

Artículo de investigación

¿Es la salud un derecho? Políticas públicas en tiempos de neoliberalismo

Alejandra Ballerini¹ Lorena Figueras¹ Cristian Del Carlo¹**Correspondencia**

lorena1figueras@gmail.com

Filiaciones institucionales¹Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario (UNR, Argentina)**Resumen**

El presente artículo aborda de qué manera ha sido incorporado el derecho a la salud en la Constitución Nacional Argentina, para arribar así a la reforma de 1994 donde el mismo es explicitado en el artículo N° 42. Se destaca también la importancia de suscribir a tratados internacionales. Se describen las características generales del Estado de Bienestar versus el Estado neoliberal, destacando como uno y otro ha tenido injerencia en el sector salud. Luego se conceptualiza qué son las políticas públicas y las políticas en salud en particular. Se trata de visibilizar desde una perspectiva crítica, el estado actual de las políticas en salud al momento del cierre del gobierno de Mauricio Macri. Se concluye sobre la importancia de continuar trabajando sobre la democratización del derecho a la salud como resistencia al avance del mercado sobre la salud pública.

Palabras clave

derecho a la salud | estado de bienestar | políticas públicas | políticas en salud | democratización

Cómo citar

Ballerini, A, Figueras, L. y Del Carlo, C. (2020). ¿Es la salud un derecho? Políticas públicas en tiempos de neoliberalismo. *Revista de Psicología*, 19(1), 32-47. doi: 10.24215/2422572XE048

DOI

10.24215/2422572XE048

Recibido

22 jul. 2019

Aceptado

6 mar. 2020

Publicado

17 mar. 2020

Editor

Nicolás Alessandrini | Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid (España)

ISSN

2422-572X

Licencia© Copyright: Ballerini, A. et al.
Licencia de Cultura Libre [CC-BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)**Entidad editora**

RevPsi es una publicación de la Facultad de Psicología (Universidad Nacional de La Plata, Argentina)

**ACCESO ABIERTO**
DIAMANTE

Saúde é um direito? Políticas públicas em tempos de neoliberalismo

Resumo

Este artigo discute como e quando o direito à saúde foi incorporado à Constituição Nacional Argentina, para chegar à reforma de 1994, onde o direito à saúde é mencionado no artigo nº 42. A importância também é destacada, de assinar tratados internacionais. Em seguida, conceitua-se o que são políticas públicas e políticas de saúde, em particular a Cobertura Universal de Saúde. O objetivo é tornar visível, sob uma perspectiva crítica, o estado atual das políticas de saúde e o vínculo delas com a eliminação do Ministério da Saúde da Nação do Decreto 801/2018. Conclui sobre a importância de continuar trabalhando na democratização do direito à saúde como resistência ao avanço do mercado da saúde pública.

Palavras-chave

direito à saúde | estado social | políticas públicas | políticas de saúde | democratização

Is health a right? Public policies in times of neoliberalism

Abstract

This article historicizes on how and when the right to health has been incorporated into the Argentine National Constitution, in order to arrive at the 1994 reform where the Right to Health is named in Article No. 42. The importance of subscribing to international treaties is also highlighted. Then it is conceptualized what are public policies and health policies, in particular the Universal Health Coverage. The goal is to make the current state of health policies and the link between them and the elimination of the Ministry of Health of the Nation from Decree 801/2018 visible from a critical perspective. It concludes on the importance of continuing to work on the democratization of the right to health as well as resistance to the market advance on public health

Keywords

health right | welfare state | public policies | health policies | democratization

Aspectos destacados del trabajo

- Se reconoce el derecho a la salud en Argentina.
- Se contrastan el Estado de bienestar y el Estado neoliberal.
- Se conceptualizan las políticas públicas y las políticas en el sector salud o políticas públicas en salud.
- Se defiende la democratización del derecho a la salud, abogando por resistir el avance del mercado en el sector.

La Constitución Nacional de la República Argentina sostiene históricamente el derecho a la salud y así lo confirma la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación. Desde su versión original de 1853, pasando por la Reforma de 1949 (“anulada” por el gobierno de facto en 1957) hasta la última Reforma de 1994, la protección del derecho a la salud aparece en un comienzo en forma implícita como consecuencia del derecho a la vida para luego ser sostenido explícitamente, como se analizará someramente más adelante. Es por esto que se puede definir en principio que la salud es un derecho en Argentina. Ahora bien, la inclusión explícita de la salud como un derecho constitucional es un importante avance en la dirección de la ampliación de derechos, pero entre la mera declaración de un derecho y su pleno ejercicio efectivo por parte de la población media una distancia considerable. Distancia que es cubierta (o no) por las diversas políticas públicas, sostenidas por el Estado e impulsadas por diferentes gobiernos. De esta manera la pregunta “¿Es la salud un derecho en Argentina?” adquiere pleno sentido en la presente coyuntura, al cierre del ciclo de gobierno de Mauricio Macri (2015-2019).

La salud como derecho en Argentina

En el texto original de nuestra Constitución Nacional (sancionada en 1853 y reformada en 1860) el derecho a la salud no fue incluido de forma expresa, considerándose como corolario del derecho a la vida e implícitamente reconocido como un “derecho no enumerado” o “garantía innominada”, a través de su art. 33 (*Bidart-Campos, 1995*). Por su parte la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha reconocido este derecho desde un comienzo, pudiéndose citar a modo de ejemplo el fallo del año 1887 reconocido como de “Los saladeristas de Barracas”, en donde frente a un conflicto originado por el vertido de efluentes tóxicos dictaminó “ninguno puede tener un derecho adquirido de comprometer la salud pública, y esparcir en la vecindad la muerte y el duelo con el uso de su propiedad” (*Canosa, 2017, p.1*).

La cuestión cambia con la Constitución de 1949 coincidiendo con un Estado que asume la responsabilidad primordial en la atención de la Salud, no sólo con criterio subsidiario sino como principal ejecutor, es decir, como planificador y prestador. La Constitución introduce a un nuevo ciudadano, delineado por dos pilares: los derechos sociales y la justicia social, y plantea expresamente el derecho a la “preservación” de la salud, el bienestar social y la seguridad social aunque vinculándolas al trabajo, como derecho del trabajador y su familia.

A partir de la Reforma de 1994 la Salud aparece mencionada en forma explícita en nuestra Constitución, a través de su artículo 42, donde establece que:

“Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno” (*Ley 24.430, 1995*, art. 42).

El art. 75, inc. 22 otorga jerarquía constitucional a los distintos instrumentos internacionales sobre derechos humanos firmados y ratificados por Argentina, es decir que tienen el mismo rango que la Constitución y se ubican por encima de las leyes y decretos nacionales. A modo de ejemplo, se alude al derecho a la salud en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre de 1948, en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966, en el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, en la Convención Americana de Derechos Humanos (“Pacto de San José de Costa Rica”) de 1969 y en la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989 (*Canosa, 2017*), entre otros.

Resulta así de interés citar Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación a partir de la Reforma Constitucional del año 1994: en un caso ante la negativa o el incumplimiento de la protección del derecho a la salud en una ciudadana bonaerense se apela a la Constitución Nacional e instrumentos internacionales adheridos para su efectivo cumplimiento. El máximo tribunal sentencia que el derecho a la salud se encuentra íntimamente relacionado con el derecho a la vida y afirma que está reconocido por la Constitución Nacional y por los tratados internacionales que tienen jerarquía constitucional (*Corte Suprema de Justicia de la Nación, Fallo 325, 2005*).

Asimismo, los incisos 18 y 19 del el art. 75 de la Constitución Nacional Argentina establece que al Congreso Nacional le corresponde proveer lo conducente a la prosperidad del país, al adelanto y bienestar de todas las provincias y, además, lo conducente al desarrollo humano y al progreso económico con justicia social (*Ley 24.430, 1995*, art 75).

La salud es una de las dimensiones constitutivas del desarrollo humano. Este concepto fue introducido por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en 1990 y lo define como el proceso mediante el cual se amplían las oportunidades

de los individuos, considerando que las más importantes son: una vida prolongada y saludable, el acceso a la educación y el disfrute de un nivel de vida decente (*Casa, 2009*).

Más allá de que el artículo 42 de la Constitución puede dejar lugar para algunas interpretaciones respecto de cómo es definido este derecho, en tanto es presentado como un derecho del consumidor (y no del ciudadano), el resto de su articulado, la adhesión a instrumentos internacionales de derechos humanos y la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación harían suponer que en el territorio argentino la salud es un derecho. Sin embargo, la historia nos dice que las políticas públicas en Argentina han oscilado entre unas más representativas del Estado de Bienestar y otras más características de un Estado Neoliberal.

Estado de Bienestar y neoliberalismo en Argentina

El autor danés Esping-Andersen (*1993*), en sus esfuerzos por complejizar la noción de “Estado de Bienestar”, establece la existencia de tres tipos fundamentales del mismo:

- El primero, de carácter liberal, en el cual el Estado interviene focalizadamente sólo en aquellos sectores poblacionales en los cuales el mercado no llega a satisfacer las necesidades básicas. Este modelo es compatible con un alto grado de estratificación social.
- Un segundo modelo, conservador, en donde el Estado interviene en el mercado, pero no busca modificar la estratificación social. Una de sus políticas sociales características está dirigida al fortalecimiento de las familias como proveedora de bienes y servicios sociales.
- Un tercer tipo, caracterizado como socialdemócrata, en donde el Estado interviene tanto en el mercado como en la estratificación social. Sus políticas sociales son universales, dirigidas a todos los ciudadanos por igual, en la búsqueda de asegurar un nivel de vida aceptable independientemente de su participación en el mercado. La ciudadanía social, central en este tipo de Estado de Bienestar, implica la ampliación de derechos sociales, concedidos en base a la ciudadanía y no en base a la participación en el mercado, lo cual implica una fuerte desmercantilización del acceso a los bienes y servicios básicos (*Ubasart-González y Minteguiaga, 2017*).

En Latinoamérica diversos autores han problematizado la aplicación de la categoría “Estado de Bienestar” en el medio local, ya que la misma fue ideada originalmente teniendo en cuenta la realidad de los países centrales. De esta manera Mesa Lago, a mediados de la década de 1980, elaboró una clasificación de países latinoamericanos, teniendo en cuenta una serie de indicadores en un intento de “medir” el nivel de desarrollo de los programas de seguro social, jubilaciones, sistema de salud y cuidado de la maternidad. Estableció tres grupos: “Pionero-Alto” (donde se ubica Argentina),

“Intermedio” y “Tardío-bajo”. Años más tarde Fernando Filgueira (1998) analizó el grado de protección social, el rango de beneficios y sus condiciones de acceso, la estratificación de los servicios y su impacto en la estratificación social inicial, para el período 1930-1970 en Latinoamérica. Ubicó a Argentina (junto con Uruguay y Chile) como países con “Universalismo Estratificado”, caracterizados por políticas de bienestar amplias pero segmentadas según la inserción ocupacional (*Ubasart-González y Minteguiaga, 2017*).

Para Lo Vuolo (1998), Argentina presentó una modalidad híbrida de Estado de Bienestar que combina formas universalistas y corporativas de protección social. Considera que entre 1945 y 1970 el Estado de Bienestar Argentino se fundó en dos “manos” combinadas. La “mano derecha” implicó una política de sustitución de importaciones con pleno empleo y niveles salariales altos, de acuerdo al modelo keynesiano, sosteniendo la demanda efectiva a través del consumo. La “mano izquierda” operó a través de tres lógicas. Por un lado el “seguro social” expresado en el sistema previsional, una parte importante del sistema de salud y las asignaciones familiares; por otro lado el sistema educativo y el sistema básico de salud ofrecido sobre una base universalista (aunque el sistema de salud tiende a focalizarse luego en los sectores no sindicalizados, sin acceso a obra social); y por último una serie de políticas de vivienda y de asistencia social focalizadas en casos de extrema pobreza. La expansión de este sistema, considera el autor, no se realizaba a partir de la extensión de derechos básicos universales, sino como negociaciones a partir de los cuales los sectores más rezagados obtenían ciertas concesiones por parte del Estado (*Soldano y Andrenacci, 2006*).

En síntesis, en Argentina si bien el desarrollo de un Estado de Bienestar “de tipo socialdemócrata”, en el sentido del acceso efectivo al ejercicio de los derechos sociales a partir de la condición de ciudadanía y en forma independiente de la capacidad de consumo en el mercado, podría pensarse como parcial, diversos autores concuerdan en que el país logró altos niveles de desarrollo en relación al contexto latinoamericano.

A partir de la crisis del Estado de Bienestar, evidente a partir de la década de 1970, y la implantación de políticas neoliberales, entendidas en el sentido de un proyecto de creciente mercantilización de todos los aspectos de la vida humana, se abre un período en el cual las conquistas en relación a derechos sociales (siendo el derecho a la salud uno de ellos) se ven expuestos a la posibilidad de fuertes recortes. Esto es así porque el neoliberalismo creó condiciones políticas y jurídicas para atentar contra los derechos humanos bajo las premisas de modernizar el Estado y reducirlo, dando lugar a las privatizaciones bajo el supuesto de que funcionan mejor; “modernizar” las empresas lo que significa reducir al máximo la cantidad de trabajadores para bajar costos y aumentar ganancias, anulando las conquistas sociales alcanzadas por los trabajadores.

De este modo y para sintetizar, el paradigma neoliberal puede resumirse en cuatro ideas fuerza, según lo define Ezcurra (1998): 1- Promoción de un máximo crecimiento económico; 2-el aumento de la tasa de ganancia; 3- reducción de los

costos laborales; 4-fuerte contención del gasto público social.

En este marco la salud es tratada con la misma vara, se aplican (sobre lo que había sido definido como un bien social en y por el Estado de Bienestar) criterios de mercantilización. De allí el imperativo de generar ganancias con un bien devenido mercancía, susceptible desde la lógica neoliberal de ser sometida a los criterios de oferta y demanda. Este auge neoliberal desde la década de los '70 ha favorecido el crecimiento del sector privado en salud.

Cabe señalar que esta mercantilización de la salud no se traduce en una mejor calidad de acceso, atención y cobertura; sino que se caracteriza por la imposición de políticas más focalizadas y selectivas en contraposición a aquellas tendientes a la universalidad. En ese campo de tensiones entre la salud como bien social y la salud como mercancía el sistema de salud argentino, adquiere singulares características que lo diferencian del resto de los países de Latinoamérica.

La complejidad del sistema de salud en Argentina

La Constitución Nacional establece que las provincias conservan todos los poderes no delegados al gobierno nacional: en términos generales todo lo que no es mencionado en el Capítulo 4 de nuestra Constitución (donde se establecen las atribuciones del Congreso Nacional) es facultad de las provincias. En ese capítulo no se menciona expresamente a la salud, razón por la cual se encuentra muy extendida la interpretación de que la garantía del ejercicio del derecho a la salud corresponde a las provincias y que son ellas las únicas habilitadas para legislar al respecto. Sin embargo, al ser la salud un bien constitucionalmente protegido (de acuerdo a lo expresado anteriormente) y siendo el Estado Nacional el responsable del cumplimiento de las obligaciones internacionales contraídas en la materia, la garantía última del cumplimiento del derecho a la salud recae en la nación (*Casal, 2009*). Se trataría entonces de que el ejercicio del derecho a la salud no es una competencia exclusiva ni de la nación ni de las provincias, sino que se trata de una competencia concurrente entre el estado federal y las provincias (*Garay, 2008*).

El malentendido en cuanto a que la legislación en salud es facultad de las provincias ha generado dos fórmulas legislativas en el Congreso Nacional tendientes a no vulnerar esa supuesta facultad:

La primera, que llamaré Fórmula de Orden Público, es utilizada cuando se busca que una ley sea de efectiva aplicación en todo el territorio nacional. En esos casos se especifica, en un artículo, generalmente ubicado entre los primeros, que se trata de una 'Ley de orden público'. La segunda, a la que denominaré Fórmula de adhesión, se utiliza cuando se legisla desde el Congreso sobre materias que, supone, no tiene injerencia. Esta fórmula se materializa en un artículo, casi siempre ubicado entre las últimas disposiciones del texto, manifestando básicamente 'Se invita a las provincias a adherirse' (*Casal, 2009*, p. 15)

A modo de ejemplo, la Ley Nacional de Salud Mental (*Ley 26.657, 2010*) utiliza la fórmula de orden público, expresada en su art. 45. La Cobertura Universal de Salud promulgada por el Decreto 908/2016 y publicado en el Boletín Oficial el 3 de agosto de 2016, podría pensarse como un ejemplo de fórmula de adhesión.

La competencia concurrente entre el Estado Nacional y las provincias puede ser fuente de conflictos. En materia de derechos, la legislación nacional es un piso de derechos, los cuales pueden ser superados o ampliados por las legislaciones provinciales. En los casos de conflicto en cuanto al alcance de los derechos, se debe aplicar el criterio *pro homine* que establece que debe prevalecer la norma más favorable a la persona humana (*Casal, 2009; Garay, 2008*).

Pero no es esa la única fuente de conflictos. El sistema de salud argentino es un sistema mixto, es decir que incluye tres sub-sectores cuya regulación es responsabilidad del Estado Nacional: Público, Seguridad Social y Privado. El subsector público está conformado por la red de hospitales y centros de salud que prestan atención y asistencia sanitaria a la población que lo necesite. El privado incluye a empresas de medicina prepaga y efectores privados. Por último, el seguro social obligatorio está organizado en torno a las obras sociales, nacionales y provinciales, que es una cobertura para los empleados registrados. Esta condición caracteriza al Sistema con una excesiva fragmentación: distintas fuentes de financiamiento, diferentes coberturas y coseguros, regímenes y órganos de control y fiscalización. Además, al interior de cada uno de los subsectores también hay fragmentación: el subsector público, fragmentado en nacional, provincial y municipal, que como mencionáramos en tanto queda sometido a normativas emanadas de las distintas jurisdicciones, puede ser fuente de conflictos; el subsector de la seguridad social incluye a las obras sociales nacionales y, entre ellas, una de especiales características: el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados; obras sociales provinciales; obras sociales de las Fuerzas Armadas y de Seguridad y obras sociales de las universidades nacionales y de los poderes Legislativo y Judicial; y el subsector privado incluye innumerables empresas prestadoras.

La fragmentación del sistema de salud y el federalismo argentino imprimen características únicas que lejos de facilitar el ejercicio del derecho a la salud lo complejizan en la medida en que el desafío de toda política sanitaria es lograr equidad. La política sanitaria es el ámbito privilegiado para alcanzarla porque a través de ella es posible corregir las desigualdades que genera el mercado, siempre que la mirada esté en la perspectiva de derecho.

Por último, es importante resaltar que, en virtud de su carácter de garante último, si una provincia no puede garantizar el acceso al derecho a la salud, es el Estado Nacional quien tiene la obligación de asegurar dicho acceso (*Canosa, 2017*). Ahora bien, garantizar este derecho es parte de un proceso de toma de decisiones que son netamente políticas. Es decir que el bien salud o la salud como derecho está fuertemente vinculado al campo de las políticas públicas.

¿Qué es una política pública?

Podría pensarse que es tautológico hablar de política pública porque la propia definición de política hace referencia a lo público: el origen etimológico de la palabra da cuenta de que se trata de algo de, para o relacionado con los ciudadanos, con el bien común. Sin embargo, como veremos, las políticas públicas no siempre responden al bien común y por lo tanto se hace necesario reflexionar acerca de qué es una política pública.

Existen muchas y variadas definiciones sobre lo que es una política pública. Generalmente se aborda este tema teniendo como punto de partida los efectos o resultados visibles del destino y el gerenciamiento de los recursos públicos. Si hablamos de gerenciamiento y destino estamos dando cuenta de que se trata de decisiones que se toman en torno a los recursos públicos. Y en tanto se trata de los recursos públicos, esas decisiones se toman dentro de un ámbito de autoridad investida de poder público y de legitimidad gubernamental. Diríamos entonces que las políticas públicas son decisiones que toma el Estado en torno a problemáticas sociales, ya sea que impliquen asignación de presupuesto o solamente una intervención administrativa o legal. Entendemos entonces que una política pública es un curso de acción (o inacción) que el Estado sigue en respuesta a determinadas problemáticas sociales. Resulta interesante considerar esta perspectiva como punto de partida porque expresa con claridad que la inacción o indecisión también puede ser también política pública.

En esta línea se ha definido a las políticas públicas como el resultado de decisiones del gobierno que pueden orientarse a mantener o alterar el statu quo. A su vez, las decisiones que apuntan a modificar el estado de cosas, un comportamiento, por ejemplo, serán diferentes de acuerdo a lo que se quiera modificar: una cosa es querer modificar hábitos alimentarios, resaltando los beneficios de ingerir comida saludable, y otra diferente es, por ejemplo, querer intervenir en los niveles de violencia institucional (Testa, 2007). Diríamos entonces que una política pública es el resultado de una serie de decisiones que toma el Estado respecto de determinadas metas y medios para lograrlas en una situación específica.

Ahora bien, si recordamos que el Estado implica un conjunto de instituciones cuyas ordenaciones emanan de la negociación institucional de diversos grupos sociales, tenemos que considerar que cuando hablamos de políticas públicas ineludiblemente debemos remitirnos al juego de fuerzas que se establece entre los distintos actores involucrados. Los actores del Estado (Testa, 2007) serían aquellos que pueden introducir los temas de debate en la agenda del Estado: sindicatos, las organizaciones empresariales, las organizaciones profesionales, los movimientos sociales, las organizaciones no gubernamentales, agentes estatales con roles diferenciados (funcionarios, equipos técnicos, equipos administrativos).

De lo antedicho se desprende que en las decisiones del Estado está implícito el conflicto, en la medida en que hay diversos intereses en juego. No se trata solamente de una persona o grupo de personas sino que en el diseño de las políticas públicas

“juegan” diferentes actores. Se trata de un proceso complejo, que se configura en el entrecruzamiento de las diferentes posiciones que asumen los actores, que a su vez se fundamentan en valores y racionalidades distintas. Podríamos decir entonces que el debate en torno a la elaboración de una política pública se desarrolla entre los actores del Estado en tanto portadores de poder de negociación, poder que depende de su fuerza económica y política. El sentido y potencia de la política pública dependerá de la competencia de los actores que las impulsan y de la capacidad de los actores que las resisten.

Asimismo, en el diseño de las políticas públicas juegan además otros factores que no es posible desarrollar en el marco de este artículo pero que podemos nombrar de la siguiente manera: el capitalismo global (instituciones como el Fondo Monetario Internacional o la Organización Mundial del Comercio, elites internacionales) impone modelos de desarrollo e interviene activamente en la correlación de fuerzas; en el contexto nacional, las clases dominantes y grupos poderosos de la sociedad civil pugnan por imponer sus reglas de juego; el propio Estado que no es neutral.

Para sintetizar podríamos decir que una política pública se vincula con lo público (autoridad y legitimidad), que se trata de decisiones (que implican acción o inacción) en torno a problemáticas que forman parte de la agenda del Estado y como tal implican conflicto y relaciones de poder (actores e intereses muchas veces contradictorios).

Políticas públicas en salud

Decíamos anteriormente que las políticas públicas son el resultado de decisiones que toma el Estado. Para esto, el Estado desarrolla una serie de acciones planificadas, es decir, una estrategia que orienta hacia un objetivo siguiendo una pauta de actuación. Por definición una estrategia comprende una serie de tácticas que son medidas más concretas para conseguir los objetivos propuestos.

En términos sanitarios diríamos que la estrategia sería el diseño e implementación de un sistema de salud, y las políticas públicas de salud serían las tácticas o instrumentos para alcanzar los objetivos (*Manoukian, 2017*). Las políticas públicas en salud se operativizan a través de planes (unidades generales de decisión y acción), los programas (que apuntan a un nivel de mayor especificidad) y los proyectos (específicos, con asignación de recursos, limitados en el tiempo).

A partir de lo explicitado cabe preguntar ¿es la salud en nuestro país, un derecho garantizado por el estado nacional? A partir de la eliminación del Ministerio de Salud de la Nación por Decreto 801/2018 publicado en el Boletín Oficial el 03 de agosto de 2016 ¿cuál o cuáles serían el conjunto de políticas públicas destinadas al sector salud? ¿Qué reemplazaría la rectoría de estas políticas a nivel nacional? El Ministerio de Salud, fundado en 1949 en la presidencia de Juan D. Perón con Ramón Carrillo como primer ministro de salud, solo perdió este rango jerárquico dos veces en su historia, esas dos veces coinciden con gobiernos de facto: 1955 Revolución Libertadora y en 1966 con la presidencia de Onganía. Esta tercera vez

que es eliminado del rango de Ministerio (y siendo la primera vez que ocurre en un gobierno democrático) no sólo puede leerse como un retroceso institucional y simbólico, sino que también conlleva una lectura histórica y estadística, pues en los dos períodos que se señalan 1955 y 1966, los índices de salud de la población argentina retrocedieron:

1955, cuando fue disuelto y sus funciones atribuidas al Ministerio de Asistencia Social, la tasa de mortalidad infantil que había bajado casi 20 puntos entre 1945 y 1955, pasando de 78,1‰ a 59,4‰, volvió a crecer llegando a 62,4 muertes por mil nacidos vivos en 1960. En el período siguiente, el presidente Arturo Frondizi restableció el Ministerio de Salud. La mortalidad infantil volvió a bajar llegando a 56,9‰ en 1965, durante el mandato de Arturo Illia. Pero, en coincidencia con un nuevo cierre del Ministerio de Salud dispuesto por la dictadura de Onganía, la mortalidad infantil en Argentina volvió a incrementarse, llegando a 63,1‰ en 1970 (*Fundación Soberanía Sanitaria, 3 de septiembre de 2018, p.3*).

Si bien aún se desconoce o no se ha sistematizado el impacto de esta medida en el pueblo argentino, los datos históricos de hechos similares adelantan cuáles podrían ser las consecuencias de una medida de estas características.

Si, tal como se ha venido planteando, entendemos a las Políticas Públicas en Salud como aquellas decisiones que orientan las acciones tendientes a resolver problemas públicos considerados relevantes, podemos entender que dichas acciones apuntarían a aportar, desde el sector salud, a mejorar la calidad de vida (*Manoukian, 2017*). Políticas Públicas en Salud de corte neoliberal como las que se llevaron adelante en el período 2015-2019, difícilmente puedan aportar a mejorar la calidad de vida de las poblaciones, dado que el tipo de acciones que se desprenden de ellas tienden a cercenar el derecho a la salud, disminuir la responsabilidad del Estado Nacional en materia de salud, ubicando a ésta como una variable pasible de ser ajustada a demanda de un organismo internacional que desconoce los procesos de salud-enfermedad-cuidado del país. Como es sabido, uno de los grandes problemas que tiene la Salud Pública en Argentina es que históricamente se han incorporado experiencias que se han diseñado para otras realidades y/o se han aceptado directivas de organismos internacionales sin considerar la realidad local.

En el intento de deslindar responsabilidades en nombre del gasto público o de dejar a la salud como una responsabilidad de cada provincia, se tiende a vulnerar aún más la vida de la población, las condiciones de vida; no sería la primera vez que en nombre de la descentralización lo que se busca es achicar el financiamiento de aquello que es un derecho adquirido. Entonces si la política en salud está marcada por cercenar derechos, recortar presupuestos, achicar gastos ¿acaso la eliminación del Ministerio de Salud de la Nación, no es un eslabón más de esta serie de medidas tendientes a satisfacer el monitoreo de organismos internacionales desconociendo las demandas en salud del pueblo argentino?

Ocurre que, en esta serie de recortes, la del Ministerio de Salud de la Nación no aparece como una más sino con todo el peso de la diferencia. Lo que se pone en jaque son las formas de vivir y morir de las poblaciones. Como ya mencionamos, una mirada histórica demuestra que en períodos anteriores y con esta misma medida los índices de salud de la población argentina retrocedieron. No es plausible esperar resultados distintos, ya vamos recogiendo los mojonos de algunas consecuencias. Veamos sucintamente algunos hechos que dan cuenta del rumbo de las políticas públicas en salud del gobierno de Mauricio Macri.

La de mayor impacto podría ser el Decreto 908/2016, publicado en el Boletín Oficial el 03 de agosto de 2016, referido a Cobertura Universal de Salud. La implementación de esta medida no parece ser nueva, dado que diferentes Agencias internacionales (Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, entre otras) la vienen promoviendo e implementado en países latinoamericanos, a sabiendas de las críticas que suscita la misma: una restricción en la garantía del derecho a la salud y una ampliación de los negocios y ganancias en salud por parte del sector privado. ¿Por qué decimos esto? La cuestión radica en el rol que asumirá el Estado, el modelo de la Cobertura Universal de salud implica la separación entre financiador y prestador del sistema.

¿Qué significa esto? Significa que el Estado siga financiando la salud pero que la prestación esté a cargo del sector privado: un drenaje de recursos públicos directamente hacia el sector privado. La principal crítica realizada por los más importantes sanitaristas de los países donde se implementaron estas reformas (México, Colombia y Chile, por ejemplo) es que la cobertura promovida por los seguros no garantiza el acceso a los servicios, medicamentos, tratamientos y estudios. Al contrario, los seguros presionan a los Estados para que su canasta de cobertura (las prestaciones que los seguros están obligados a ofrecer a sus pacientes, ahora clientes) sea cada vez más reducida. Esta reducción conjuntamente con las barreras creadas para el acceso a los servicios obligatorios y hasta el incumplimiento de sus responsabilidades como asegurador (*Fundación Soberanía Sanitaria, Octubre de 2017, p. 5*).

Se suma a la medida anterior el cierre del programa Remediar durante el año 2017. El Programa Remediar funcionaba en Argentina desde el año 2003. Si bien este programa surge en parte por financiamiento del Banco Interamericano de desarrollo (BID), su implementación ha mejorado el acceso a los medicamentos de una gran cantidad de población que resuelve sus problemas de salud en el primer nivel de atención (Atención Primaria de la salud) o centros de salud.

El programa Remediar tenía por finalidad garantizar medicamentos considerados esenciales, llegando a cubrir el 90% de las enfermedades consideradas frecuentes cuyos destinatarios fueron las personas que se atienden en el sector público en el Primer Nivel de Atención.

Puede decirse entonces que el acceso a los medicamentos, considerados como un bien social a través de este Programa que se desprende de una política pública en salud era equitativo posibilitando una mejora en las condiciones de vida y salud en esas poblaciones.

El programa de distribución de medicamentos propuesto por el macrismo se llama “Cobertura Universal de Salud (CUS) – Medicamentos”, se trata de una canasta básica con 39 medicamentos esenciales provistos por el Estado nacional que llega a 8 mil establecimientos de salud de todo el país por la administración sanitaria nacional; el Programa Remediar contenía 74 medicamentos esenciales en su vademécum. Se generan así algunas preguntas ¿qué pasa con los medicamentos que están por fuera de esa canasta?

A este señalamiento de medidas restrictivas, se le suman los despidos de trabajadores de la salud y desmantelamiento/vaciamiento de hospitales públicos.

La cantidad de despidos en el sector de técnicos / profesionales en el área Salud no se sabe con exactitud, si se busca información aparecen datos provenientes de sindicatos (a partir de personal afiliado y despedido) y algunas informaciones a partir de despidos de personal que no estaba sindicado, sino contratado de manera precaria. Podemos decir que por momentos el ritmo del ajuste avanzó más rápido que cualquier intento por frenarlo, acotarlo y también de procesar estos acontecimientos: que la información sobre la cantidad de despidos en el sector salud no esté accesible - disponible o lo esté sólo en forma parcial, es un indicador de la velocidad con la que avanzó este modelo de país y salud pública.

El desfinanciamiento de hospitales públicos, despidos de personal técnico y profesional, faltante de vacunas incluidas en el calendario oficial, demora y faltantes de medicamentos específicos dan cuenta del rumbo que siguen las políticas públicas en salud en tiempos neoliberales.

Salud en tiempos neoliberales: ¿un derecho vulnerado?

La historia de la Salud Pública Argentina, aquella que tuvo como hito al Dr. Ramón Carillo quien construyó 234 hospitales durante su gestión y ubicó al Hospital Público como efector e institución central en el campo de la Salud, conllevó a una eficacia simbólica de esta institución que se legitima aún hoy: salud pública de calidad, aquella en la que la población resolvió sus problemas de salud. Esa representación aún sigue viva, a pesar del desguace.

Así quedó demostrado en la crisis económica, social y política de finales del 2001, donde a partir del proyecto de la reforma de los '90, el subsector estatal debía desdibujarse o limitar su cobertura a pobres sin capacidad contributiva. Sin embargo, la salud pública, el hospital y los diferentes efectores de salud demostraron poseer características anti cíclicas, asumiendo un rol protagónico en la oferta de servicios de salud (Tobar, 2012).

Estos acontecimientos llevan a interrogarnos sobre el futuro de la salud pública en el país, luego de un período de despidos y vaciamiento institucional, ¿cómo se dará respuesta al incremento de demanda? Recientemente se produjeron migraciones al sistema público de salud por parte de grandes masas poblacionales que han perdido su obra social o prepaga. Entonces, para poder pensar la salud como derecho en tiempos de ajuste, quizás se haga necesario aferrarse con fuerza a lo que establece la Constitución Nacional, que el Estado es el garante último que tienen los ciudadanos argentinos para ejercer su derecho al acceso a la salud. Cabe preguntarse cuál es la capacidad que posee para el cumplimiento efectivo de dicha garantía un Estado nacional inmerso en un proceso de neolibertización. Mientras tanto, se vuelve necesario ubicar los puntos de lucha y resistencia a la avanzada del mercado sobre la salud pública y bregar, trabajar incansablemente por la continua democratización del derecho a la salud.

¿Qué implica trabajar para la democratización del derecho a la salud? Articulaciones entre políticas, marcos normativos y movimientos sociales

En primer lugar, ubicar que Argentina forma parte de una región que tiene una larga tradición de luchas y movimientos sociales. En América Latina existen al menos dos modelos en pugna por el control del sector salud: tal como sostiene Torres Tobar (2015) uno hegemónico de carácter neoliberal que considera a la salud como un bien privado de consumo que se adquiere en el mercado de servicios y en el que hay que demostrar capacidad de pago; versus uno contrahegemónico, que reconoce a la salud como un bien público y derecho humano, responsabilidad del Estado.

En Latinoamérica coexisten experiencias que muestran cómo disímiles formas de organización social han resistido y luchado para rechazar la imposición de modelos de salud de corte neoliberal, tal es el caso de Colombia, México y Chile por nombrar algunos. También cobran importancia formas de organización social que han defendido reformas en salud que apuntan a concretar sistemas de salud universales como el caso de Brasil y sistemas de salud que reconozcan la diversidad de sus pueblos como el caso boliviano. Tales reformas no han logrado implementarse en su totalidad, pues las resistencias de algunos actores del sector y su poder de presión logran constituirse como verdaderos obstáculos para su implementación.

El caso argentino, parece no estar exento de este proceso regional, aunque con una diferencia sustancial: mientras que en la mayoría de los países latinoamericanos las discusiones y acciones operan en la línea de público-privado, en Argentina coexiste un subsector más, constituido por las obras sociales, que complejiza aún más el campo de fuerzas del sector, convirtiéndose en un actor privilegiado a la hora de decidir si el sistema de salud se encamina hacia uno universalista, con eje en el acceso y cobertura para toda la ciudadanía atendiendo al principio de equidad, o si se profundiza la privatización y mercantilización de la salud.

De forma específica, los diferentes gobiernos que asumen y ejecutan las políticas de Estado, marcan el rumbo que siguen o seguirán las políticas en salud, cuando estas son de corte neoliberal, la organización social se torna lucha y resistencia para evitar la avanzada mercantilizadora; cuando se trata de corrientes que pugnan por la ampliación de derechos, la organización social tiende a defender conquistas y dar impulso a reformas.

Es claro que en esta caracterización no se agotan las cuestiones que bordean el derecho a la salud o a la salud como derecho en Argentina: la cuestión debe ser entendida en un encuadre integral de derechos, con la presencia de diversos actores y movimientos sociales. La aparición en la escena pública del colectivo de mujeres demandando la Interrupción voluntaria del embarazo, el movimiento LGTBI+ (Lesbianas, Gays, Bisexuales, personas Transgénero e Intersexuales) y otros Nuevos Movimientos Sociales (NMS) dinamiza la agenda pública y bregan por una ampliación de derechos que trascienden los gobiernos de turno.

Si consideramos los Movimientos Sociales y su poder para impulsar cambios en los marcos legales vigentes, asoma la esperanza que se conviertan en suelo fértil para profundizar reformas en la dirección de la ampliación de derechos y limiten de esa manera la avanzada neoliberal.

Referencias

- Aldao, M., Clérico, L. y De Fazio, F. (2015). La protección del derecho constitucional a la salud en Argentina. *Gaceta Laboral*, 21(3), 239-275.
- Bidart Campos, G. (1995). *Tratado elemental de derecho constitucional argentino*. Ediar.
- Boneti, L. (2017). *Políticas públicas por dentro*. CLACSO.
- Canosa, A. (2017). Derecho constitucional y salud. En Ministerio de Salud de la República Argentina (Ed.), *DELS - Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina*. Ministerio de Salud de la República Argentina. [HTTP://WWW.SALUD.GOB.AR/DELS/ENTRADAS/DERECHO-CONSTITUCIONAL-Y-SALUD](http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/derecho-constitucional-y-salud)
- Casal, A. (2009). *Federalismo y salud. Tensión nación-provincias*. V Congreso de Administración Pública, San Juan (Argentina). [HTTP://WWW.ASOCIACIONAG.ORG.AR/CONGRESO-DE-ADMINISTRACION-PUBLICA/QUINTO-CONGRESO/PANELES-Y-PONENCIAS/](http://www.asociacionag.org.ar/congreso-de-administracion-publica/quinto-congreso/paneles-y-ponencias/)
- Congreso de la Nación Argentina. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental Nro 26657*. [HTTP://SERVICIOS.INFOLEG.GOB.AR/INFOLEGINTERNET/ANEXOS/175000-179999/175977/NORMA.HTM](http://servicios.infoleg.gob.ar/infoleginternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm)
- Corte Suprema de Justicia de la Nación. (1995). *Constitución de la Nación Argentina [Ley No 24.430]*. [HTTP://SERVICIOS.INFOLEG.GOB.AR/INFOLEGINTERNET/ANEXOS/0-4999/804/NORMA.HTM](http://servicios.infoleg.gob.ar/infoleginternet/anexos/0-4999/804/norma.htm)
- Corte Suprema de Justicia de la Nación. (2005). *Fallo 325: Sánchez, Norma R. c/ Estado Nacional y otro*. [HTTP://SJCONSULTA.CSJN.GOV.AR/SJCONSULTA/CONSULTASUMARIOS/BUSCARTOMOPAGINA.HTML?TOMO=328&PAGINA=4640#](http://sjconsulta.csjn.gov.ar/sjconsulta/consultasumarios/buscartomopagina.html?tomo=328&pagina=4640#)
- Donato, N. (2017). Derecho a la salud. En Ministerio de Salud de la República Argentina (Ed.), *DELS - Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina*. Ministerio de Salud de la República Argentina. [HTTP://WWW.SALUD.GOB.AR/DELS/ENTRADAS/DERECHO-LA-SALUD](http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/derecho-la-salud)
- Esping-Andersen, G. (1993). *Los tres mundos del estado de bienestar*. Edicions Alfons El Magnanim.
- Ezcurra, A. M. (1998). Los procesos de reforma neoliberal en Argentina. En M. Fidalgo (Ed.), *Adiós al derecho a la salud* (pp. 85-108). Espacio.

- Filgueira, F. (1998). El nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina: Eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada. En B. Roberts (Ed.), *Ciudadanía y política social* (pp. 71-116). FLACSO/SSRC.
- Fundación Soberanía Sanitaria. (2017). *Cobertura Universal de Salud*. [HTTPS://DRIVE.GOOGLE.COM/FILE/D/0BY1MAGNH01Z7SUDHTKHAVTKTZFK/VIEW](https://drive.google.com/file/d/0BY1MAGNH01Z7SUDHTKHAVTKTZFK/view)
- Fundación Soberanía Sanitaria. (2018). *Sobre el cambio de jerarquía del Ministerio de Salud de la Nación*. [HTTP://SOBERANIASANITARIA.ORG.AR/WP/SOBRE-EL-CAMBIO-DE-JERARQUIA-DEL-MINISTERIO-DE-SALUD-DE-LA-NACION/](http://soberaniasanitaria.org.ar/wp/sobre-el-cambio-de-jerarquia-del-ministerio-de-salud-de-la-nacion/)
- Garay, O. E. (2008). Competencia de la nación y de las provincias para legislar en materia sanitaria. *La Ley 2008-A*, 9341.
- Granda, E. (2004). A qué llamamos salud colectiva, hoy. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(2).
- Lo Vuolo, R. (1998). ¿Una nueva oscuridad? Estado de bienestar, crisis de integración social y democracia. En A. Barbeito y R. Lo Vuolo (Eds.), *La nueva oscuridad de la política social. Del estado populista al neoconservador*. CIEPP-Miño y Dávila.
- Manoukian, D. (2017). El derecho a la salud: ¿una política pública? *Soberanía Sanitaria*. [HTTP://REVISTASOBERANIASANITARIA.COM.AR/REVISTAS/](http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/revistas/)
- Poder Ejecutivo Nacional. (2016). *Cobertura universal de salud [Decreto Nacional de Urgencia 908/2016]*. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Poder Ejecutivo Nacional. (2018). *Ley de ministerios [Decreto Nacional de Urgencia 801/2018]*. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Soldano, D., & Andrenacci, L. (2006). Aproximación a las teorías de la política social a partir del caso argentino. En L. Andrenacci (Ed.), *Problemas de política social en la Argentina contemporánea*. UNGS-Prometeo.
- Testa, M. (2007). Decidir en salud: ¿Quién?, ¿cómo? Y ¿por qué? *Salud Colectiva*, 3(3), 247-257.
- Testa, M. (2010). Memoria e historia: Diálogo entre Mario Testa y Jairnilson Silva Paim. *Salud Colectiva*, 6(2), 211-227.
- Tobar, F. (2012). Breve historia del sistema argentino de salud. En O. F. Garay (Ed.), *Responsabilidad profesional de los médicos. Ética, bioética y jurídica. Civil y penal*. La Ley.
- Torres Tobar, M. (2015). Resistencias y luchas sociales en Latinoamérica por la garantía del derecho a la salud. El caso colombiano. En A. Laurell (Ed.), *Por el derecho universal a la salud*. CLACSO.
- Ubasart-González, G. y Minteguiaga, A. (2017). Esping-Andersen en América Latina. El estudio de los regímenes de bienestar. *Política y Gobierno*, 24(1), 213-236.