.



Equidad: principio ético que, con el fin de obtener una mejor justicia, toma en cuenta las situaciones individuales en el cobro y en el pago. De esta forma, las personas con menor capacidad económica contribuyen menos al financiamiento que las de mayor capacidad, y ambos grupos reciben cuidados similares.

Atención primaria: manera de enfocar la atención en salud. Se basa en unos métodos y una tecnología prácticos, científicamente demostrados y adaptados al medio en el que se usan (zona rural/urbana, población vulnerable, etc.). Para



una atención correcta, la atención primaria debe prestar servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Por sus características, la atención primaria se practica comúnmente en el primer nivel de atención en salud, el cual busca fortalecer. Sin embargo, también se practica en el segundo y tercer nivel de atención. El primer nivel de atención es la puerta de entrada, el primer sitio de contacto de la comunidad con el sistema de salud de un país, por ejemplo un centro de salud. Ahí, se resuelve la mayor parte de los problemas de salud de la población con mayor eficiencia y a menor costo. Los casos no resueltos son referidos a un segundo nivel de atención, por ejemplo un hospital cantonal.