

**EL SISTEMA DE SALUD QUE  
NO TENEMOS**

*Comunicación del académico de número Miguel Ángel  
Schiavone, en la sesión privada del 28 de junio de 2023*

# EL SISTEMA DE SALUD QUE NO TENEMOS

Por el DR. MIGUEL ÁNGEL SCHIAVONE

*Los recuerdos no afloran si no van a ser desarrollados  
Norberto Bobbio*

Sin memoria histórica no se puede entender el presente ni predecir el futuro. Es necesario retrotraernos tres siglos para encontrar las explicaciones que sustentan la forma en que los sistemas de salud se organizaron. El siglo XVIII y principios de XIX fueron de enorme importancia. Siglos de carácter revolucionario, en el que se produce el paso de la sociedad señorial a la sociedad burguesa, siglos de guerras e independencias, de la revolución francesa, época en que se pasó del

modo de producción feudal al capitalista, periodo en que se desarrolló la primera revolución industrial en Inglaterra. En especial, el tránsito al XIX, fue un tiempo de enormes cambios y en ellos la enfermedad y la lucha contra ella se fueron modificando. Las epidemias que azotaron a la población europea recibieron dos abordajes explicativos y terapéuticos distintos, dos caminos dispares que la humanidad emprendió como vamos a ver más adelante. Solo a los fines de poder dimensionar la magnitud y naturaleza de la situación sanitaria en Europa, en especial para aquellos que les interese esta problemática, detallare sucintamente algunas de las enfermedades que causaron dolor, sufrimiento y muerte.

### **Tifus**

Durante la retirada Napoleónica de Moscú en 1812, fallecieron más soldados franceses por tifus que los muertos en combate frente a el ejército ruso. Pocos años después entre 1816 y 1819, otra epidemia de tifus ocurrió en Irlanda, durante la hambruna causada por una reducción de la temperatura en el mundo, conocida como el "Año sin Verano". Se estima que fallecieron cerca de 100 000 irlandeses. Una nueva epidemia de tifus apareció durante la Gran Hambruna Irlandesa entre 1846 y 1849. El tifus irlandés se diseminó a Inglaterra con notoria virulencia, tomando el nombre de "Fiebre Irlandesa". Mató gente de todas las clases sociales, pero fue particularmente duro en los estratos sociales

más bajos, que vivían en hacinamiento, con peores medidas higiénicas en las que la pulga podía desarrollarse y difundirse.

### **Cólera**

Entre el siglo XVIII y principios del XIX el cólera se diseminaba repetidamente de la India a casi todo el mundo. En 1854, una tercera epidemia del cólera asoló a Europa. En Londres John Snow demostró sin duda alguna que el cólera se transmitía por la contaminación del agua. Su estudio geo referencial “*On the mode of communication of cholera*” marca el inicio de la epidemiología. La clausura de la bomba de agua de la calle Broad Street fue considerada como evidencia de esta hipótesis.

### **Viruela**

La viruela fue una enfermedad devastadora en la Europa del siglo XVII, que se extendía en forma de epidemia matando y desfigurando a millones de personas. Es siglo XVIII fue una época especialmente terrible en Europa, ya que la tasa de población creció de manera desmesurada haciendo más fácil la propagación de esta enfermedad.

### **Tuberculosis**

La epidemia de tuberculosis alcanzó su punto más alto a finales del siglo XVIII en Inglaterra y a principios del siglo XIX en Europa

occidental. La gran peste blanca fue presumiblemente responsable de una cuarta parte de las muertes de la época.

### **Peste bubónica**

La peste bubónica había devastado Europa en 1350, diezmo casi la mitad de la población europea. En el año 1630, se declaró otra epidemia de peste que primeramente se manifestó en la ciudad de Milán y luego pasando por Boloña, llegó a Florencia. La enfermedad reapareció en el siglo XVII. En 1896 la epidemia causó un «éxodo» de la ciudad. El comercio decayó muy rápidamente, y las empresas fueron afectadas. Las autoridades sanitarias rápidamente ordenaron que se limpiaran todos los tugurios para así poder exterminar las ratas, vinculadas a la cadena de transmisión de la peste.

En el siglo XVIII, hubo sesenta y cuatro años en los que la peste se instaló en Europa, y otros treinta años de peste ocurrieron en la primera mitad del siglo XIX.

### **Los dos paradigmas explicativos de la enfermedad en esos tiempos.**

*Tenemos que esforzarnos más por comprender que por explicar*

*Vaclav Havel*

#### **1. La bacteria como causa suficiente**

##### **Pasteur (1822-1895)**

Louis Pasteur fue un químico, físico, matemático y bacteriólogo francés, cuyos descubrimientos tuvieron una enorme importancia en

diversos campos de las ciencias naturales, sobre todo en la química y la microbiología.

Aunque la teoría microbiana fue muy controvertida en sus inicios, hoy en día es fundamental en la medicina moderna y la microbiología clínica, que condujo a innovaciones tan importantes como el desarrollo de vacunas, de los antibióticos, la esterilización y la higiene como métodos efectivos de cura y prevención contra la propagación de las enfermedades infecciosas. Este pensamiento representó el inicio de la medicina científica, al demostrar que la enfermedad es el efecto visible (signos y síntomas) de una causa que puede buscarse y eliminarse mediante un tratamiento específico. En el caso de las enfermedades infecciosas, se debe buscar el germen causante de cada enfermedad para hallar un modo de combatirlo.

### **Robert Koch (1843-1910)**

Robert Koch fue un médico y microbiólogo alemán. Se hizo famoso por descubrir el bacilo de la tuberculosis en 1882, presentando sus hallazgos el 24 de marzo de 1882 a la Sociedad Fisiológica de Berlín, así como el bacilo del cólera en 1883. Es considerado uno de los fundadores de la bacteriología.

Probablemente tan importante como su trabajo en la tuberculosis sean los llamados postulados de Koch que establecen las condiciones para que un organismo sea considerado la causa de una enfermedad.

Fueron cuatro principios médicos generalizados para determinar la relación de los patógenos con enfermedades específicas.

## **2. Las condiciones sanitarias y sociales como causa necesaria para enfermar**

### **Johann Peter Frank (1745-1821)**

El movimiento sanitario moderno tuvo como precursor, a fines del siglo XVIII, a Johann Peter Frank. Tal vez el nombre pase desapercibido a cualquiera, sin embargo, la importante obra de Peter Frank tiene que ver con asuntos tan contemporáneos como la pandemia del COVID-19. Peter Frank fue un médico alemán, precursor de la salud pública y padre de la medicina social. Frank publicó su magna obra sobre la relación del estado y la ciencia médica con el título: "Un sistema completo para una policía médica" (*System einer vollstaendigen medicinischen Polizey*) cuyo prefacio dice: "para la protección e incremento de la población" (*Servandis et augendis civibus*) expresando la naturaleza y objetivo del libro. En esta obra, considerada como el primer tratado sistemático en cuestiones de salud pública e higiene, Frank proponía reglamentos rigurosos a través de una administración médica. Estudiaba y describía todos los factores sociales que, desde el nacimiento hasta la muerte, influían y afectaban la vida del hombre, proporcionando y esquematizando reglas, regulaciones y programas para la protección de los individuos ante la enfermedad y para la promoción de la salud. En este contexto utiliza el término

"policía", derivado del griego "politeia" que significa administración del estado. En el lenguaje del siglo XVIII y principios del XIX, el concepto "policía" representaba la administración civil, y de manera más amplia, la preocupación del estado por el bienestar de los individuos y de la comunidad, equiparando este término a la administración del estado.

Las precarias condiciones de vida de la población y su impacto negativo fueron el objetivo de su trabajo. En el discurso académico que pronuncia en Pavia en 1790 con el título de "La miseria del pueblo: madre de las enfermedades" (*De populorum miseria: morborum genetrice*), Frank atacó frontalmente y sin disimulo la situación de inequidad y pobreza existentes que las consideraba como causa directa de los problemas de salud del pueblo. Sin embargo, el reconocimiento de estos determinantes como tales no fue tan evidente durante este periodo histórico. Frank reconocía que la mayoría de las enfermedades eran atribuibles a las acciones y hábitos de los mismos hombres y proponía que esto podía ser modificado con una adecuada planificación.

### **Edwin Chadwick (1800-1890)**

La explicación social de la enfermedad comenzó a tomar forma a raíz del trascendental informe de Sir Edwin Chadwick, presentado en Inglaterra en 1842. El Gran Despertar Sanitario, alcanzo resultados asombrosos durante los últimos doscientos años, reconociendo un problema fundamental: la relación entre la enfermedad y la pobreza. El



título del informe de Chadwick fue: “Condiciones sanitarias de la población obrera de la Gran Bretaña” (*The sanitary condition of the labouring population of Great Britain*). En el que advierte claramente que la pobreza y la enfermedad formaban un círculo vicioso. Hombres y mujeres enfermaban porque eran pobres; y se volvían más pobres porque estaban enfermos, y más enfermos porque eran más pobres. Este paradigma explicativo fue conocido como el círculo pobreza – enfermedad.



El informe de Chadwick dio lugar a la primera ley de Salud Pública en Inglaterra en 1848.

Ese mismo año el gobierno de Prusia le había encargado a Rudolf Virchow estudiar la terrible epidemia de tifus que azotaba la

provincia de Silesia (Polonia actual). Las recomendaciones de dicho informe proponían que medio millón de los paupérrimos habitantes de la Silesia Alta, tuvieran "completa e ilimitada educación, libertad y prosperidad". Algunas frases de Virchow le daban a la medicina un amplio rol social cuando decía: "Los médicos son los abogados naturales de los pobres y la política no es otra cosa que medicina en gran escala".

### **Charles Edward Winslow (1877-1957)**

Además de bacteriólogo fue un experto en Salud Pública reconocido como "una figura seminal en la salud pública, en su propio país, y en el mundo occidental en general." Sintetizó y amplió el círculo de Chadwick en un triángulo equilátero, en donde cada lado tiene la misma importancia.



Esta relación es indivisible y resulta muy difícil de romper mientras no se ataque las tres caras al unísono. Wislow propone un abordaje holístico que denomina planificación integral o planificación para el desarrollo. El sector educación y el sector salud deberían tener la misma responsabilidad que el sector economía en el desarrollo de un pueblo, y los por lo tanto el mismo peso en la distribución del poder dentro de las decisiones del estado. El desarrollo de un país no es posible lograrlo a través del crecimiento económico sin beneficio social, ni con la solo atención medica asistencial de la enfermedad en un contexto de pobreza, así como tampoco con el esfuerzo para superar la ignorancia cuando la población no tiene acceso a la educación por falta de recursos económicos o por estar afectado por una enfermedad. Este abordaje integral del desarrollo se publica en mayo de 1955 en la revista de la Oficina Panamericana de Salud con el título “Lo que cuesta la enfermedad y lo que vale la vida”. Wislow le agrega a la pobreza-enfermedad de Chadwick el concepto de ignorancia. Sarmiento (1811-1888) en esas mismas décadas tenía muy claro que la instrucción podía generar riqueza, crear nuevas industrias e improvisar nuevos medios de vivir.

### **El incorrectamente denominado “sistema de salud”**

Se puede entonces recorrer la historia de la medicina de los últimos dos siglos y medio a través de dos enfoques distintos, sin que resulte posible establecer entre unos y otros separaciones rígidas. Cada

visión aportó su contribución, enriqueciendo la interpretación global del proceso salud enfermedad y su abordaje terapéutico para alcanzar lo que podríamos llamar medicina integral.

Estos paradigmas explicativos y contribuciones para organizar el sistema deberían ser complementarios, aunque en nuestro país no lo fueron. Las carencias sociales en Argentina se fueron incrementando en los últimos decenios, alcanzando casi un 50% de la población bajo la línea de pobreza según la medición del ODSA.

El abordaje farmacológico de los problemas de salud, denominado “medicalización”, pretende resolver situaciones que no son médicas, sino sociales, mediante la medicina asistencial, reduciendo la complejidad del problema de la enfermedad. Así entonces deberíamos reconsiderar si el denominado “*sistema de salud*” no debería denominarse “*sistema de atención médica de la enfermedad*”.

### **El concepto de sistema**

Definimos sistema como un conjunto de elementos en interacción dinámica agrupados detrás de un propósito o finalidad. Es un todo organizado y complejo; un conjunto o combinación de cosas o partes que forman un todo unitario. Según Bertalanffy, sistema es un conjunto de unidades recíprocamente relacionadas. Existen dos tipos de sistemas, los naturales presentes en la naturaleza, creación divina de Dios y perfectos en sí mismos (ecosistema) y los artificiales creados por el hombre, tan imperfectos como el hombre mismo. El ser humano

gregario por naturaleza nació para vivir en sociedad, lo que le genera beneficios, pero también problemas y para superarlos inventa sistemas que lo puedan ayudar. Si el problema es educar a la población, crea un sistema artificial, el sistema educativo. Si el problema es cómo distribuir bienes y servicios crea el sistema económico. De la misma forma frente a la necesidad de promover y preservar la salud, brindar atención sanitaria a la población y rehabilitar, el hombre crea el Sistema de Salud.

Cada sociedad imagina y crea su propio sistema según sus propios valores. No hay un sistema económico universal, ni un sistema educativo universal, ni un sistema de salud universal. En el contexto de estas premisas los Sistemas de Salud son *“las diferentes formas de organización que puede adoptar el sector salud en un medio concreto, de acuerdo con los valores y motivaciones de la sociedad en que se desarrollan y reflejan”*; en consecuencia, hay tantos sistemas de salud como países, ya que los valores y motivaciones vienen determinados por su historia, su cultura, idiosincrasia, ideología y políticas predominantes. Pero los sistemas mutan, están en permanente reforma, reingeniería, se reconvierten según las contingencias a las que estén sometidos, imitan y copian elementos de otros sistemas, por lo que no hay sistemas puros. En economía los sistemas capitalistas han ido tomando aportes del socialista y viceversa. En los sistemas de salud ocurrió lo mismo, hubo grandes transformaciones excepto en el sistema de salud nuestro. Las últimas leyes fueron de 1988, Ley 23661 (seguro

Nacional de Salud) y Ley 23660 (Obras sociales). Si bien posteriormente existieron Decretos del PEN que regularon el sistema, o leyes específicas para un determinado tema, hasta la fecha nunca se volvió a debatir en el Congreso de la Nación un marco legislativo integral que reorganice el sistema de salud, adaptándolo a las modificaciones demográficas, culturales, económicas, tecnológicas y médicas de los últimos veinte años.

Bertalanffy también describió los que se conoce como jerarquía de los sistemas. Todos los sistemas están inmersos en un suprasistema, que le imprime sus valores y los condicionan. Aplicando este modelo, el sistema de salud está inmerso en un suprasistema sociopolítico económico cultural que impacta e influye en su organización. Así el sistema de salud se interrelaciona con los factores determinantes de estos otros sistemas. Si en el suprasistema el trabajo, la idoneidad o la honestidad no son valores reconocidos, no esperemos encontrar estos valores en el sistema de salud.

El modelo de sistema de salud queda entonces inmerso en el ámbito de la política y la sociología, que define las prestaciones que se van a brindar; la población cubierta; la financiación; la actuaciones y competencias del estado y la autoridad sanitaria; y los criterios de planificación y gestión sanitaria que se van a emplear.

### **Tipos de Sistemas de Salud**

Clásicamente existen cinco modelos de sistemas de atención de la salud:

**El sistema Nacional de Salud:** Inspirado en el informe Beveridge (1942) que formalizó la organización iniciada en Suecia en 1930. Adoptado después de la II Guerra mundial por: Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Noruega, Suecia y Reino Unido. En la década del 80 lo incorpora Grecia, Italia, Portugal y España. - Se caracteriza por una cobertura universal y libre acceso de todos los ciudadanos. Financiado por impuestos a través de los presupuestos estatales está gestionado y controlado por el Gobierno, pero no impide el desarrollo de la medicina privada. La provisión de servicios para el cuidado de la salud es pública (en su mayoría) Los médicos son asalariados o de pago capitado (GP found holders).

**El sistema de la Seguridad Social:** Es el modelo Bismark. Inspirado en la legislación social de Alemania de 1883. Inicialmente brindaba beneficios por accidentes de trabajo, discapacidad, rehabilitación, tercera edad, pero luego se expande a la cobertura de todos los servicios de salud. Este modelo fue adoptado por Austria, Bélgica, Francia, Alemania y Países Bajos. La población tiene cobertura universal obligatoria dentro del sistema de Seguridad Social. Está financiado por contribuciones de empresarios y aportes de empleados, a través de un fondo de seguro, sin fines de lucro, no gubernamental. Con provisión pública y privada de los cuidados de la salud

**El Sistema Centralizado:** Conocido como modelo Semashko. Comenzó en la antigua URSS en 1921, y fue adoptado por los países de

Europa del Este pertenecientes al bloque soviético: Bulgaria, República Checa, Hungría, Polonia. Las decisiones son tomadas de “arriba hacia abajo”. Desde 1990 Rusia y todos los países comunistas de Europa están abandonando este sistema. Financiado a través de los presupuestos estatales. Existe un control Gubernamental de todo el sistema con unidad en la organización de servicios. Los profesionales y trabajadores del sector son asalariados. No existe el sector privado y todas las instalaciones de salud son propiedad del estado.

**El sistema de libre empresa:** Basado en el libre mercado y la medicina privada. Tiene sus orígenes en el sistema Kaiser (1938) Hay diversidad en la forma de provisión de servicios. Es el modelo de las HMO de EEUU dentro de un marco jurídico y cultural en donde no se considera la asistencia sanitaria como un servicio público, por tanto, el Estado no debe garantizar su prestación a toda la población, sino que se establece una relación entre usuarios, profesionales y aseguradores, según su poder de negociación

Restringe lo público a aquellos grupos de población que están invalidados para hacer algún aporte: los indigentes y los ancianos y a los temas de salud pública, que en general tienen una concepción muy restringida. Hay libre elección de aseguradores y prestadores de servicios, y el acceso a la atención de la salud se realiza de acuerdo con la capacidad de pago.



Es un sistema muy poco solidario, regresivo e ineficiente desde el punto de vista social.

**Sistema mixto y segmentado:** Es el modelo argentino en el que coexisten tres sectores (Público, Seguridad Social y Privado).

–Sector Público: el Estado brinda prestaciones médico-asistenciales a los grupos sociales carenciados, vulnerables y sin cobertura social. Se financia con recursos fiscales que pueden provenir de las finanzas generales o bien de impuestos con afectación específica a esta finalidad. A su vez el Estado es prestador de servicios a través de su red sanitaria.

–Sector Seguridad Social: estructurado en entidades intermedias no gubernamentales, reguladas por el estado. La financiación se efectúa a través de aporte de los trabajadores y contribuciones de los empleadores, que tiene el carácter de obligatorio. Cubre solo a los aportantes al sistema y su grupo familiar.

–Sector Privado: la prestación de servicios de salud se realiza a través de prestadores privados en el mercado. La financiación la efectúa el usuario mediante un sistema prepago. En general los seguros se contratan individualmente, aunque pueden ser contratados colectivamente.

Este modelo implica la coexistencia desarticulada de cada uno de estos subsistemas, que difieren respecto a su población objetivo, los servicios que brindan, el origen de los recursos con que cuentan y nivel de decisión en el sistema. A ello hay que sumar la existencia de serios

niveles de fragmentación en cada sector. Como resultado final encontramos falta de equidad y marcadas ineficacias.

## **Conclusiones**

*Seamos padres del futuro y no solamente hijos del pasado*

*Miguel de Unamuno*

No hay ningún modelo concreto único y puro que permita resolver todos los problemas de salud de la población. El sistema de Salud ideal no existe, cualquier modelo que elijamos tiene fortalezas y debilidades por sus propias características y complejidades. Aunque el modelo argentino suma debilidades y va perdiendo fortalezas en el transcurso de los años. La salud en su concepción tiene una dimensión ética que se apoya en valores sociales, económicos y políticos entrecruzados con distintas visiones ideológicas e intereses demandando un enfoque riguroso de esta realidad compleja. Estas primeras consideraciones serán de suma utilidad al momento de analizar específicamente el sistema de salud argentino y sus debilidades persistentes.