

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

Autoras: Lic. María Teresa Rossi^(*) Lic. Amanda Noemí Rubilar ^(**)

RESUMEN:

El presente artículo intenta ilustrar en una apretada síntesis cómo han evolucionado a lo largo de la historia los sistemas de salud; cómo esa evolución se relaciona con los acontecimientos históricos más importantes desde finales del siglo XIX hasta nuestros días. Se destaca especialmente la importancia que el Estado de Bienestar ha tenido en la organización del sector salud y se hace referencia a la evolución que la organización institucional de la salud ha tenido en Argentina.

SUMMARY:

The purpose of the present article is to show in a very brief synthesis how health systems have evolved through the ages; and how this evolution is related to the most important historical events from the last decades of the XIX century until today. Namely, it is highlighted the importance of the role of Welfare State in the organization of the health sector, and the evolution that health institutions has exhibited in Argentina.

CONFIGURACIÓN SOCIAL Y SALUD

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

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

Así, en el **agrupamiento primitivo** cuando el principio organizador era la subsistencia del grupo social, el concepto de salud perseguía el objetivo de consolidación social y estaba fuertemente influido por las prácticas religiosas. En un contexto donde las supersticiones constituían el núcleo central de las prácticas de salud, la concepción mítico-religiosa de la enfermedad conducía a un tratamiento mágico-religioso. Los brujos, los hechiceros, los videntes, los chamanes eran los encargados de conocer las causas de las enfermedades y las muertes que ocurrían en las tribus y aldeas, ejerciendo de este modo el papel de los sanadores (médicos), eliminando o alejando los malos espíritus que eran los causantes de las enfermedades. Este importante rol que ejercían dentro de la tribu les permitía tener gran reconocimiento y respeto de parte de los integrantes de la misma, razón por la que el paciente se sometía totalmente a los dictados de estos elegidos, que podían hablar con los dioses e interpretar signos. Estos sanadores profesionales eran iniciados por un maestro para tratar a los enfermos. Si el trastorno tenía causa evidente (golpe, caída) utilizaban remedios empíricos (trepanación, entablillado, hierbas medicinales). Si la enfermedad no era explicable, se la consideraba de

^(*) Secretaria del Comité de Economía de la Salud de la Asociación Médica Argentina.

^(**) Presidente del Comité de Economía de la Salud de la Asociación Médica Argentina.

⁽¹⁾ San Martín, H. Un sistema nacional de servicios de salud regionalizados para España. En II Jornadas de debate sobre Sanidad. Madrid, 1985; citado en Lamata F. "Manual de Administración y Gestión Sanitaria" Ed. Díaz de Santos, Madrid, España 1998.

origen sobrenatural o un castigo en cuyo caso el tratamiento se basaba en prácticas de carácter religioso, tales como ofrendas a los dioses, oraciones y rituales. El sostenimiento de estos sanadores estaba a cargo de la aldea, mediante retribuciones en especie de los enfermos.

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

En la sociedad griega, que es donde se inició el pensamiento médico científico cuyo origen se puede vincular a la escuela de los hipocráticos, podían distinguirse tres tipos de práctica médica: la psicológica, la resolutive, y la medicina para esclavos. Las dos primeras se aplicaban a los hombres libres. La psicológica se basaba en el tratamiento individualizado y utilizaba la persuasión verbal y cierta educación médica y se aplicaba a hombres libres y ricos, en tanto que la resolutive se aplicaba a los hombres libres que no disponían del dinero suficiente como para pagar los honorarios ni el tratamiento y tampoco disponían del tiempo necesario para la educación que requería la medicina psicológica. En ambos tipos de práctica la finalidad era mantener las capacidades mentales de los hombres libres para que pudieran ejercer su rol dirigente, y la profesión médica se ejercía intelectualmente con una participación activa por parte de los pacientes. La medicina para esclavos era ejercida por los esclavos de los médicos quienes prescribían lo que la práctica indicaba sin pedir aclaración sobre la enfermedad. La profesión médica se ejercía de manera mecánica y la actitud de los pacientes era pasiva. En este caso la finalidad de la práctica médica era mantener la fuerza física de los esclavos para no detener la producción.

Durante ese período las escuelas médicas son nutridas por la impresionante producción filosófica (Sócrates, Platón, Aristóteles), y van a traspasar la frontera de la mitología para entrar de lleno en el reino de la naturaleza, la técnica se diferencia así de las prácticas religiosas. Si bien durante este tiempo junto a la medicina técnica seguía existiendo la medicina mágica, la primera se va abriendo paso y ya no se detendrá. Galeno, médico de emperadores avanzaría hacia nuevos caminos inexplorados. La salud y la enfermedad pasan a ser movimientos entre el equilibrio y el desarrollo de la physis en un medio y un ambiente determinado y a su vez cambiante (paradigma ambientalista). La práctica médica y la terapéutica se sistematizan. El rol del médico tanto en Grecia como en Roma está bien establecido, y ya se distinguían distintas situaciones laborales de los médicos: 1- médicos privados, 2- médicos públicos, 3- esclavos médicos. La práctica médica era una práctica libre, no se exigía título o diploma para su ejercicio, que dependía de la aceptación social. Aunque coexistían curanderos, sanadores mágicos, empíricos y médicos bien formados, éstos últimos procuraban distinguirse de los otros con sus Acreditaciones en las Escuelas de más prestigio. En Roma, los médicos formados en escuelas acreditadas se agrupaban en organizaciones profesionales, Collegia.

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

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

⁽²⁾ Donahue, M. P. "Historia de la Enfermería". Barcelona. Ed. Doyma 1988, citado en Lamata, F. "Manual de Administración y Gestión Sanitaria" pag 14. Madrid. Ed. Díaz de Santos 1998.

⁽³⁾ González de Pablo, A. Martínez Pérez J. (coordinadores) "Historia de los Hospitales". Madrid: Revista el Médico, citado en Lamata, F. op. cit.

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

Los monasterios, embrión de las futuras universidades, mantuvieron y difundieron la literatura médica. En el S. XIII las Escuelas Médicas llevaron a cabo la incorporación y actualización del galenismo y la regulación de la formación médica y del ejercicio profesional se va generalizando progresivamente. La organización de la práctica asistencial mantenía las tres divisiones clásicas: los médicos de reyes y nobles que estaban contratados con exclusividad, los médicos de la burguesía que atendían a domicilio, los médicos municipales y de órdenes religiosas que atendían a los pobres en los hospitales.

Con el Renacimiento, período éste que abarca aproximadamente desde 1.400 hasta 1.530, se puso fin al largo letargo que supuso el medioevo y se produce un redescubrimiento de la cultura pagana de la antigüedad, es por ello que en la concepción del proceso de enfermar se retorna al paradigma ambientalista que había prevalecido en la sociedad esclavista.

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

EVOLUCION DE LOS SISTEMAS DE SALUD MODERNOS

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

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

En **Alemania** hacia 1.879 los socialistas, que habían obtenido algunas bancas en el Parlamento, concientes de la importancia de la solidaridad dentro de la incipiente clase obrera presentan un proyecto de ley de seguros sociales obligatorios. En 1.880 en medio de un clima de agitación social el Canciller Otto Von Bismarck disolvió el Parlamento, encarceló a los diputados socialistas, pero rescató el proyecto por ellos presentado, sobre esa base surgieron las leyes de enfermedad y maternidad (1.883), de accidente de trabajo (1.884), y de envejecimiento, invalidez y muerte (1.889). Bismarck quería un sistema nacional uniforme excluyendo las compañías aseguradoras privadas con ánimo de lucro, no obstante se apoyó en las “sociedades de enfermedad” existentes (que eran compañías privadas de enfermedad) y estableció un programa que pagaba por los servicios médicos y daba ayuda económica en los períodos de enfermedad y accidentes de trabajo para una determinada categoría de trabajadores. Las dos terceras partes de la prima la pagaba el empresario y el tercio restante el trabajador.

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

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

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

En **Gran Bretaña** en el año 1.911 se aprobó la primera ley de Seguro Nacional de Salud, que permitía atender los gastos de atención médica y las pérdidas de salarios durante la enfermedad de todos los trabajadores manuales que ganaban menos de 160 libras.

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

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

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

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

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

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

En **Inglaterra** ya en el año 1.942 el **Informe Beveridge** advertía que el Estado debía preocuparse por el bienestar de todos los ciudadanos como una de las maneras de luchar contra los efectos sociales de la crisis de la década del 30 y de la guerra todavía en curso, y expresaba la necesidad de un servicio nacional de salud que prestara a toda la población la atención médica que necesitaba. Estamos ante los orígenes de lo que posteriormente se denominará el Estado de Bienestar.

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

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

La **Segunda Guerra Mundial** si bien prácticamente destruyó la infraestructura sanitaria en muchos países y retardó el desarrollo de los sistemas de salud, también preparó las condiciones para la introducción de algunos otros planes. Así, el servicio nacional de urgencias de la **Gran Bretaña** en guerra sirvió de base para la construcción de lo que en 1.948 se convertiría en el

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

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

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

El modelo del "seguro" propone cubrir el financiamiento de la demanda, de todos o al menos de la mayoría de los ciudadanos, por medio de pagos obligatorios del empleador y de los empleados a fondos de seguro o de enfermedad, estando la prestación de los servicios a cargo tanto de proveedores públicos como privados.

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

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

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

REFORMAS IMPLEMETADAS

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud ⁽⁴⁾ entre 1.940 y 1.950 se produce lo que denomina la **primera las tres generaciones de reformas** que se aplican a los sistemas de salud a lo largo del siglo pasado. En el citado período los países ricos crearon los sistemas nacionales de atención sanitaria, y se extendieron a los países de ingresos medios los sistemas de seguro social.

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

Surge de este modo la **segunda generación de reformas** que depositó en la atención primaria

⁽⁴⁾ OMS, "Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud" pag. 15/20.

la atención a fin de lograr una cobertura accesible a toda la población. La Organización Mundial de la Salud al establecer en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud celebrada en 1.978 en Alma-Ata la meta “salud para todos en el año 2.000” dio nuevo impulso a las iniciativas para llevar atención sanitaria básica a las personas en todo el mundo.

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

Una de las posibles explicaciones para que esto sea así, es que la concepción que se tiene sobre la atención primaria en los diversos países no es uniforme. En los países desarrollados al asociarse la atención primaria a la medicina general y familiar se facilitó su integración a la totalidad del sistema de salud. En los países en desarrollo, en cambio, como en general se ha contado con un financiamiento y asignación de los recursos inadecuados, se la ha asociado a una atención de menor calidad dirigida a los pobres, a los que sólo se les ofrecen las prestaciones más sencillas.

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

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

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

El impresionante avance tecnológico que permitió elevar la productividad mundial de manera significativa, trajo aparejado en casi todos los países del mundo, la expulsión de muchísimas personas del mercado de trabajo, todo ello acompañado por una feroz concentración de la riqueza, el 20% más favorecido de la población mundial pasó de acaparar el 70% del ingreso en 1.960 al 83% en 1.990.

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

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

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

Este conjunto de factores conduce a la búsqueda de soluciones que, como lo apunta el Dr.

Aldo Neri ⁽⁵⁾ “en su versión más responsable busca el equilibrio entre calidad de servicio y sana economía del sistema, y en su versión menos responsable intenta ajustar la producción de los servicios al mantenimiento de una aceptable rentabilidad o la necesidad de achicar el presupuesto”.

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

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

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

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

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

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

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

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

Chile, Argentina, México, Colombia se concentraron en unificar, ampliar o fusionar la cobertura del seguro a fin de lograr una mayor participación del riesgo. En el caso particular de

⁽⁵⁾ Neri, A. “Claves de Política Social. Bs. As. Ed. Miño y Dávila 2004. pág. 198.

⁽⁶⁾ OMS, op. cit. pág. 19/20.

Argentina, la extrapolación al campo de la salud de la competencia junto a la denominada desregulación de las obras sociales, tal como veremos en el apartado correspondiente, produjo una concentración de afilados en las obras sociales con mayor capacidad de pago, y una pérdida importante de los mismos en las más débiles, así como una privatización de la salud, que tal como afirma Neri ⁽⁷⁾ " no implican necesariamente cambios institucionales, sino en los modos en que cada persona o familia debe afrontar sus necesidades de salud".

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

Una reforma que no prosperó, pero que de todos modos cabe hacer mención porque proponía una verdadera transformación del sistema de salud norteamericano, es la denominada Reforma Clinton. La propuesta presentada por Bill Clinton y su esposa al Congreso pretendía pasar de un sistema integrado por un conjunto de dispositivos y redes asistenciales donde predominaba el aseguramiento privado, que cubre el 59% de la población, a un sistema que ofreciera seguridad a todos los ciudadanos frente a la incertidumbre de la enfermedad y sus impredecibles consecuencias económicas ⁽⁸⁾. No sólo se pretendía una cobertura universal sino que además se perseguía la reducción de costos, o como mínimo controlar el crecimiento del gasto (en EEUU el gasto en salud asciende al 14% del PBI de ese país), estimulando para ello la concentración de las compañías de seguro, lo cual suponía una importantísima intervención de la Administración Pública en el mercado de salud, lo que contradecía los valores típicamente liberales defendidos a ultranza por los norteamericanos, tales como libertad de empresa, libertad de elección, poca intervención estatal, y que como ya se ha indicado fueron los lemas característicos de la ideología neoliberal que prevaleció en las décadas de los 80 y los 90 en el mundo.

EVOLUCION DEL SECTOR SALUD EN ARGENTINA

La conformación actual del sistema de salud argentino es el resultado de una compleja evolución que analizaremos a continuación comenzando en la década de 1.920, que es cuando los médicos comienzan a visualizar la necesidad de reestructuración del modelo de la práctica a efectos de adecuarla a las nuevas condiciones sociales, a fin de conocer cómo el sector se fue estructurando a lo largo de nuestra historia, el rol que jugaron los distintos actores dentro del mismo, y cómo ha ido evolucionando el pensamiento sanitarista en nuestro país, hasta llegar a nuestros días con un sistema excesivamente fragmentado, segmentado e inequitativo.

Para ello, y al sólo efecto de encuadrar los hechos más relevantes desde lo sectorial en etapas también significativas desde el punto de vista tanto político como económico, trabajaremos con los siguientes períodos históricos:

- 1- Período 1.920 - 1.945
- 2- Período 1.946 - 1.955
- 3- Período 1.956 - 1.970
- 4- Período 1.971 - 1.989
- 5- Período 1.990 - a nuestros días.

⁽⁷⁾ Neri, A. op. cit. pág. 201.

⁽⁸⁾ White House Domestic Policy Council. The President's health security plan: the Clinton blueprint. New York: Times Books, 1993, citado en Lamata, F. op. cit. pág. 813.

PERIODO 1.920 - 1.945

Los profundos cambios que se producen en el mundo en el período 1.920-1.940, implicaron cambios también importantes en el campo de la salud, en el mundo y en Argentina.

Después de la Primera Guerra Mundial la asistencia médica adopta el carácter de función pública razón por la que la intervención del Estado en temas relacionados con la salud crece de manera significativa.

La Gran Crisis de 1930, pone en evidencia que la actividad asistencial se ve afectada por los ciclos de auge y depresión de la economía, lo cual junto al fuerte incremento de profesionales concentrados en las grandes ciudades, pone de manifiesto la crisis del modelo de organización de la oferta imperante hasta entonces, según el cual el sector privado estaba reservado para la población con capacidad de pago y el sector público estaba destinado a los indigentes.

La concentración empresarial, favorecida por el capital financiero en el marco del capitalismo y la libre competencia, al separar entre los instrumentos de trabajo (consultorios) de los productores individuales (médicos), hace que la medicina deje de ser una profesión liberal para convertirse en asalariada.

El encarecimiento de la atención médica debido a la incorporación de recursos diagnósticos y terapéuticos, así como el aumento de precios de los medicamentos producen una baja de la retribución al trabajo médico, y como consecuencia de esto crece la conflictividad de las relaciones entre éstos profesionales y las mutualidades.

El pasaje de la medicina de una profesión liberal a una asalariada, junto a la baja en la retribución de los servicios médicos contribuyeron a que los médicos dejaran de estar como hasta entonces atomizados y se agremiaran.

Tal como lo expresan Belmartino, S; Bloch, C. y colaboradores ⁽⁹⁾ “en estos años se torna evidente que la visión tradicional del sistema prestador de atención que lo mostraba dividido en un sector privado dedicado a la atención de la población con capacidad de pago y un sector público destinado al indigente había dejado de tener vigencia”.

En Argentina, ya a finales del S. XIX el seguro voluntario de salud adopta la forma de mutualidades, iniciadas en grupos de trabajadores extranjeros de la misma nacionalidad de origen que reunían el aporte de cada uno para otorgar al afectado por una enfermedad un salario de reemplazo y a veces una asignación para pagar atención médica; o la posibilidad de asistirse con un facultativo contratado por la mutualidad. Algunas de estas organizaciones establecieron servicios propios para brindar atención médica ⁽¹⁰⁾.

De acuerdo con un estudio del Dr. Augusto Bunge sobre mutualidades y pseudo mutualidades en la Ciudad de Buenos Aires realizado en 1.910 ⁽¹¹⁾, las primeras (mutualidades) se dividían en “argentinas” (sociedades obreras con 16.000 socios y cajas patronales iniciadas en 1.876 con el Ferrocarril Central Argentino con 72.000 socios) y “cosmopolitas” (españolas, italianas, francesas, suiza e israelitas, con 68.700 socios). Las segundas (seudomutualidades) que totalizaban unos 80.000 socios, eran de la variedad “empresas médicas”, tipo prepagas que se habían originado en 1890 y que Bunge creía oriundas de España; o políticas-religiosas (Círculos Católicos de obreros con algo más de 10.000 socios).

La cobertura de riesgos prevista por las diversas mutuales no era homogéneo, casi todas ofrecían cobertura médica, muchas incluían subsidios temporales por desempleo, pensiones a la vejez y por incapacidad debido a enfermedades o accidentes de trabajo. Había una gran dispersión entre entidades tanto en los ingresos como en los gastos por beneficio, lo cual no estaba correlacionado con la cobertura y la calidad de los servicios.

⁽⁹⁾ Belmarino, S., Bloch, C., Persello, A., Carnino, M. “Corporación Médica y Poder en Salud”. Argentina 1.920-1.945. Buenos Aires, 1.988. Oficina Panamericana de la Salud.

Disponible en: http://www.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub7.pdf

⁽¹⁰⁾ Veronelli, J C.; Veronelli, M. “Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina”. Organización Panamericana de la Salud 2004. Tomo 2.

Disponible en: <http://www.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/Tomo%202.pdf>

⁽¹¹⁾ Veronelli, JC; op. cit. Tomo 2 pág 390.

Los cinco hospitales de comunidad que, de acuerdo con el Dr. Veronelli, J.C. y col. ⁽¹²⁾ en 1.909 reunían 1.091 camas que representaban el 11% del total disponible en la Ciudad de Buenos Aires, presentaban ya en el censo de 1.887 no sólo niveles disímiles en cuanto al gasto por cama año, sino que además tenían asociados con diferente capacidad adquisitiva. Así, mientras el hospital Británico y el Alemán tenían como pacientes a los directivos de compañías extranjeras, comerciantes y propietarios de establecimientos agropecuarios, (en el caso del Alemán se agregaban los pacientes que provenían de un convenio para atención del personal de banderas alemana, danesa, sueca y rusa) los hospitales Francés, Español y e Italiano tenían como pacientes a los miembros carenciados de dichas comunidades.

Como lo señala el Lic. Katz, J., ".....el incipiente sistema de seguridad social presentaba desde su origen rasgos de desigualdad e inequidad" ⁽¹³⁾.

Hacia 1.922 debido a la sanción de la ley 9.688 de cobertura de accidentes de trabajo, las pólizas de seguros colectivos aseguraban a más de 500.000 obreros.

Tanto las mutualidades como las compañías de seguro encontraban médicos dispuestos a resignar parte de sus honorarios para lograr una contratación en exclusividad.

Por su parte los médicos que trabajaban en los hospitales públicos hasta 1.936 en la Ciudad de Buenos Aires y 1.937 en el resto del país, no recibían por sus servicios retribución alguna.

Aparecieron entonces, por parte de la profesión, formas organizativas adecuadas a las nuevas circunstancias que se presentaban tanto desde el aspecto técnico (especialización y complejización de la práctica) como desde el aspecto financiero como alternativas viables frente al encarecimiento de la atención y al empobrecimiento de la población.

Estas formas organizativas consistieron en general en la puesta en marcha de sistemas de atención por abonos (antecedente del prepago gremial), o la gestión cooperativa de sanatorios o clínicas. Las clínicas y sanatorios fundados y administrados por sociedades cooperativas médicas se difunden particularmente en la década de 1.930.

La práctica sanatorial u hospitalaria cobra importancia en la vida profesional, y la eficacia curativa ya no queda limitada al contacto de médico a paciente; el desarrollo de las especialidades y la complejidad de los métodos diagnósticos y terapéuticos, la aparición de cierta socialización de las formas de cobertura, proporcionan otro escenario.

A partir de 1930, las asociaciones en las que el núcleo convocante es el vínculo laboral, comienzan a multiplicarse, así nuevas mutualidades se orientan a nuclear empujados de diferentes reparticiones estatales, o a empleados que pertenecen al mismo oficio o actividad laboral, también se generan durante ese período instituciones que reúnen al personal de grandes empresas industriales, comerciales o de servicios.

Las "sociedades de beneficencia" (patronatos, sociedades de protección, gotas de leche, sociedades maternas, dispensarios, ligas, etc) dependientes de diferentes jurisdicciones estatales toman a su cargo la satisfacción de las necesidades perentorias de la población de escasos recursos brindándoles atención médica y asistencia social.

En este contexto si bien encontramos significativos los intentos de modernización en las instituciones del sector realizados por los sanitaristas: Dres. Malbrán, Coni, Pena, Araóz Alfaro, entre otros, la preocupación por la organización de la salud por parte de los partidos políticos, salvo el caso del Partido Socialista, no parece haber sido muy importante hasta los años cuarenta.

La ausencia de un organismo estatal que actuase como coordinador fue un rasgo predominante en el sistema de seguridad social de la Argentina en esos años.

En 1.941 se creó en Santa Fe el primer ministerio de salud argentino, con la denominación de Ministerio de Salud Pública y Trabajo.

A partir de 1.943 cobra fuerza la idea de centralización normativa o "unidad de comando", asimismo se considera indispensable la coordinación de las funciones de asistencia social,

⁽¹²⁾ Veronelli, J.C. Medicina, gobierno y sociedad, Buenos Aires 1.975, citado en Katz, J.; Muñoz A. " Organización del Sector Salud: Puja Distributiva y Equidad". Bibliotecas Universitarias. Centro Editor de América Latina. CEPAL. Buenos Aires, 1.988. pág. 74.

⁽¹³⁾ Katz, J.; Muñoz A. " Organización del Sector Salud: Puja Distributiva y Equidad". Bibliotecas Universitarias. Centro Editor de América Latina. CEPAL. Buenos Aires, 1.988. pág. 71.

atención médica y previsión. También se estima como necesaria la adecuación de salud, trabajo y bienestar como respuesta integral a la crisis de las instituciones del sector salud, producto de la mala asignación de los recursos derivada de la superposición de funciones entre diferentes instituciones, problemas éstos que ya trascienden los límites de la práctica pensada como curativa y orientada al enfermo.

En ese año precisamente se crea la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social dependiente del Ministerio del Interior, “que tendrá a su cargo la salud pública y la asistencia social en todo el territorio de la República, sin perjuicio de las atribuciones de los gobiernos locales” (art. 2do.). El decreto de creación asigna al despacho del Ministerio del Interior todo lo relativo a beneficencia, hospitales, asilos, asistencia social, sanidad e higiene, la titularidad se le asigna al Doctor Eugenio Galli.

Este intento de construir una verdadera “unidad de comando” a efectos de eliminar la fragmentación de funciones y la superposición de instituciones, se ve rápidamente frustrado ya que en 1.944 las funciones de asistencia social se trasladan a la Secretaría de Trabajo y Previsión, se crea el Instituto Nacional de Previsión Social, incorporándose al mismo ámbito la aplicación de la medicina social, de acuerdo con los métodos de la medicina preventiva y curativa; recortándose de este modo las atribuciones de la Dirección Nacional de Salud Pública.

PERIODO 1.946 - 1.955

En 1.946 se crea la Secretaría de Salud Pública, designándose al Doctor Ramón Carrillo como Secretario con rango de Ministro, a cargo de la sanidad y la asistencia médica de la población de menores recursos.

Con la reforma constitucional de 1.949 la Salud Pública adquiere el rango de Ministerio y se reconoce a todo habitante de la Nación el derecho a la protección, conservación y restitución de la salud, derecho éste garantizado por el Estado mediante medidas de sanidad y asistencia médica - social integral.

Durante la gestión de Carrillo aumentó notablemente la capacidad instalada hospitalaria, sobretodo la de dependencia pública. Entre 1.946 y 1.951 el número de camas hospitalarias casi se duplica, pasa de 66.300 a 100.000, de las cuales el 80% correspondían al sector público, sin descuidar la expansión de los ambulatorios y el fortalecimiento de la actividad de investigación.

En cuanto a la financiación de la salud Carrillo admite que “la meta final que se vislumbra en el proceso evolutivo de la medicina parece hoy día radicar en los sistemas de seguridad social”⁽¹⁴⁾, y de hecho en su Plan Sintético de Salud para el quinquenio 1.952-1.958 especula con la posibilidad de implementación de un seguro de enfermedad, pero se encarga de aclarar que en su opinión la aplicación inmediata no era posible, porque no se disponía “del dispositivo técnico sanitario, hospitales y servicios médicos sociales, en cantidad y calidad suficiente como para hacer efectivo el servicio”⁽¹⁵⁾.

Como instrumento transitorio y con el objeto de crear las condiciones necesarias para que el modelo pueda dar cabida al sistema de seguro, propone la institución del Fondo Nacional de Salud Pública, el que varios años después de sancionado no había comenzado a aplicarse.

De acuerdo con Belamino, S; y colaboradores⁽¹⁶⁾ los seguros sociales en general y el enfermedad en particular habían sido difundidos en Argentina por Augusto Bunge desde 1.917. En la década de 1930 es retomado por sectores que ven con preocupación las dificultades de

⁽¹⁴⁾ Carrillo, R. “Contribuciones al conocimiento sanitario”. Ministerio de Salud Pública Bs. As. 1951, pág. 397-398.

⁽¹⁵⁾ Carrillo, R. “Financiación de los servicios de salud de salud pública”. Obras completas T IV: 205-211, pág. 205-206.

⁽¹⁶⁾ Citado en Belmatino, S. ; Bloch C.; Carmino, M.; Persello, A. “ Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud. Argentina 1.940-1.960”. Organización Panamericana de la Salud. Representación Argentina, 1.991; pág. 117.

Disponible en: http://www.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/Pub27.pdf

financiación a las que está sometido el sistema de atención médica y consideran al seguro de enfermedad o un sistema de cobertura unificada de la totalidad de los riesgos vitales, como estrategias viables para la solución integral del problema.

En la década de 1.940 mientras tienen lugar interminables discusiones técnicas sobre las modalidades operativas del futuro seguro, su viabilidad presente o futura, su carácter integral o parcial, etc.; la dinámica política, como respuesta a las reivindicaciones de las organizaciones sindicales más poderosas y con mayor capacidad de negociación, otorga subsidios, convierte en obligatorios los aportes de determinados grupos laborales, le adiciona la contribución del Estado en tanto empleador, y la de otros sectores empresarios de la misma rama de actividad.

Mediante la creación de Direcciones Generales de Asistencia y Previsión Social para diferentes grupos de trabajadores y algunas mutualidades en organismos estatales, el poder político incide reglamentando, decretando la obligatoriedad del aporte, interviniendo en la gestión, controlando las inversiones, y en algunos casos otorgando financiamiento para el desarrollo de capacidad instalada propia. El gremio de los Ferroviarios fue uno de los más favorecidos.

En mayo de 1.954 y con motivo de la inauguración del Policlínico Ferroviario de Puerto Nuevo, el General Juan D. Perón dice lo siguiente: “.....queremos que en este policlínico impere el mismo concepto que en los demás policlínicos sindicales que se están levantando en todo el territorio de la República. No queremos para nuestros trabajadores una asistencia en los hospitales públicos, queremos que tengan sus propios hospitales, porque no es lo mismo ir a pedir albergue a un hospital de beneficencia que atenderse en su propia casa”. Palabras éstas que no sólo sintetizan el proyecto político que originó estas realizaciones, sino que además coloca al hospital en el mismo rol que había ocupado en las décadas precedentes, lo cual parecería al menos injusto con la gestión del Dr. Ramón Carrillo que puso un marcado énfasis en la expansión y modernización del sistema público. En julio de ese mismo año Carrillo renuncia.

Con el importante proceso de sindicalización ocurrido entre 1.946 y 1.955, el sistema de seguridad social experimenta un sostenido crecimiento, de este modo, se va conformando el conjunto de instituciones que más tarde serán reconocidas como el sistema de las obras sociales.

Carrillo intentó, a través de la reclamada “unidad de comando”, absorber desde el Ministerio de Salud Pública la regulación del sistema de servicios, pero la dinámica política instalada desde el Ministerio de Trabajo dio nacimiento a la primera legislación sobre Servicios Sociales, beneficiando a los trabajadores ferroviarios, del vidrio, bancarios, etc..

Se produce de este modo una situación particular: el mismo Estado postula dos perspectivas diferentes en cuanto a la estrategia a desarrollar para el ordenamiento del sector salud, una técnica sostenida por Carrillo en la que el Ministerio de Salud Pública era el encargado de regular el sector, y otra política sostenida por el Ministerio de Trabajo y Previsión tendiente a financiar y promover importantes obras de infraestructura para ampliar la capacidad instalada propia dedicada a la atención de la salud de los trabajadores mejor organizados y a las mutuales con mayor número de beneficiarios. Situación ésta que dio lugar a un crecimiento desordenado del sector y que, lamentablemente, se repetirá en décadas posteriores.

Al ganar la postura política sobre la técnica se perdió la oportunidad histórica de contar con un seguro de cobertura universal, proyectándolo para el futuro, lo cual, tal como lo expresa Belmartino, S. y col. “después de la crisis de la balanza de pagos de 1.949 y el cambio en la dinámica entre acumulación y distribución se transforma en una simple expresión de deseos, o peor aún en una amenaza para los sectores con derechos adquiridos que ven como una nivelación para abajo toda propuesta de otorgar proyección nacional a los vínculos solidarios consolidados en la esfera sindical” ⁽¹⁷⁾.

La ausencia de coordinación entre los Ministerios de Salud y de Trabajo llevó a que el sistema de seguridad social tendiera al desarrollo de la capacidad instalada propia en los casos de

⁽¹⁷⁾ Belmatino, S. ; Bloch C. “El Sector Salud en Argentina. Actores, conflicto de intereses y modelos organizativos. 1.960-1.985”. Organización Panamericana de la Salud. Nro. 40/1.994. pág. 23. Disponible en: http://www.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/Pub40.pdf

instituciones con mayor número de beneficiarios y a la contratación de servicios con efectores privados en las instituciones con menor cantidad de afiliados, así los rasgos de desigualdad tanto en la financiación como en la prestación de servicios, que ya en 1.910 había detectado Bunge a través de su pormenorizado estudio sobre las mutualidades, no sólo siguieron predominando en las nuevas entidades creadas, sino que el otorgamiento discrecional de beneficios a los sectores mejor organizados de la clase trabajadora introducen elementos fuertemente diferenciadores, profundizando de esta forma la fragmentación, segmentación e inequidad.

PERIODO 1.956 - 1.970

La Revolución Libertadora que derroca al Gobierno del General Perón en 1.955, continúa con la política de reducción de la expansión del sector público que se había comenzado a partir del año 1.952, y decide la descentralización y reducción del gasto fiscal en el ámbito de salud.

En 1.956 la epidemia de poliomielitis pone en evidencia que el país no estaba preparado para la emergencia.

El Gobierno solicita a la Oficina Sanitaria Panamericana apoyo técnico y ésta crea al efecto un Comité de Expertos que realiza un diagnóstico de situación y recomienda las acciones a desarrollar.

El Informe de situación revela una falta total de coordinación entre instituciones hospitalarias, así como entre organismos de prevención con los de fomento de la salud, lo que provoca la duplicidad de instalaciones, equipamiento y personal. Se destaca además, la escasa importancia otorgada a la actividad preventiva, que estaba reducida a la vacunación, la profilaxis, la higiene y la educación sanitaria.

Entre las recomendaciones se expresa la necesidad de descentralización, el traspaso de las instituciones a las provincias, municipalidades y en los casos que fuera posible al sector privado, y se plantea como estrategia la integración del hospital a la comunidad a la que presta servicios.

Ese mismo año en la reunión de Ministros de Salud Pública realizada para discutir la coordinación, racionalización del sector, elaboración conjunta de planes, y aspectos relacionados con la gestión, se prioriza la transferencia de los servicios de la Nación a las provincias.

Las provincias dicen contar con la capacidad técnica necesaria como para hacerse cargo de los servicios y de los problemas sanitarios, pero reconocen que no cuentan con los recursos suficientes, en muchos casos debido a la coparticipación impositiva sancionada en 1.947.

Al año siguiente la Nación conviene con provincias y municipios la transferencia de los establecimientos asistenciales habilitados y por habilitar pero sin modificar la coparticipación del año 1.947, aportando solamente los recursos asignados al funcionamiento de los mismos, monto éste que se iría reduciendo gradualmente hasta que provincias y municipios pudieran hacerse cargo de los mismos con sus propios recursos.

En 1.956 con la intención de suprimir los aportes compulsivos impuestos a trabajadores y empleadores en beneficio de diversas organizaciones sindicales, el gobierno decide sancionar dos decretos que permiten la retención de aportes para obras de carácter social e imponen la separación de fondos destinados a obras de carácter social de los fondos destinados específicamente a la actividad sindical, otorgando de este modo los instrumentos legales necesarios para que comiencen a organizarse las primeras obras sociales sindicales.

En la Provincia de Buenos Aires, el médico gremialista Dr. Sergio Provenzano, como Subsecretario de Asistencia Social del Ministerio de Salud de la misma, posibilita el surgimiento de una organización capaz de integrar la aspiración de larga data de los médicos de autonomía profesional y retribución acorde, con una cobertura de atención médica a un número significativo de afiliados. De este modo Provenzano hace dos cosas al mismo tiempo: dar respuesta a los reclamos del gremio médico y, concretar en los hechos el interés de los militares por crear instituciones de asistencia social capaces de competir con las desarrolladas por el peronismo.

En 1.956 se crea la Obra Social de la Administración Provincial, en 1.957 se estructura el Instituto de Obra Médico Asistencial de la Administración General de la Provincia de Buenos Aires (IOMA), la que se encuadra dentro del concepto de "obra social" pero con la firme intención de mejorar el funcionamiento que instituciones de este tipo habían tenido, así como la calidad de las prestaciones ofrecidas, además de dar una correcta respuesta a los reclamos de las entidades profesionales.

Con los empleados de la administración pública provincial, y a través de la creación del Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA), Provenzano logra ensayar la aplicación de "sus ideas sobre la organización de la atención médica: una organización estatal que asegurase a todos el acceso a la medicina privada, asegurándoles la libre elección del médico (análogo al modelo de seguro norteamericano Blue Cross, pero no voluntario como éste sino obligatorio, y administrado por el Estado)" ⁽¹⁸⁾.

En mayo de 1.958 asume el Gobierno Nacional un desarrollista, el Dr. Arturo Frondizi, que como tal pone el desarrollo económico como centro de su propuesta transformadora, promoviendo para ello la industrialización, la modernización y la apertura a la inversión extranjera.

Frondizi, confía el área de salud al Dr. Héctor Virgilio Noblía, quien asume como Ministro de Asistencia Social y Salud Pública con el convencimiento que el proceso demográfico registrado en el S. XIX, como consecuencia de los prodigiosos avances de la medicina, ratificaba la urgencia del desarrollo económico.

En abril de ese mismo año se habían producido movimientos huelguísticos en varios establecimientos asistenciales debido a que el personal transferido de la jurisdicción nacional a la provincial o municipal se consideraba afectado negativamente por esta medida, adoptada como ya vimos el año anterior, razón por la que decidieron adoptar medidas de fuerza.

Al asumir Noblía ofrece una conferencia de prensa y aborda el tema destacando que está de acuerdo con el rol normativo del Ministerio pero que a su entender no creía conveniente transferir los hospitales a provincias que no cuentan con los medios necesarios para mantenerlos.

Conceptos éstos que fueron reiterados en la Reunión de Autoridades de Salud Pública realizada a los pocos días, donde además hace referencia al "estado sanitario deficiente, la insuficiencia de servicios para dar respuesta a problemas derivados de la incidencia de cáncer y tuberculosis, el incremento de las enfermedades mentales, y los alarmantes índices de mortalidad infantil"⁽¹⁹⁾.

En julio de 1.958 presenta en Senadores un proyecto de ley para la derogación de los decretos que autorizaban las transferencias de los establecimientos asistenciales a las provincias y municipios y la revisión de los convenios oportunamente firmados. El tema no queda cerrado y en 1.961 se fundamentó en razones técnicas la intención de volver al ámbito provincial los servicios asistenciales.

A lo largo de 1.958 y 1.959 la mortalidad infantil, que tiene su origen en su mayor parte en problemas gastrointestinales (diarrea infantil) y expresa condiciones de vida inaceptables para buena parte de la población trabajadora, se constituye en prioritaria para las autoridades de salud pública, organizándose a tal efecto, campañas verticales encaminadas a la educación sanitaria de las madres.

Noblía creía en la necesidad de contar con un moderno y avanzado Código Sanitario, lo cual aspiraba a lograr en los años de su gestión, y concebía al médico como un auténtico trabajador social, ya que para él la medicina ya no pertenecía exclusivamente al médico, sino que se resolvía como un problema social, estimaba como necesaria la modernización de la gestión hospitalaria para mejorar la eficiencia de los servicios de salud.

En consonancia con su pensamiento en el año 1.959 se crean los Servicios de Medicina Social y Preventiva en todos los establecimientos médico-asistenciales y la Escuela de Salud Pública

⁽¹⁸⁾ Veronelli, J.C. op.cit. Tomo 2 pág. 552.

⁽¹⁹⁾ Belmatino, S. ; Bloch C.; Carmino, M.; Persello, A. " Fundamentos históricos..... op.cit. pág. 292.

dependiente del Ministerio, para la formación de los recursos humanos en administración hospitalaria y salud pública.

Orientó la acción del Ministerio en tres áreas: grandes luchas, medicina preventiva y educación sanitaria, además de tener como meta la planificación integral a efectos de adecuar los programas sociales con el ritmo de desarrollo del país.

Entre 1.959 y 1.962 en la provincia de Buenos Aires, el Gobernador de la misma el Dr. Oscar Allende, que era médico, adopta como estrategia para ganar apoyo político poner en marcha un ambicioso plan de reorganización de su salud pública.

Allende eligió al Dr. Osvaldo Mammone, quien había sido elegido por los médicos como Presidente del Colegio Médico de la Provincia, para ocupar el Ministerio de Salud de la Provincia quien en ese carácter dirigió la Regionalización Sanitaria y la Reforma Hospitalaria.

Según Belmartino⁽²⁰⁾ con la regionalización, tema éste que ya se encontraba planteado en el pensamiento de Lazarte a fines de la década de 1.930, y sobre el que ya existían experiencias de trascendencia en Puerto Rico (1.945) y Canadá (1.954), se pretendía subsanar la mala distribución de los profesionales a lo largo del país, la falta de coordinación y la fragmentación de los servicios asistenciales y de salud pública, la carencia de programas de capacitación y actualización del recurso humano. El territorio de la Provincia se divide en 10 regiones que coinciden con las jurisdicciones de los Colegios Médicos. Se aspiraba a llegar a hacer un Servicio Provincial de Salud, donde todos los establecimientos pertenecieran a un único sistema.

La Reforma Hospitalaria aspiraba a articular las diferentes modalidades de financiación de la atención médica a fin de superar las dificultades financieras del sector público, brindar a la población una sola medicina de la mejor calidad, y otorgar a los profesionales una retribución adecuada, mediante el régimen de pago por prestación y hospital abierto.

El Programa de Reforma Hospitalaria se implementó en el Hospital de Gonnet (La Plata) y el Hospital Regional de Mar del Plata, como prueba piloto, autorizando a tal efecto a estos establecimientos a fijar y percibir retribuciones por la asistencia que prestaban con miras a la autofinanciación.

El gobierno que se instala en 1.963 ante los resultados poco significativos que se habían obtenido, tanto con el Proyecto de Regionalización como con el Programa de Reforma Hospitalaria, decide la anulación de los mismos.

De este modo los profesionales de la salud perdieron la posibilidad de gobernar la salud pública provincial a partir de sus organizaciones corporativas, toda vez que las mismas habían logrado tener, a través de estos dos ejes de la Reforma Sanitaria (regionalización y reforma), una destacada participación tanto en la programación de acciones integradas de salud como en la organización hospitalaria.

En la Provincia de San Juan, con el médico Américo García como gobernador, se pone en marcha en el año 1.960 un Plan Integral de Salud, que comienza con la elaboración de un Código Sanitario, el que llega a sancionarse, para luego organizar el Servicio Provincial de Salud.

San Juan capitaliza la experiencia de Chaco, donde la elaboración del mismo es interrumpida por falta de interés político, y lleva a trabajar a la Secretaría de Salud Pública a los técnicos desplazados de la administración chaqueña.

Los principios de la reforma enfatizaban en la centralización de normas y descentralización operativa, la regionalización, así como la Carrera de Funcionarios en Salud Pública a fin de garantizar la continuidad técnica de los funcionarios encargados de aplicar el Código Sanitario, la participación de la comunidad en temas de salud, la educación sanitaria en núcleos familiares y sociales, la existencia de una carrera asistencial y otra preventiva que regulaban la incorporación de los profesionales al Servicio.

En 1.961 se firma un convenio tripartito que comprometía el apoyo del Gobierno Nacional, OPS/OMS y UNICEF. Pero por motivos políticos, y a pesar de la buena disposición del Ministro Noblía, así como de los buenos resultados obtenidos, este ambicioso proyecto, ante un cambio de gobierno y signo político, se modifica profundamente, y termina no prosperando.

⁽²⁰⁾ Belmatino, S. ; Bloch C.; Carmino, M.; Persello, A. " Fundamentos.....op.cit. pág. 310.

Noblía quien logró manejar equilibradamente la distribución de los recursos entre los programas sanitarios y los de asistencia médica, renuncia en 1.962. En ese mismo año se disuelve la Escuela de Salud Pública dependiente del Ministerio.

A Noblía lo reemplaza Tiburcio Padilla, y en 1.963 con la llegada al Gobierno Nacional el Dr. Arturo Humberto Illia, médico cordobés, asume como Ministro el Dr. Arturo Oñativia.

Como lo refiere Veronelli ⁽²¹⁾, en 1.963 decía el Ministro: “ En diversos aspectos, vivimos aún el conocido esquema del círculo de Winslow: “La pobreza y la enfermedad forman un círculo vicioso; hombres y mujeres se enferman porque son pobres, y se empobrecen más porque están enfermos, y empeoran sus enfermedades porque siguen empobreciéndose.....Necesitamos romper este círculo vicioso y, para ello, es necesario una vigorosa política con sentido nacional, de esfuerzo y sacrificio, sobre tres amplios sectores del conocimiento humano, indiscutiblemente unidos con simultaneidad de propósitos y fines, como son: Educación, Desarrollo Económico y Salud Pública.....”.

En lo que respecta a la política de transferencias que se había llevado a cabo en años anteriores sostiene que: “Mientras no se resuelva una efectiva política de desarrollo, la evolución y el progreso de las regiones del interior del país, favoreciendo el pleno auge de las autonomías económicas provinciales, no les permitirán a éstas, absorber los presupuestos que le demanda la medicina asistencial. Mientras tanto Salud Pública de la Nación debe asumir la responsabilidad de mantener la eficiencia de sus hospitales”.

Como lo había hecho Noblía en su momento, Oñativia proponía integrar la salud pública a los planes generales de desarrollo social y económico, sostenía que: “la incorporación del concepto de salud en la dinámica del desarrollo nacional, significa que la planificación sanitaria y la económica deben tener una acción conjunta y la colaboración entre sanitaristas y economistas ha de ser estrecha y permanente, ya que éstos últimos no deben ignorar las repercusiones de las acciones de salud en los cambios del medio ambiente, en las tasas de crecimiento, morbilidad, mortalidad y en la composición de la población”.

A fin de resolver los problemas de desnutrición como los de sobrealimentación, y conociendo perfectamente que cada región presentaba características propias, propició la creación de Centros Regionales de Investigación Nutricional.

Oñativia creía necesario “... unir, en un mismo proceso, los esfuerzos del propio pueblo con el de los gobiernos, con el objeto de mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de las comunidades. De incorporar a éstas a la vida nacional y capacitarlas plenamente para alcanzar el progreso del país”; esta idea se torna dominante en la reforma hospitalaria que concibe el Ministro y que eleva al Congreso como proyecto de ley para su aprobación en enero de 1.965.

El proyecto de ley de “Reforma del régimen técnico-administrativo de los organismos asistenciales y sanitarios del Ministerio de Asistencia Social y Salud. Pública y la creación del Servicio de Atención Médica para la Comunidad”, proponía un nuevo régimen jurídico para los hospitales al que podían incorporarse los organismos asistenciales y sanitarios existentes o a crearse cuando los estudios realizados sobre sus condiciones técnicas, económicas, sociales y las características de las áreas de influencia así lo aconsejaran. Este nuevo régimen jurídico constituía el paso previo para la integración de un futuro sistema de Seguro de Salud, y tenía por objeto el incremento de la financiación por racionalización de los presupuestos y retribución de prestaciones, la descentralización de la administración para agilizar y flexibilizar la utilización de los recursos y la participación a través del Consejo de Administración de representantes de la comunidad. Pero el citado proyecto sólo obtuvo media sanción en el Congreso de la Nación.

En sintonía con esta forma de pensar sobre el progreso del país en 1.964, solicita al Banco Interamericano de Desarrollo un crédito para el “Plan Nacional de Abastecimiento de Agua Potable en zonas rurales” y en diciembre de ese mismo año, cuando el crédito es aprobado, crea el “Servicio Nacional de Agua Potable y Saneamiento Rural” dependiente del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, organismo que en coordinación con la Secretaría de Estado de Obras Públicas y Obras Sanitarias debía establecer convenios con las provincias que decidieran

⁽²¹⁾ Veronelli, J.C. op.cit. Tomo 2 pág. 600-601.

adherirse para la provisión de agua potable o saneamiento de las localidades que carecían de estos servicios. A fines del año 1.965 se habían realizado obras en 234 localidades de siete provincias.

También en 1.964 se crea la Oficina Coordinadora de las Delegaciones Sanitarias Federales, con el fin de otorgarle a las Delegaciones Sanitarias el carácter de organismos representativos del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública en el territorio provincial.

En 1.964/65 se realizó el "Catastro Nacional de Recursos y Servicios en Salud", a raíz del cual se decide reorganizar la "Dirección de Estadísticas y Economía Sanitaria", la que formula el "Plan Nacional de Estadísticas Sanitarias" a fin de lograr uniformidad de la información estadística en todo el país.

Como en las camas públicas y especialmente las nacionales se verificaba bajos índices de ocupación y prologados períodos de permanencia, se desarrolla con la participación del Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE) y del Consejo Federal de Inversiones (CFI) un procedimiento para la elaboración de costos hospitalarios.

En lo que respecta a las Obras Sociales estudios llevados a cabo por el Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE) en 1.963 y 1.965, ilustran sobre la inequidad estructural que se manifiesta no sólo en el plano financiero, vinculado sobretudo con las contribuciones que algunas obras sociales estatales y paraestatales recibían de las reparticiones públicas, sino también en el plano de la provisión de atención médica, con distintos niveles de gasto por beneficiario en diversas obras sociales.

Tal como lo refiere Katz ⁽²²⁾ el hecho de que la seguridad social médica creciera dentro del marco del sistema de Obras Sociales y en relación con los sindicatos laborales además de dar pie a un profundo conflicto jurisdiccional entre los Ministerios de Salud Pública y de Trabajo y Previsión, fue el principal impedimento para que la política nacional de salud adquiriera autonomía y claridad.

En 1.965, asume como interventor del Consejo Nacional de Asistencia Social, el Dr. Sergio Provenzano. De acuerdo con el Ministro, el Consejo tenía como materia específica el desarrollo de la política social, la que debía procurar la realización de acciones tendientes a lograr "niveles máximos de bienestar en nuestro pueblo".

Provenzano compartía con el Ministro no sólo la idea de explorar y promover los mecanismos de participación de la comunidad similares a los que existían en los países anglosajones, sino también el deseo de separar definitivamente la organización sanitaria basada en el seguro de enfermedad o de salud de todo organismo corporativo, como lo había hecho al crear el IOMA para todos los funcionarios de la provincia de Buenos Aires.

En 1.966, en oportunidad del IV Congreso Nacional de Seguridad Social, se presenta el Anteproyecto del Código de Seguridad Social, en cuya elaboración había participado Provenzano como representante de la Confederación Médica Argentina (COMRA), en dicho código en el capítulo correspondiente a Prestaciones de Salud y Asistenciales sostenía, entre otras cosas, que: "un Sistema de Seguridad Social debe ser amplio en el otorgamiento de prestaciones de salud y debe cubrir a la mayor parte de la población. Un sistema de esta naturaleza sólo se puede financiar si se cumple estrictamente el principio de la solidaridad social, por ello todos o los más deben contribuir con su aporte económico. La obligación de aportar engendra el derecho de recibir por lo que la justicia exige que ese derecho se satisfaga independientemente de la situación económica..... El Seguro de Salud atenderá sus prestaciones a través de la capacidad instalada actual (consultorios médicos privados, servicios asistenciales de cualquier tipo) ...en aquellas zonas desguarnecidas del país, sin servicios locales o sin profesionales en número suficiente, los organismos de aplicación del seguro podrán organizar el otorgamiento directo de las prestaciones"....., y aunque reconocía que no era éste el criterio sostenido por los médicos, los que siempre habían luchado porque la Caja de Seguro de Salud fuera un organismo financiador y no prestador directo de servicios, estimaba necesario rever "....." aquel concepto restringido y adecuarse a las reales necesidades de la Nación"⁽²³⁾.

⁽²²⁾ Katz, J.; Muñoz A., op. cit. pág. 71.

⁽²³⁾ Veronelli, J.C. op.cit. Tomo 2 pág. 615-616.

En la gestión de Oñativia, el precio de los medicamentos, tal como había ya ocurrido en la época de Noblía, aparece como problema fundamental de salud pública.

En 1.963 un estudio conjunto de la Organización de Estados Americanos (OEA, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) sobre "Incidencia de los gastos en medicina en los presupuestos familiares" revelaba que para los grupos de menores ingresos, la proporción que representaban los medicamentos era mayor que la representada por los médicos y sanatorios, toda vez que ascendía al 62,6%.

Noblía había decidido atacar el problema encargando a médicos de prestigio, profesores de la Universidad elaborar un Repertorio Terapéutico Nacional.

En 1.964 Oñativia, ante el mismo problema y a la luz de los resultados del estudio aludido, optó por enfrentarlo de forma decidida, procedió a dictar un decreto de congelamiento del precio de los medicamentos, y formular las leyes (16.462; 16.463) y los decretos reglamentarios que establecían las normas para reclasificar los medicamentos y determinar los precios de venta.

En 1.965 por Resolución Ministerial se crea la Comisión Consultiva de Medicamentos integrada por profesionales de reconocido prestigio académico. Para la evaluación técnica se creó un Laboratorio de Control de Drogas y Medicamentos que se fue equipando progresivamente y alcanzó un alto grado de desarrollo.

La idea era regular el mercado de los medicamentos, a través de un proceso que se llevaría a cabo de manera progresiva, a efectos de eliminar los factores que provocaban distorsiones que afectaban los precios de los mismos en las etapas de producción y comercialización, y cuya existencia se había detectado al analizar la información presentada por los propios laboratorios ante el requerimiento que oportunamente le hiciera el Ministerio.

En 1.966 el gobierno del Dr. Illia es derrocado por los militares, asume el General Juan C. Onganía como Presidente de la República y Oñativia abandona el Ministerio.

En 1.967 se sanciona una ley (17.189) orientada a la liberalización del sistema para lo cual los precios de los medicamentos serían fijados en su primera etapa de producción por los fabricantes e importadores, siendo la autoridad de aplicación la Secretaría de Estado de Industria y Comercio.

En 1.968 ante un aumento sostenido e injustificado del precio de los medicamentos interviene nuevamente la Secretaría de Salud Pública a fin que se sancione la ley 17.663 destinada a contener el alza. Leyes posteriores, teniendo en cuenta a la salud de la población como bien superior, terminaron concediendo al Estado poder para regular el mecanismo de formación de precios y desarrollo de la industria de especialidades medicinales.

Pero no sólo el precio de los medicamentos ocupó la atención del gobierno de facto, varios temas intentaron ser abordados entre los cuales figuraban: las dificultades por las que atravesaba el subsector público, que el sistema de cobertura de atención médica estuviera basado en condiciones monopólicas de la oferta de servicios, y la inequidad en el sistema financiero y de prestaciones que se observaba en el sistema de obras sociales.

Con el objeto de reformar y reorganización el subsector público, la Secretaría de Salud, dependiente del Ministerio de Bienestar Social, a cargo del Dr. Ezequiel Holmberg, decide la creación de "hospitales de comunidad". A tal efecto eleva al Presidente para su aprobación el texto de la ley 17.102 que se aprueba en 1.966, sancionando de este modo la creación de los "Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad", con una fundamentación y un articulado muy similar al utilizado oportunamente por la gestión anterior, en el que seguramente el Dr. Mondet, Alberto Subsecretario del área, había participado en su carácter de asesor del Ministro Oñativia. La medida al igual que en la gestión de Oñativia, suscitó la oposición del gremio médico así como de las organizaciones de clínicas y sanatorios, debido al fantasma de obligatoriedad de contratación con el Estado de las prestaciones requeridas por las obras sociales.

En lo que respecta al subsector de obras sociales la estrategia reguladora puesta en marcha por la Secretaría de Salud se expresaba a través de una serie de leyes sancionadas entre 1.967 y 1.970.

Por ley 17.230 se crea la Comisión Nacional de Obras Sociales la cual determinaría el rol de las obras sociales y paraestatales.

En el momento de integrarse la Comisión, cuya presidencia estaría a cargo del Dr. Mondet, los aranceles convenidos entre las obras sociales, servicios sociales, mutuales y las entidades médico gremiales representativas, diferían significativamente entre provincias. Así, por ejemplo, a fines del año 1.967, mientras el valor de la consulta ordinaria en Santa Fé ascendía a \$ 400, en Córdoba era de \$ 500, en Entre Ríos \$ 550, Tucumán \$ 590, Misiones, Santiago del Estero y Mendoza \$ 600 y Buenos Aires \$ 800.

Por sugerencia de la misma Comisión, en 1.968 se sanciona una ley que congela al 31 de diciembre de 1.967 los aranceles de las prestaciones médicas y paramédicas con un incremento del 15%, y establece como fecha máxima el 31 de diciembre de 1.968 para presentar los instrumentos técnico-jurídicos que permitieran el ordenamiento de las relaciones contractuales entre obras sociales, servicios sociales, mutuales y los organismos profesionales encargados de realizar las prestaciones médicas, entre los cuales figuraban: nomenclador uniforme de prestaciones, aranceles, implementación de auditorías de los servicios, normas de trabajo, técnicas y administrativas uniformes, un mecanismo de conciliación y arbitraje obligatorio, así como toda otra disposición tendiente a asegurar el ordenamiento de las prestaciones médicas y paramédicas que se convengan entre ambas partes.

El plazo otorgado resultó insuficiente, razón por la que a través de otra ley se extendió en 120 días a la vez que se fijaron honorarios médicos y paramédicos uniformes para todo el país, con base en los vigentes en la provincia de Buenos Aires al 31 de diciembre de 1.967 con un incremento de "hasta el 20%". El valor de la consulta queda establecido en \$ 720.

La complejidad del problema planteado, así como la dificultad por encontrar soluciones que contemplaran los intereses de todos los sectores afectados, hacen que la Secretaría de Salud, en diciembre de 1.969, reconozca nuevamente la imposibilidad de cumplir con los plazos establecidos por las leyes anteriores. Se plantea entonces una nueva norma con carácter provisional, la que establece nomencladores y fija los respectivos aranceles. La Secretaría adopta en forma provisional el nomenclador de prestaciones utilizado por la Federación Médica de Buenos Aires (FEMEBA), conocido como el Libro Verde.

La norma mencionada mantenía el rol regulador del estado, pero crea una Comisión Consultiva, a efectos de hacer participar a los sectores y ramas profesionales interesados.

La rotunda negativa del gremio médico a aceptar el arbitraje del estado, hace que la relación entre la Confederación Médica Argentina (COMRA) y la Secretaría de Salud se tense una vez más, y la organización gremial se niegue a integrar la Comisión Consultiva. La Confederación de Clínicas y Sanatorios (creada en 1.964), en cambio, opta por integrarse.

El gremio médico decide tomar medidas de fuerza y publicar una Carta Abierta al Presidente de la Nación, en oposición a las políticas llevadas adelante por la Secretaría de Salud Pública: regulación por parte del Estado de los aranceles de las prestaciones médicas y paramédicas, la creación de Hospitales para la Comunidad; así como a la ley de jubilación para trabajadores autónomos.

Paralelamente a la creación de la Comisión Nacional de Obras Sociales (Ley 17.230), por decreto 2.318 del año 1.967, se crea la Comisión Coordinadora de Servicios Sociales Sindicales, integrada por representantes del Ministerio de Trabajo, de Salud Pública y de la recientemente creada Secretaría de Promoción y Asistencia a la Comunidad, todas ellas bajo la dependencia del Ministerio de Bienestar Social. Esta Comisión realizó un análisis de la actividad de 368 obras y servicios sociales, organizados por las asociaciones profesionales de trabajadores, que efectuaban prestación de servicios médico-asistenciales a más de tres millones y medio de habitantes.

Si bien ambas Comisiones coinciden en el diagnóstico de situación (falta de coordinación e integración de los servicios), las recomendaciones que hacen son diferentes. Vuelve a plantearse una situación que ya se había dado en la época de Carrillo entre Salud, Trabajo y Previsión, las que tenían diferentes concepciones respecto al ordenamiento del sector, pero en este caso la diferencia se produce entre Secretarías dependientes de un mismo Ministerio (Bienestar Social).

Mientras que la Comisión dependiente de la Secretaría de Salud entiende que el ordenamiento podría lograrse a través de la unificación en un solo régimen siguiendo las pautas doctrinarias de los esquemas de seguros, organizado con base en un ente autárquico con participación del Estado y los beneficiarios; la Comisión Coordinadora de Servicios Sociales y Sindicales recomienda la creación de un órgano con representación del Estado, de los trabajadores y empleadores

contribuyentes con atribuciones de planificación y decisión, encargado de coordinar el intercambio y complementación de servicios, desestimando modificaciones estructurales. En este caso la intervención del Estado se legitima en el ejercicio de su responsabilidad de garantizar el derecho a la salud.

PERIODO 1.971 - 1.989

En medio del enfrentamiento entre la Secretaría de Salud y el gremio médico, el Ministerio de Bienestar Social inclinándose por la alternativa planteada por la Comisión Coordinadora de Servicios Sociales y Sindicales, eleva al poder Ejecutivo, con la firma del Ministro Carlos Alberto Consigli y el Secretario de Promoción y Asistencia a la Comunidad Dr. Santiago de Estrada sin intervención de la Secretaría de Salud Pública, el proyecto que sería sancionado, en febrero del año 1.970, como Ley 18.610, extendiendo la cobertura mediante la obligatoriedad legal de afiliación y contribución, con el fin de universalizar el acceso a los servicios médicos para el trabajador y su grupo familiar primario.

En su intento de ordenar el sistema de Obras Sociales, incluyendo las de origen sindical, obligaba a estas instituciones a destinar sus recursos en forma prioritaria a las prestaciones médico-asistenciales mínimas, conforme a la reglamentación que se dictara. Se consideraba al sistema vigente digno de apoyo y no se estimaban necesarios cambios profundos en su estructuración.

Como autoridad de aplicación de la ley se crea el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), con el carácter de organismo descentralizado dependiente del Ministerio de Bienestar Social.

Con los aportes correspondientes al sueldo anual complementario de la totalidad de los trabajadores incorporados al sistema, se conforma un Fondo de Redistribución, con la finalidad de aplicar esos recursos, en carácter de préstamo, subsidio o subvención, a mejorar la capacidad instalada destinada a las prestaciones o para la asistencia financiera de obras sociales que lo requieran por circunstancias particulares.

Una vez más el gremio médico reacciona negativamente por el temor de que no se logren captar recursos suficientes y perder el control oligopólico de la oferta de servicios por la incorporación de prepagas comerciales y hospitales de comunidad.

Durante la década de los 60, los servicios por abono o prepagas se encuentran en franco crecimiento, toda vez que resulta ser uno de los recursos utilizados por la sociedad para hacer frente al creciente costo de la atención médica que venía afectando negativamente el presupuesto de las familias desde fines de la década anterior.

Ante este crecimiento, el gremio médico muestra su preocupación por la amenaza que para el ejercicio independiente de la profesión representa la organización de la medicina prepaga. La transformación del trabajador autónomo en trabajador bajo relación de dependencia no es el único problema que preocupa al gremio en esa época, sino que además ven como otra amenaza importante la integración de la empresa productora de servicios médicos por socios no médicos que pone de manifiesto, a su entender, la intención meramente comercial de la prestación.

El prepago gremial aparece entonces justificado tanto por la proliferación de las prepagas comerciales como por los proyectos de la esfera estatal (hospitales de comunidad) que podrían significar la estatización del ejercicio profesional médico, y en parte como señala Belmartino, S., como posible alternativa a la generalmente conflictiva relación con las obras sociales y las mutualidades.⁽²⁴⁾

Hacia finales de la década de los 60 los gremialistas médicos reconocen que un sector de la población de mayores recursos ha comenzado a orientarse a sistemas de financiación voluntaria.

Por esa época la Confederación Médica Argentina (COMRA) comienza a discutir convenios con la Asociación de Personal Superior (APS), primera obra social de personal jerarquizado.

⁽²⁴⁾ Belmartino, S.; Bloch C. "El Sector Salud en Argentina. Actores, conflictos de intereses y modelos organizativos 1.960-1.985". Organización Panamericana de la Salud. Publicación Nro. 40. pág. 213.

La Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires, pone en marcha un proyecto destinado a analizar la factibilidad de la creación de entidades de atención médica de pago previo bajo control gremial, surge así una propuesta de reglamentación del los Sistemas de Atención Médica Integral (SAMI) que es aprobada en 1.969.

En mayo de 1.970 la Cámara de Instituciones Médicas de Medicina Prepaga (CIMAP) organiza la Primera Reunión Nacional de Entidades Privadas de Medicina por Abono, en ese momento estiman que otorgan cobertura a una población de 2.000.000 de personas, a través de 5.000 profesionales. El Ministro, Dr. Holmberg pronuncia el discurso de apertura destacando que el Congreso es la culminación de una etapa "auspiciosa por los entendimientos logrados".⁽²⁵⁾

Tanto las prepagas comerciales como las gremiales seguirán desarrollándose en las dos décadas posteriores.

En diciembre de 1.970, con el Dr. Horacio Rodríguez Castells como Secretario de Salud, por ley 18.912 una vez más se prorrogan los plazos establecidos por las leyes que tenían por objeto el ordenamiento de las relaciones contractuales entre obras sociales, mutuales y los organismos profesionales encargados de las prestaciones médicas.

La nueva norma, además de regular los requisitos que deberán cumplir los contratos de prestaciones, reconoce el derecho de formalizar convenios a nivel nacional a la Confederación Médica Argentina (COMRA) para las prestaciones de atención médica, y a la Confederación de Clínicas y Sanatorios (CONFELISA) para lo referido a internación.

También hacia fines de ese mismo año por ley 19.032 se crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) con su Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI) con el objeto de brindar servicios médico asistenciales a los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión y su grupo primario. Hasta entonces, sólo un grupo reducido de jubilados y pensionados recibían prestaciones médico asistenciales a través de las obras sociales a las que habían estado afiliados como activos y que contemplaban la continuidad de los servicios en su etapa pasiva. La gran mayoría de los jubilados y pensionados, entre ellos los trabajadores autónomos, no tenían ninguna cobertura médica.

En 1.971, en virtud de un acuerdo entre el Ministro de Bienestar Social, Francisco Manrique, el Secretario de Trabajo Rubens San Sebastián y el presidente del Instituto Andrés Fescina, el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) pasa al Ministerio de Trabajo, responsabilizándose esta jurisdicción de la aplicación de la ley 18.610.

Paralelamente el Ministerio de Bienestar social comienza a desarrollar una política tendiente a la ampliación de la capacidad instalada propia de las obras sociales en diferentes lugares del país.

También en el año 1.971, en un nuevo intento de recobrar protagonismo en la organización del sector la Secretaría de Salud Pública convoca una Comisión para el Estudio del Sistema de Atención Médica y su Financiación, la que de acuerdo con Belmartino, Susana⁽²⁶⁾ no se sabe si se llegó a integrar.

Hacia fines de ese mismo año Rodríguez Castells renuncia y la Secretaría es transformada por el Ministro Manrique en Subsecretaría, quien decide dejar el cargo vacante y promulgar la ley 19.337 de descentralización hospitalaria aplicable a los hospitales dependientes del Ministerio (92 en total).

El gremio médico ve como posible competencia no sólo el desarrollo de la capacidad instalada por parte de las obras sociales que se estaban produciendo en algunas provincias y la descentralización hospitalaria, sino que además percibe como amenaza otros modelos organizativos tales como los grandes sanatorios de la Capital Federal con capacidad para organizar y adherir sistemas prepagas.

Frente a este tipo de amenazas la Confederación Médica Argentina (COMRA) reacciona proponiendo la organización de un seguro social nacional de atención médica. El carácter de la prestación era exclusivamente un acto médico. Los recursos se recaudaban sobre el aporte

⁽²⁵⁾ citado en ídem pág. 159.

⁽²⁶⁾ Belmartino,S.; Bloch C. "El Sector Saludop.cit.

tripartito de asegurados, empleadores y Estado. La contribución del Estado se destinaría a financiar la organización administrativa previa del sistema, a subsidiar emergencias financieras que se pudieran producir por epidemias, catástrofes, etc, y a la cobertura de la población carente de recursos. Pero las dificultades de la implementación del seguro de enfermedad propuesto impidieron su concreción.

La cuestión de las obras sociales que había sido tema de preocupación esporádica de la Confederación General del Trabajo (CGT) desde 1.961, comienza a tener un lugar destacado en las reivindicaciones de la misma en el momento previo a la sanción de la ley 18.610, la cual es recibida de manera auspiciosa por los dirigentes de la central obrera. Es justamente a partir de esta ley que los sindicalistas toman conciencia de los “beneficios económicos” que mediante la prestación de servicios de salud pueden obtener sus organizaciones gremiales.

Por esta razón, en 1.971 los dirigentes sindicales de la CGT solicitan la revisión de la ley 18.912 que ponía en manos del gremio médico la determinación de los aranceles de las prestaciones, y la derogación de las resoluciones de la Subsecretaría de Salud Pública que disponían la creación de una comisión para el estudio del sistema de atención médica y su financiamiento, por considerar que la misma estaba identificada con sectores que tenían la intención de volcar los recursos del sistema a la organización de un seguro de salud.

En ese año la Confederación General del Trabajo (CGT) y la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA) entran en una verdadera pugna respecto a la distribución de los recursos que el sistema controla, aunque ambas defienden el sistema de obras sociales.

Finalmente, y a pesar de la fuerte oposición del gremio médico, en junio de 1.972 se sanciona la ley 19.710. La citada norma aconseja la creación y reglamentación de un sistema plural de remuneración profesional: relación de dependencia con monto fijo, capitación, cartera fija, pago por prestación y formas mixtas. El arbitraje se encomendaría al Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y se reconoce a la Confederación General del Trabajo (CGT) como única entidad representativa de la totalidad de las instituciones prestatarias en el seno de las comisiones paritarias y las condiciones de creación del Registro Nacional de prestadores. Se reconoce a la Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la República Argentina (CIMARA) como entidad representativa de los prestadores con derecho a participar en la Comisión Paritaria Nacional.

Como era de esperar, tanto la Confederación de Clínicas y Sanatorios como la Federación Médica de la Capital reciben la ley con solicitudes de fuerte tono opositor.

Visto desde la perspectiva actual, podríamos decir que la legislación promovida por la gestión de Manrique si bien permitió la incorporación al sistema de obras sociales de un número significativo de personas que hasta el momento no contaban con cobertura alguna, al hacerlo sobre la base de un sistema caracterizado por la fragmentación, segmentación, heterogeneidad e inequidad, y al otorgar al mismo tiempo mayor capacidad de negociación en la contratación de servicios asistenciales a estas organizaciones en detrimento de las profesionales, lo que efectivamente logró fue una profundización de las características señaladas, no siendo capaz en cambio, y a pesar de la creación del INOS, de regular y controlar el sistema.

Por esta época, tal como lo señala Jorge Katz ⁽²⁷⁾ se produce “una profunda transformación en el pensamiento predominante entre los sanitaristas argentinos, que en los orígenes de la década del setenta, pasan de la doctrina del “seguro”, destinado a la financiación de la demanda - doctrina que imperaba desde los años sesenta-, a la del “servicio”, que implica, “además del manejo del financiamiento, la coordinación y organización por parte de las agencias públicas de la oferta de servicios en los niveles estatal, privado y de las Obras Sociales”.

La citada transformación se ve reflejada en el documento elaborado en 1.972 por el Consejo Federal de Salud (COFESA), que reunía periódicamente a las autoridades del área, el cual es difundido por el Ministerio de Bienestar Social, y que establecía las bases doctrinarias y organizativas de un Seguro Social de Salud. Entendiendo a la salud como un valor social y derecho humano que debía ser garantizado por el Estado, el que debía preceder a la planificación y ejecución de las políticas necesarias para lograrlo, se propuso la creación de un sistema

⁽²⁷⁾ Katz, J.; Muñoz A. “Organización del Sector Salud.....op.cit. pág 45.

nacional, universal, y obligatorio, integrado por subsistemas provinciales que tendría en cuenta la capacidad instalada oficial, el desarrollo de las obras sociales y consideraba las posibilidades de integración del sector privado. Se señalaba también la necesidad de una ley nacional de Medicamentos que otorgaba primacía al valor social respecto de su producción y comercialización.

También la Federación Médico Gremial de Córdoba, todavía bajo la influencia del Dr. Herrou Baigorri, en el año 1.973 ratificó la concepción de la salud como un valor social y un derecho humano, y hablaba de la evaluación de los recursos existentes y su coordinación a través de un Consejo con representación de los distintos sectores, al que se le asignaba además la tarea de encontrar solución al problema de los medicamentos.

Por su parte la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires, hace pública en ese mismo año su propuesta con pautas tendientes a la complementación de los sectores público, de obras sociales y privado a efectos de lograr una medicina igualitaria para todos los habitantes.

En una reunión realizada en Salta en mayo de 1.973, la Confederación Médica Argentina (COMRA) produce un documento que es aprobado por el Consejo Federal en agosto de ese año el que contenía la posición oficial de la entidad respecto a la organización futura del sistema de servicios de salud también hablaba de una sola medicina para todos los habitantes del país, un sistema de organización y financiación que reunía los sectores dispersos y evitara múltiples aportes financieros del Estado como garante del derecho a la salud, y de una política de medicamentos orientada a una reforma sustancial del régimen existente.

En este contexto, asume el 25 de mayo de 1.973 el gobierno peronista con el Dr. Héctor José Cámpora como Presidente de la República, quien designa a José López Rega como Ministro de Bienestar Social, y al Dr. Domingo Liotta como el Subsecretario de Salud Pública.

Liotta, un prestigioso cardiocirujano a nivel nacional e internacional, aprovecha las VII Jornadas Angiológicas Argentinas reunidas en Posadas en junio de 1.973 para anunciar una "Reforma Sanitaria Nacional" ⁽²⁸⁾, y habla de la necesidad de integrar todos los recursos y servicios en un Sistema Nacional de Salud, que garantice una sola medicina para quien la necesite cualquiera sea su condición económica o situación geográfica, reintroduce el concepto del Estado como garante de la salud y principal financiador del sistema de servicios.

De acuerdo con Belmatino y Bloch, Liotta al conocer su futura designación en el área de salud decidió no participar en la interna partidaria y convocar a un grupo de prestigiosos sanitaristas ^(*) a quienes encomendó un proyecto de organización para el sector.

Este grupo encargado del proyecto de ley trabajaba en contacto permanente con Liotta, el que informaba de los avances del mismo al Ministro López Rega, quien se había convertido en interlocutor de la CGT.

En diciembre de 1.973 se envía al Congreso el proyecto de ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Belmartino y Bloch comentan tres de las versiones que circularon del proyecto, ninguna de las cuales se refiere al proyecto original elaborado por la comisión de técnicos que integraba al sistema el conjunto de las obras sociales.

En la versión difundida por la Subsecretaría de Salud Pública a las provincias con el fin de informar a los sectores interesados, se le encomienda al sistema la función de organizar y efectuar las prestaciones de atención médica integral para todos los habitantes del país en todo el territorio nacional. Se otorgaba al sistema autarquía financiera e individualidad jurídica. Se establecía un Fondo Financiero Sanitario Nacional, integrado con fondos provenientes de los aportes del Estado, de los trabajadores independientes y en relación de dependencia, de los empleadores, de los pagos por servicios prestados y con los derivados de leyes e impuestos

⁽²⁸⁾ Belmartino, S.; Bloch C. "El Sector Saludop.cit. pág.240.

^(*) al parecer el Dr. Carlos Canitrot, quien había sido el autor del discurso de Posadas, era el que mantenía contacto directo con el Subsecretario y fue quien vinculó al proyecto al Director de la Escuela de Salud Pública Aldo Neri, al ex-presidente de la COMRA y Director del Centro de Estudios Médicos Sociales Dr. Alberto Prieto, al Presidente de la Comisión Interhospitalaria Jorge Voskin, a la Dra. María Teresa Bea y un grupo de funcionarios de carrera del Ministerio de Bienestar Social. El Dr. Mario Testa en ese momento Decano de la Facultad de Medicina, si bien no formó parte del grupo actuó como asesor del proyecto.

especiales. El aporte de los empleadores y trabajadores en relación de dependencia o independientes se realizaría a través de las correspondientes obras sociales, o en su defecto a través de las cajas de previsión. El aporte de las obras sociales no podría ser inferior al 70% del total recaudado. Por su parte el gobierno debía asegurar que el conjunto del gasto total en atención médica ascendiera al menos al 6% del PBI y propender, a través de una reforma impositiva, a que disminuya el aporte de los trabajadores, y los provenientes del pago directo de los servicios, hasta su eventual supresión. Las responsabilidades de conducción del sistema estarían a cargo de Salud Pública de la Nación y sus equivalentes provinciales, del Consejo Federal, los Consejos Provinciales y el Consejo de la Región Metropolitana de Buenos Aires.

De acuerdo con Katz, J. "el Consejo Federal era la pieza clave en el diseño de la política de prestaciones de salud y de su control de gestión. Fue pensado como un gran y poderoso ente institucional, constituido por el Ministro de Bienestar Social -que lo presidía-, los Secretarios de Estado del Ministerio de Bienestar Social de la Nación, un representante de cada Jurisdicción Provincial, un representante del Ministerio de Defensa, un representante de las Universidades Nacionales, seis representantes de la CGT, dos de la CGE, tres representantes del personal profesional de la salud -de los cuales uno por lo menos debía ser médico- designados a propuesta de las entidades gremiales mayoritarias en el orden nacional con personería gremial, y un representante de las entidades privadas adheridas al sistema" ⁽²⁹⁾.

A partir de la promulgación de la ley pasan a integrar el sistema todos los presupuestos, de personal y servicios de salud de las obras sociales paraestatales y mixtas, al igual que los servicios correspondientes a Capital Federal y al Territorio Nacional de Tierra del Fuego.

En una versión posterior a la comentada, si bien la administración federal del Sistema Nacional Integrado de Salud sigue siendo autárquica ya no asume la totalidad de las atribuciones conferidas por la legislación a los organismos estatales, lo que atenta contra la unidad de conducción. Además se suprime la incorporación inmediata de las obras sociales paraestatales y mixtas y de los servicios de Capital Federal y el Territorio Nacional de Tierra del Fuego, por ende el Foro Sanitario Nacional sólo recibe contribuciones del Estado Nacional y aquellas jurisdicciones que hayan decidido su incorporación al Sistema.

En el proyecto elevado al Senado en diciembre de 1.973 la administración del Sistema Nacional Integrado de Salud pierde el carácter autárquico, se deja de lado la incorporación de las obras sociales estatales, y se suprimen las disposiciones relativas a conformar una jurisdicción especial con la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires (Área Metropolitana). El proyecto sale del Senado con media sanción y se incorpora un artículo que exceptúa a los establecimientos y servicios de las obras sociales de las disposiciones de la ley hasta su incorporación voluntaria, la medida beneficia a todas las obras sociales encuadradas o no en la ley 18.610 existentes a la fecha o que se creen en el futuro con participación sindical.

Finalmente la ley (20.748) es sancionada en septiembre de 1.974, con las modificaciones comentadas que desvirtuaron el espíritu del proyecto original, producto seguramente de la cerrada oposición al mismo por parte del sindicalismo, el gremio médico y obviamente el sector privado.

Las Jurisdicciones Provinciales que se adhirieron al Sistema, además de los hospitales y centros de atención nacionales y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, fueron Formosa, Chaco, La Rioja, y San Luis las que se desvincularon en 1.977. Finalmente en 1.978 se derogó la ley de creación del SNIS.

El gobierno militar que asume en marzo de 1976, decide intervenir en el subsector de obras sociales. Mediante el decreto 3.046/76 se le otorgaba al Instituto Nacional de Previsión Social (INPS) la potestad de intervenir sobre las modalidades de contratación y prestación de los servicios de atención médica para los beneficiarios de obras sociales, y se eliminaba el mecanismo paritario puesto en marcha por la ley 19.710, además, se otorgaba a los servicios de atención médica comprendidos en los convenios entre las obras sociales y los prestadores el carácter de "servicio público de asistencia social".

En el año 1978 el gobierno decide informar sobre su intención de reformar la ley 18.610,

⁽²⁹⁾ Katz, J.; Muñoz, A. "Organización del sector salud.....op cit. Pág. 47.

dando como fundamento tal necesidad en: la desigualdad de recursos de las diferentes obras sociales originada en la distinta capacidad de presión de los gremios y la consiguiente desigualdad en las prestaciones, la irregular distribución de la capacidad instalada, el carácter oligopólico de la oferta de servicios, son entre otros los argumentos utilizados a tal fin.

Sobre la base de este diagnóstico el Ministerio de Bienestar Social, conducido por el contralmirante Bardi elabora un proyecto de ley en el que propone la desvinculación de los organismos encargados de administrar las contribuciones destinadas a la cobertura de atención médica de las asociaciones profesionales, organizándolas regionalmente bajo la conducción de un organismo de nivel federal. EL gobierno del sistema estaría a cargo de cuerpos colegiados integrados por representantes del Estado, de los afiliados, empresarios, jubilados y pensionados. Se prevé la incorporación de grupos no cubiertos y la adhesión voluntaria de obras sociales no incorporadas al régimen 18.610. Los entes de obras sociales así creados tendrían funciones de financiación y salvo casos excepcionales no podrían desarrollar capacidad instalada propia. Las prestaciones se realizarían mediante la contratación con efectores públicos y privados, lo que excluye la posibilidad de contratar con las corporaciones profesionales. Este proyecto pierde actualidad con la renuncia del Ministro.

En 1.979 la discusión se inscribe como parte sustantiva de un problema más amplio relacionado con la posible reducción de los aportes sociales de la población trabajadora a efectos, de acuerdo con el Ministro de Economía José Alfredo Martínez de Hoz, de reducir los "impuestos al trabajo" destinados a financiar diferentes prestaciones sociales.

El tema era de gran interés para los empresarios que ante la apertura de la economía puesta en marcha por el Ministro se veían en la necesidad de disminuir los costos laborales.

La idea subyacente era que manejando de manera eficiente la utilización de los recursos se podía reducir los aportes sin afectar los beneficios.

El Ministerio de Bienestar Social no está de acuerdo con la propuesta del Ministerio de Economía, produciéndose de esta manera un conflicto interministerial que se canaliza, de acuerdo con Belmartino⁽³⁰⁾, a través de la discusión de diferentes proyectos de ley que no sólo presentan diferencias en términos organizativos sino que también presentan fuertes discrepancias en la concepción del papel del Estado en la protección de los riesgos vitales.

Mientras el Ministerio de Bienestar Social propone un proyecto de ley que introducía cambios importantes en la organización y estructura de las obras sociales pero sin violar el principio de la solidaridad social, el proyecto de la Comisión Interministerial, formada por Economía, Interior, y Justicia, proponía autorizar al afiliado a llevarse el noventa por ciento de sus aportes para hacerse atender en alguna otra parte (seguros médicos, mutuales, planes de asistencia integral de clínicas, organizaciones de colectividades, etc) de acuerdo a sus preferencias.

Si bien esta no es la primera vez que un intento de reorganización del sistema de obras sociales provoca una fuerte división dentro de un mismo gobierno generando proyectos distintos, (el primero se presenta en la gestión del Ministro Carrillo entre el Ministerio de Salud y el de Previsión Social, para repetirse en otras oportunidades entre la Secretaría de Salud y el Ministerio de Bienestar Social o el Ministerio de Trabajo y el de Bienestar Social), en esta instancia de lo que se trata es de una propuesta de liberalización del sistema y la idea del mercado como asignador eficiente de los recursos, o en otros términos libre elección con operatoria del mercado, frente a la pretensión integradora de la Secretaría de Salud Pública de construir un sistema a partir de la organización de los servicios con una política financiera centralizadora que exprese formas de solidaridad social en la cobertura del riesgo, comenzando con un seguro nacional de atención médica para llegar a un seguro nacional de salud. Entre éstas dos posiciones enfrentadas por proyectos diametralmente opuestos, se ubica como alternativa el proyecto de la Secretaría de Seguridad Social, nuevamente a cargo del Dr. Santiago de Estrada; que postula la subsistencia de las obras sociales separando a los sindicatos de su conducción, procurando un ordenamiento que unifique a los beneficiarios con criterio regional, expansión de la cobertura, mayor control en la asignación de los recursos y en que se realicen de modo efectivo las prestaciones. También defiende la vigencia del principio solidario.

⁽³⁰⁾ Belmartino, S.; Bloch C. "El Sector Saludop.cit. pág. 277.

La sanción de la ley de obras sociales (ley 22.269) se producirá en agosto de 1.980. La nueva norma preveía la creación de Entes de obra social con individualidad jurídica, administrativa y financiera que quedaban totalmente desvinculados de las asociaciones gremiales de trabajadores. El gobierno de estos organismos estaba integrado por un representante del Estado, tres representantes de los beneficiarios y tres de los empleadores contribuyentes, todos ellos designados por el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) el que tendría a su cargo la conducción del sistema. Sancionaba además, el aporte obligatorio de los trabajadores en relación de dependencia, jubilados pensionados y beneficiarios de prestaciones no contributivas a nivel nacional, cubriendo los respectivos grupos familiares primarios. Preveía la incorporación gradual al sistema de los trabajadores autónomos comprendidos obligatoriamente en el régimen nacional de jubilaciones y pensiones. Permitía a los beneficiarios del sistema retirar el 90% de sus aportes en el caso que decidieran afiliarse a alguna entidad de prestaciones médicas reconocida por el Instituto Nacional de obras Sociales (INOS). Quedaban excluidos de sus disposiciones personal de la Fuerzas Armadas y de Seguridad, personal dependiente de gobiernos provinciales, municipalidades y los jubilados y pensionados. Pero la ley no llegó a aplicarse ya que no se pudo reglamentar debido, una vez más, a la firme oposición tanto del gremio médico como de los sindicalistas, que no estaban de acuerdo con el texto finalmente aprobado.

En 1.982 el gobierno reconoce la imposibilidad de modificar radicalmente el statu quo a través de una ley y comienza a aceptar la posibilidad de revisarla, es en ese momento cuando Santiago de Estrada, todavía a cargo de la Secretaría de Seguridad Social, reconoce dos características del sistema argentino de obras sociales de imposible eliminación: la división por actividad y la participación de los sectores en la conducción de las obras sociales. Pero tampoco el gobierno militar logra concretar su intención de reformar la ley 22.269.

En el año 1.983 asume el gobierno el Dr. Raúl Alfonsín, la vuelta a la democracia genera en la población grandes expectativas de transformación. El gobierno radical recibe como herencia de la dictadura militar no sólo la pesada herencia de la elevadísima deuda externa, sino que además debía hacer frente al agotamiento del modelo de desarrollo basado en la industrialización por sustitución de importaciones, todo ello en medio de una profunda crisis de integración social. Lo que se imponía entonces era la necesidad de consenso con los principales actores con peso en el sistema político, reglas ordenadoras del juego político para poder llevar adelante una reconversión productiva, así como una profunda reforma del aparato estatal.

Para lograrlo el gobierno democrático diseñará en los tres primeros años de gobierno una serie de estrategias, entre las que se encontraban el proyecto del Seguro de Salud, el proyecto de democratización de los sindicatos y el Plan Austral.

El proyecto del Seguro Nacional de Salud elaborado por el Ministro de Salud y Acción Social, Dr. Aldo Neri, fue el último intento de integración del sistema.

El Ministro creía necesario una conducción unificada sobre el conjunto de prácticas relacionadas con la salud, por ello con el objeto de integrar las políticas de salud a otras prioridades del área social (alimentación, vivienda, promoción del desarrollo comunitario y familiar, recreación, y atención de las situaciones de emergencia social) propone la unificación de los Ministerios de Salud y Acción Social, e incorpora el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) a la Secretaría de Salud.

El equipo de trabajo bajo su conducción aborda desde el principio de la gestión múltiples actividades entre las que podemos destacar: la supresión del arancelamiento hospitalario que había impuesto el gobierno militar, medidas para combatir la desnutrición, disposiciones sobre salud mental, vivienda, minoridad y familia, y la organización puesta en marcha y funcionamiento del Plan Alimentario Nacional y del Fondo de Asistencia de Medicamentos, el proyecto del Seguro de Salud constituye una actividad más, aunque será la que más repercusión política va a alcanzar.

Neri que en oportunidad del gobierno peronista de 1.973 había participado en la elaboración del proyecto de Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), diez años más tarde teniendo en cuenta que las obras sociales se habían convertido en el componente más dinámico y eje de desarrollo del sector, opta por la creación de un Seguro.

En febrero de 1.984 el Ministro aparece en las primeras noticias vinculadas al proyecto del Seguro destinado a reorganizar el sistema de obras sociales. La propuesta recupera el papel del

Estado como conductor de las políticas diseñadas por los órganos deliberativos del gobierno constitucional, y como prestador de servicios. Una pieza fundamental en la redefinición del papel del Estado es la recuperación de las instituciones del subsector público, para lo cual propone privilegiar la atención primaria de la salud integrándola en todas las instancias de sistemas de servicios de salud y especialmente en el de la seguridad social. El Estado será el encargado de asegurar prestaciones de atención médica sin injerencia de la conducción de los gremios y en igualdad de oportunidades tanto para los afiliados de los gremios poderosos como para los pertenecientes a entidades con menores recursos, por ello propone otorgar individualidad jurídica a las obras sociales y entregar su conducción a los beneficiarios con participación del Estado. Todos los prestadores, públicos, privados o propios de las obras sociales, deberán constituir una red integral de servicios disponible para los beneficiarios del Seguro. Se asegura la cobertura universal para el acceso al sistema de servicios de salud, incorporando a los trabajadores autónomos e incluyendo a las personas sin cobertura bajo la responsabilidad financiera del Estado. Con la intención de federalizar el sistema, propone otorgar protagonismo a las provincias en la definición de las políticas de salud.

La reglamentación del proyecto estaría a cargo de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), la que designaría síndicos en las obras sociales encargados de controlar el manejo de las mismas, reteniendo el poder de policía respecto de las prestaciones y el poder sancionar. Además, la Administración del Seguro controlaría, el Fondo de Redistribución, el cual se integraría con el diez por ciento del total de ingresos de cada obra social.

Pero en marzo de ese año el Senado por un voto de diferencia, rechaza el proyecto de ley de normalización sindical, elaborado por el entonces Ministro de Trabajo José Mucci, razón por la que el Ministerio de Salud y Acción Social decide no enviar a las Cámaras el proyecto del Seguro. A partir de este momento se inicia un proceso conflictivo entre el gobierno y los sindicatos en el cual las obras sociales se irán convirtiendo en un punto más de fricción para la negociación de un proyecto de normalización sindical.

Los primeros éxitos del Plan Austral, puesto en funcionamiento en junio de 1.985 para hacer frente a la profundización de la crisis económica, ampliaron el margen de maniobra política del Poder Ejecutivo, razón por la que se decide enviar a las Cámaras el proyecto de ley de Seguro Nacional de Salud.

Al proyecto se oponen tanto los sindicatos, que se consideran los auténticos dueños de las obras sociales, como las organizaciones de prestadores. Ambos responsabilizan al gobierno por el agotamiento del modelo de financiación vigente durante más de una década.

Además, la inflación y la agudización de la crisis económica profundizan “la puja distributiva” dentro del sector, a la que hacen referencia Jorge Katz y Alberto Muñoz⁽³¹⁾. A finales de la década del ochenta estos autores estimaban que cuatro mercados se disputaban el total de los recursos: un mercado de servicios de internación, un mercado de servicios ambulatorios (médicos), un mercado de aseguramiento y un mercado de medicamentos e insumos. Señalaban además que: “... es el conflicto distributivo y no las necesidades médico-asistenciales de la población lo que está determinando las pautas de funcionamiento del mercado de la salud, ante la creciente falta de capacidad de regulación por parte de la autoridad pública”

En abril de 1.986, Neri renuncia, y recién a fines de 1.988 se sancionan las leyes 23.660 de Obras Sociales, y la 23.661 de Seguro Nacional de Salud, producto de un acuerdo entre el gobierno y la Confederación general de Trabajadores (CGT). Las que a partir de ese momento regularon el sistema nacional de salud.

En la década de los '80, el crecimiento continuo del sector prestador privado llevó a una situación de paulatina saturación y posterior sobreoferta de servicios, que ya no pudo ser financiada por un sistema de seguridad social cuyos recursos dejaron de crecer en la segunda mitad de la misma. Se produce entonces un punto de inflexión del sistema de salud, la crisis financiera impone la contención de costos, paralelamente a la necesidad de incrementar la cobertura y mejorar la productividad y la eficiencia.

⁽³¹⁾ Katz, J.; Muñoz, A. “Organización del Sector Salud: puja distributiva y equidad” CEPAL Buenos Aires 1.988.

En la citada década no sólo en nuestro país, sino en el mundo se observa que factores tales como el incremento de especialidades, especialistas, camas sanatoriales, junto al protagonismo que adquiere la utilización de tecnología diagnóstica en el proceso de atención, conducen a un aumento significativo de los costos de atención médica.

En el caso de Argentina a estos factores debemos agregar otros: a) que los pacientes ingresan al sistema de servicios por cualquiera de sus niveles de complejidad; b) la escasa capacidad del Estado para controlar los aumentos de precio de los medicamentos y las particulares condiciones de la producción y comercialización de la industria farmacéutica; y c) los incentivos que el nomenclador de prestaciones otorga a la utilización de tecnología mediante los aranceles más elevados a las prácticas asociadas a la utilización de la misma. Todo lo cual produce en las organizaciones de cobertura, crisis financieras recurrentes. Además, una importante expansión de la capacidad instalada privada provoca una saturación de la oferta, lo que conducirá a la búsqueda de nuevas formas de contratación.

LA DÉCADA DE LOS '90 Y LA CRISIS

En 1.989 asume el gobierno el Dr. Carlos Saúl Menem, quien a partir de 1.990 impulsó un acelerado proceso de transformación de las estructuras estatales y del conjunto de la economía Argentina.

Durante la "Primera Reforma del Estado" (1.989-1.996) tuvieron lugar los grandes procesos de transformación, la estabilización monetaria, la privatización de empresas y la transferencia de servicios públicos, la desregulación, la apertura económica y la integración regional.

Con las políticas establecidas por el llamado "plan de convertibilidad" de 1.991, comienzan a instrumentarse en la Argentina diversas medidas traducidas en reformas estructurales.

A partir de la Convertibilidad se impone el modelo neoliberal que transformará a lo largo de diez años la situación económica y social del país de manera profunda, y que tiene su origen en la dictadura militar instaurada en 1.976, que dispuso una liberalización indiscriminada del mercado financiero argentino y desencadenó un proceso de endeudamiento especulativo totalmente desvinculado de la expansión de la capacidad productiva y del fortalecimiento de la balanza comercial.

De acuerdo con Belmatino y Bloch⁽³²⁾, en la década de 1990, en paralelo a la reconversión de los mercados y las transformaciones de la actividad estatal producidas a nivel macro social se generó un intento de cambio institucional orientado a superar las distorsiones que la provisión de atención médica había acumulado a lo largo de su desarrollo en las décadas centrales del siglo XX.

Efectivamente, partir de la crisis hiperinflacionaria 1989-1990 se producen modificaciones significativas en la relación entre financiadores y proveedores, siendo la principal la desregulación de los contratos.

A partir de ese momento se realizan contratos de riesgo y se reemplaza la libre elección del profesional y el pago por prestación por estrategias de selección de proveedores y pagos globalizados, modulados o capitados.

La cápita, que consiste en un pago preestablecido por beneficiario y por mes a la institución prestadora de los servicios, permite transferir a la oferta el riesgo derivado de los costos catastróficos en la atención de un conjunto determinado de beneficiarios, desincentiva las conductas oportunistas por parte de los proveedores tales como la sobreprestación o sobrefacturación de servicios, así como el aumento de los costos a causa del exceso de la capacidad instalada y el libre acceso de los pacientes a cualquiera de los niveles de atención.

⁽³²⁾ Belmartino, S.; Bloch, C.; Báscolo, E. "La reforma de la atención médica en Argentina. Escenarios Provinciales" SERIE SEMINARIOS SALUD Y POLÍTICA PÚBLICA CEDES. SEMINARIO IV - Julio 2002. Disponible en: http://www.cedes.org/descarga/serie_sem/SSPP200204.zip

El pago de las internaciones a través de módulos crea en las instituciones un incentivo para evitar los costos innecesarios.

En función de la libertad de contratación imperante financiadores y proveedores pactan libremente valores de cápitás, listados de profesionales y servicios integrados en el contrato y procedimientos cubiertos.

Con el objeto de proveer servicios integrales a las entidades financiadoras se conforman Uniones Transitorias de Empresas UTEs o Redes de Prestadores, asociaciones de sanatorios privados, a las que en algunos casos se incorporan asociaciones de profesionales independientes, sanatorios de obras sociales y hospitales públicos que acuerdan condiciones de contratación con determinadas obras sociales. Contratos globales asignan a las UTEs o Redes sumas globales que deben administrar y transformar en honorarios para remunerar la atención suministrada por sus miembros, los que actúan como proveedores directos.

Esta modalidad de contratación dio origen a la aparición de empresas intermediarias entre la oferta y la demanda (gerenciadoras) encargadas de administrar la cápita y de asumir así el riesgo económico.

La selección de proveedores redujo de manera significativa la oferta de profesionales y servicios para cada obra social y los beneficiarios de las mismas sólo pueden optar entre los servicios integrados a la red de proveedores con la cual la entidad financiera ha formalizado contrato, aunque sigue vigente la posibilidad de ingresar por cualquiera de los niveles. Tampoco se establecieron límites a la libertad de prescripción de los profesionales.

Dentro de este marco general de la reforma del Estado, a principios de 1992 el Poder Ejecutivo Nacional definió las políticas de salud mediante el decreto 1.269/92 que estableció cuatro políticas sustantivas: lograr la plena vigencia del derecho a la salud para toda la población; mejorar la accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención médica, mediante la efectiva extensión de cobertura a toda la población; disminuir los riesgos evitables de enfermar y morir; redefinir y orientar el rol del sector salud del Estado Nacional.

Antes de analizar los cambios en el sector salud propiamente dicho, debe mencionarse la reforma de la previsión social, que crea un sistema mixto, con dos componentes: el obligatorio y el voluntario. El obligatorio presenta dos modalidades: a) administración por el Estado con objetivos de redistribución y seguro, que garantiza un beneficio mínimo uniforme y se financia mediante impuestos (régimen de reparto); y b) administración privada con objetivos de ahorro y seguro, ya sea mediante un plan de ahorro individual en el que solo contribuye el asegurado, o bien un plan auspiciado por una empresa en el que contribuyen tanto el asegurado como el empleador, con capitalización plena e individual y regulado por el Estado (régimen de capitalización). El componente voluntario es similar en todos los demás aspectos al de régimen obligatorio, pero funciona con contribuciones del asegurado exclusivamente.

A partir de 1993, los distintos gobiernos con el apoyo de los organismos de crédito internacional y la OPS/OMS iniciaron la Reforma Sectorial en Salud. Los ejes centrales de la Reforma Sectorial fueron: asegurar un conjunto de prestaciones básicas a toda la población; dar mayor eficiencia a los recursos disponibles; introducir elementos de mercado y competencia entre efectores y seguros; estimular el financiamiento desde la demanda, y mejorar la calidad de los servicios.

En ese mismo año por decreto n° 507/93 del Poder Ejecutivo Nacional, las funciones de aplicación, recaudación y ejecución judicial de los recursos de la seguridad social, entre los que se encuentran los aportes y contribuciones con destino al régimen de las obras sociales se transfirieron y centralizan en la Dirección General Impositiva (DGI).

Asimismo, la reconversión de las obras sociales, en particular las sindicales, es el tema que se aborda en una primera etapa de la citada reforma del sector.

El antecedente para la desregulación del sistema de obras sociales fue la sanción de las leyes 23.660 y la 23.661 a fines de 1988 por las cuales se derogó la ley de Obras Sociales de 1970 y se creó el Sistema Nacional de Seguro de Salud. Estas leyes constituyeron un esfuerzo de crear una red sanitaria nacional en la que prevaleciera un criterio de justicia distributiva comprendiendo al total de la población del país. Sin embargo, mediante una reglamentación bastante controvertida de estas leyes, se avanzó en la conformación de un sistema de salud alejado de los objetivos de esas leyes en materia de equidad y sin intentar la integración del sistema en su conjunto.

Con el decreto 9 de 1993, se inicia la salida del esquema solidario que había prevalecido hasta entonces, y se introducen importantes modificaciones al subsistema de la seguridad social.

Ese mismo año, mediante el decreto 576 que reglamentaba las leyes sancionadas en 1988, se terminaron de definir los aspectos relacionados con la libre elección para el seguro nacional de salud en conjunto. Se incorpora entonces a los pasivos dentro del conjunto de beneficiarios que puede optar por la obra social que desee, se prohibió la doble afiliación de los beneficiarios.

Como lo señala Cetrángolo ⁽³³⁾, “el decreto 576/93 es el primero que hizo referencia al Seguro Nacional de Salud en su totalidad, terminando de definir una “especial” interpretación del criterio de justicia distributiva prevaleciente en la ley 22.661. La extensión de la cobertura “mínima” asegurada (a ser definida por el Ministerio de Salud y Acción Social) a la totalidad de los beneficiarios del sistema se vio contrarrestada con la reducción del universo de beneficiarios. Los autónomos se incorporarían voluntariamente al sistema siempre que pudieran realizar un aporte mínimo equivalente al valor de la prestación básica más lo correspondiente al Fondo Solidario de Redistribución. Por su parte, los carenciados se restringieron a aquellos comprendidos en el Programa de Asistencia a Carenciados y no se fijaron las condiciones de incorporación. Paralelamente, se fueron tomando medidas que intentarían definir aspectos necesarios para la instalación de la libre elección”.

Por otro lado, se introdujo la posibilidad de pactar entre empleados y obras sociales planes diferenciales de salud. Asimismo, se ratificó el decreto que el titular disponga del total de sus aportes y contribuciones para la libre elección del agente de salud que desee.

La idea era facilitar la competencia de las obras sociales entre sí y con las compañías de salud privadas (las denominadas *prepagas*), estimulando la elección por parte de los afiliados de la obra social y garantizando que todas las entidades brinden una cobertura obligatoria (Programa Médico Obligatorio) que incluía las principales prestaciones, diagnósticos y tratamientos. Para ello, cada obra social debía presentar un plan de modernización que cumpliera las normas de desregulación, de actualización del padrón de afiliados, los modernos criterios de gestión, y que asimismo garantizara una canasta de prestaciones.

El Programa Médico Obligatorio (PMO) fue incorporado al Sistema del Seguro de Salud en función de lo establecido por el Decreto N° 492/95. Una Comisión intersectorial tuvo a su cargo la elaboración del Programa y se estableció un período de seis meses desde su aprobación para que comenzara a ser exigible. El Decreto N° 247/96 aprobó la canasta del Programa Médico Obligatorio (PMO) cuya no cobertura por parte de un agente de seguro implicaría su fusión con otro u otros agentes. El PMO fue elaborado para garantizar prestaciones de prevención, diagnóstico, tratamiento médico, odontológico y medicamentos. No admitía períodos de carencia, como tampoco modificar los valores de los coseguros estipulados en él. Las prestaciones no incluidas podrían ser brindadas a través del mecanismo de la excepción.

En 1.995 se redefinió el Fondo Solidario de Redistribución, creado en la década de los 70 y al cual todas las obras sociales aportaban obligatoriamente un 10% de sus ingresos. El Fondo era destinado a compensar a las obras sociales de menores ingresos pero su manejo se hacía en forma discrecional. Por Decreto N° 292/1995 se modificaron las funciones de redistribución, dándole un carácter automático. Luego el Decreto N° 492/95 garantizó a cada obra social un monto de ingresos mínimo prefijado de \$40 por titular.

Los decretos de desregulación de las obras sociales y control de la medicina prepaga firmados en octubre de 1996 permitían a las empresas de medicina privada funcionar como obras sociales,

⁽³³⁾ Cetrángolo, O.; Devoto, F. “ORGANIZACIÓN DE LA SALUD EN ARGENTINA Y EQUIDAD. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual”. Documento presentado en el Taller: “Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health”, en la ciudad de Toronto, el día 17 de junio de 2002.

Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDD/SALUDEQYREF.pdf>

en consecuencia, deberían tener el mismo tipo de control que aquellas, contar con solvencia económica y financiera, y reunir requisitos de atención médica.

Otros actores involucrados fueron los hospitales públicos. Las nuevas normativas promovieron la descentralización funcional de los mismos, el incremento de su capacidad de autogestión institucional y la elevación de su nivel de eficiencia y eficacia.

El decreto 578/93 del Poder Ejecutivo Nacional estableció un marco normativo para el desarrollo del hospital público de autogestión (HPA) e invitó a las provincias a adherir a esa propuesta, que propendía a lograr la descentralización funcional de los hospitales públicos, incrementar su capacidad de gestión institucional, elevar su nivel de eficiencia y mejorar su nivel de autofinanciamiento. El citado decreto estableció además el Registro del hospital público de autogestión incluyendo un sistema de pago automático para las prestaciones otorgadas por los agentes del Seguro de Salud a los hospitales.

La Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) fue creada a partir de la fusión de la ANSSAL (ley 23.661), el INOS (ley 18.610) y la DINOS (ley 23.660), como organismo descentralizado, en 1996 en jurisdicción del Ministerio de Salud y Acción Social. El Decreto N° 1.615, establecía la autarquía administrativa, económica y financiera del ente que tiene a su cargo fiscalizar y supervisar el cumplimiento del ejercicio del derecho de opción de los beneficiarios del sistema para la libre elección de obras sociales, la supervisión del Programa Médico Obligatorio y el cumplimiento de las obligaciones de pago de los entes comprendidos en el Sistema respecto a los Hospitales Públicos de Autogestión.

Entre 1995 y 1996 se diseñó un nuevo sistema para la protección contra los riesgos del trabajo, el que se basó en el funcionamiento de operadores privados, encargados de gestionar y atender las necesidades de prevención y reparación de los daños laborales. El nuevo sistema cambió totalmente las normas existentes al poner en funcionamiento un conjunto de regulaciones, disposiciones y mecanismos que permitieron su estructuración en poco tiempo. El sistema era supervisado por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, vinculada al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Hacia 1.998, se inició la discusión acerca de los contratos o compromisos de gestión entre los diferentes niveles del subsector público de atención de la salud. La compra y venta de servicios a terceros encuentra su marco legal en la normativa de los hospitales públicos de autogestión (HPA) que establecía la posibilidad de que los mismos firmen convenios con entidades de la seguridad social u otras, de que cobren servicios a personas con capacidad de pago o a terceros pagadores, y de que se integren en redes de servicios. Para facilitar la facturación de los hospitales públicos se establecieron aranceles modulares (Resolución N° 282/93 del Ministerio de Salud y sus actualizaciones). La descentralización de la gestión hospitalaria ha conferido flexibilidad administrativa a los directores permitiendo a las autoridades locales privatizar algunos servicios (alimentación, limpieza, etc.).

En ese mismo año (1.998) la opción de libre elección queda limitada a las obras sociales sindicales, mixtas, de la Administración Central del Estado Nacional y sus organismos autárquicos y descentralizados y de personal de dirección.

Tal como lo afirman Mera, J. y Bello, J. ⁽³⁴⁾, desde el momento de lanzamiento de la posibilidad de traspaso, se generó una estrategia de acuerdos entre obras sociales "chicas" y empresas de medicina prepaga u obras sociales de personal de dirección, con el propósito de atraer nuevos afiliados mediante el acceso a los planes ofrecidos por estas organizaciones. Esto ha determinado la opción de traspaso de buena parte de los beneficiarios; en efecto, de las 15 entidades que más altas tuvieron entre Mayo de 1.998 y Febrero de 1.999, nueve tenían convenios de este tipo y concentraron el 64,8% del total de altas en ese período, desempeñando en los hechos el papel de "gestoras de padrones".

Esta situación contradictoria encuentra su explicación en el camino ambivalente desarrollado por la legislación, que evidencia el variable poder de presión de los distintos actores involucrados

⁽³⁴⁾ Mera, J.; Bello, J. "Organización y Financiamiento de los Servicios de Salud en Argentina. Una introducción". Buenos Aires OPS 2003.

Disponible en: http://www.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/Pub56.pdf

(obras sociales sindicales, obras sociales de personal de dirección y empresas de medicina prepaga) en las distintas etapas de este proceso de desregulación.

El profundo proceso de transformación que se llevó a cabo a partir de 1.990, desde su inicio mostró indicadores económicos que revelaban el crecimiento de la economía, pero a la vez se registraba una marcada concentración de la riqueza y de la distribución de los ingresos entre los sectores de mayor nivel adquisitivo.

Los cambios producidos en muchos sectores fueron profundos y acelerados, y esto ocasionó que algunas privatizaciones se transformaran en nuevos monopolios privados, o bien que los marcos de regulación no sean considerados eficientes para proteger a los usuarios.

Los índices de desocupación alcanzados, así como otros indicadores sociales, muestran que el crecimiento económico logrado no aseguró por sí solo un aumento del bienestar para amplios sectores sociales, y los sistemas y programas sociales aplicados no han sido suficientes para sustentar el proceso de transformación. Tales modificaciones son de referencia obligada como contexto de los cambios en el sector salud.

La falta de financiamiento y la pérdida de impulso del modelo (evidente desde 1.995), pusieron de manifiesto la abrumadora dependencia Argentina del respaldo económico externo. En ese contexto el gobierno decidió aplicar severas disposiciones para aliviar el déficit fiscal, achicando el gasto público mediante fuertes recortes a los programas sociales e intensificando las medidas contra la evasión tributaria.

En las elecciones presidenciales de 1999 triunfa la Alianza, partido político nacido en 1.997 de la coalición entre la Unión Cívica Radical (UCR) y el Frente para un País Solidario (Frepaso), el Dr. Fernando de la Rúa asume en diciembre de ese año como Presidente de la Nación.

El nuevo gobierno heredaba una situación económico social complicada, por el elevado endeudamiento externo, las limitaciones que imponía el modelo de convertibilidad, y el marcado retroceso que sufrieron los indicadores sociales a lo largo de la década de 1.990, por lo que hubo de afrontar muy pronto condiciones sociales y financieras sumamente críticas.

En lo que respecta al sector salud, además de las transformaciones señaladas la evolución de la oferta durante ese período se caracterizó por la incorporación de nuevas formas organizativas: servicios de emergencia, traslados, hospital de día, cirugía ambulatoria, internación domiciliaria.

Además, a partir de la apertura de la economía, el sector privado a pesar del sobredimensionamiento de la oferta de servicios y la contracción del gasto, adoptó la estrategia de diferenciación del producto a través de la incorporación de tecnología de alta complejidad, buscando de este modo recomponer la tasa de retorno.

A mediados de la década mencionada, tanto el crecimiento de la población cubierta por obras sociales así como la utilización de las mismas para la atención de su salud cambia de sentido en función del aumento de la desocupación y el incremento de personas y familias que al perder su relación de dependencia se separan de la cobertura de las obras sociales. Por otra parte disminuye la pertenencia de la población a prepagas privados de salud ya sea por pérdida de su empleo o por no poder mantener sus cuotas de afiliación al día.

Además, la tendencia durante esos años ha sido transferir parte de la financiación a los usuarios. Esto se refleja en la participación creciente del gasto privado directo sobre el gasto total del sector. La medida de política más fuerte consistió en la reducción de 1% en las contribuciones patronales que financiaban las obras sociales.

En el año 2000 la Reforma Sectorial se encontraba en la fase de puesta en marcha de los mecanismos de regulación y control previstos, tales como la Superintendencia de salud, el Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica, y el Programa Médico Obligatorio (PMO). El PMO, definido conforme a lo dispuesto por el Decreto 492/95 y aprobado en su configuración por Resolución N° 247/96 del Ministerio de Salud, fue modificado por la Resolución 939/00 del Ministerio de Salud. La misma explicitó en forma más detallada las coberturas a brindar por los agentes de seguro; puso énfasis en los aspectos de promoción y prevención; y jerarquizó la atención primaria. Normativas adicionales extendieron a todos los agentes del seguro la atención de pacientes con SIDA, de personas discapacitadas y de personas con adicciones.

Los Hospitales de Autogestión se denominaron Hospitales de Gestión Descentralizada (HGD).

Asimismo, la desregulación de las obras sociales continuó en sus ejes principales: a) Reconversión de las obras sociales, a través del Programa de Reforma de las Obras Sociales (PROS) con financiamiento del BM; b) Búsqueda de eficiencia y racionalización de gasto de estos agentes y su posibilidad de éxito en un mercado abierto y competitivo, lo que había reducido su número de 312 en 1994 a 275 en 1999. c) Libertad de elección de sus beneficiarios, lo que no había producido transferencias de afiliados de magnitud pues estaba limitada a las obras sociales sindicales (el sentido de los cambios va de las obras sociales mayores y con menor ingreso per cápita a las más pequeñas y de mayor nivel económico). d) Competencia en un plano de total apertura con las instituciones de prepago médico privado lo que se ha dado en forma de acuerdos particulares entre dirigentes de obras sociales y entidades médicas de prepago a fin de que las transferencias se produzcan por conjuntos de afiliados y no a partir de la libre elección personal.

Desde el año 2.000 se han sucedido algunos intentos de incrementar el componente redistributivo de las contribuciones sobre el salario que financian las obras sociales, mediante el aumento de los porcentajes de esas contribuciones que se destinaban al Fondo de Redistribución de Obras Sociales. El decreto 446 del año 2.000 dispuso que esos porcentajes fueran variables según el nivel salarial y con independencia del tipo de institución, y los estableció en el 10 % (para salarios brutos menores a \$ 700), 15 % (entre \$ 700 y \$ 1.500) y 20 % (mayores de \$ 1.500). El mismo decreto, suspendido en marzo del 2.001, estableció además el marco de regulación para las obras sociales nacionales.

El año 2.001 se caracterizó por una gran turbulencia política y social que provocó en noviembre de ese año la renuncia del Presidente de la República, en medio de una profunda crisis económica.

La magnitud del quiebre institucional se expresa en la sucesión de presidentes interinos que se produjo hasta que finalmente la Asamblea Legislativa designa al Senador por la provincia de Buenos Aires, el Dr. Eduardo Duhalde, como Presidente de la República. Duhalde, quien asumió con un déficit enorme, una deuda externa que trepaba los 159.000 millones de dólares, un elevado nivel de desempleo, más de la mitad de la población viviendo en la pobreza y un nivel de concentración del ingreso sin precedentes en nuestro país, anunció la formación de un gobierno de unidad nacional con representantes de otras agrupaciones políticas.

El 6 de enero de 2.002, a propuesta del flamante Poder Ejecutivo, ambas cámaras del Congreso de la Nación Argentina aprobaron la ley 25.561 de "Emergencia pública y reforma del régimen cambiario", que declara la emergencia pública en materia social, económica, administrativa, financiera y cambiaria, modificando así las condiciones fijadas por la ley de convertibilidad de 1.991 y estableciendo las bases para la reestructuración de las obligaciones entre acreedores y deudores, y para el canje de títulos, así como las facultades que se otorgan al Poder Ejecutivo para la protección de los usuarios y consumidores.

Poco después, haciéndose eco de las recomendaciones de la Mesa del Diálogo Argentino, mediante el decreto 565/02 lanzó un programa de ayuda a los desocupados denominado Plan de Jefes y Jefas de Hogar, que consistía en otorgar una subvención de 150 pesos (unos 50 dólares al cambio de fines de 2.002) para asegurarle a esa población un ingreso mínimo, programa que continúa en la actualidad.

Según información del Ministerio de Salud, basada en un estudio de los gastos en salud efectuado en 1.997, se estimaba que 45% correspondían al ámbito privado y 55% al público, incluyendo en este las obras sociales públicas y privadas. De acuerdo con los datos de 1.999, el gobierno nacional participó con 3,3% de los gastos totales en salud, los gobiernos provinciales con 17% y los municipios con 3,8%. El INSSJyP (a través del PAMI) aportó 8% para la atención de jubilados y pensionados, las obras sociales nacionales 16% y las obras sociales provinciales 8%. Los desembolsos particulares directos, los copagos y los pagos a seguros privados representaban 44% del gasto total. Antes de la pesificación el gasto en salud se estimaba en 650 dólares; con la crisis y la consiguiente devaluación del peso, según la Superintendencia de Servicios de Salud esa cifra se había reducido a unos 184 dólares como consecuencia de la devaluación, la baja de los ingresos de la seguridad social y el desempleo.

Según información de la Dirección de Estadística del Ministerio de Salud correspondiente al año 2.000, en el país había 3.311 establecimientos con internación, de los cuales 1.271 en el

sector público (nacional, provincial o municipal), 47 en el subsector de obras sociales, 1.990 en el sector privado y 3 mixtos.

La repercusión de la crisis económica en los hospitales públicos fue severa. La interrupción de la cadena de financiación, la quiebra o insolvencia de muchas obras sociales, la crítica pérdida de ingresos económicos de la población por el alto índice de desempleo, el empobrecimiento de la clase media, entre otros factores, produjeron un enorme aumento de la demanda de servicios hospitalarios, casi todos los cuales ya venían funcionando en forma deficitaria antes del colapso financiero.

De acuerdo a datos recogidos por la Representación Argentina de la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS), a través de un cuestionario aplicado a los hospitales públicos de provincias y Capital Federal los mayores problemas afrontados como consecuencia de la crisis fueron:

- Los presupuestos que ya eran deficitarios se vieron notoriamente comprometidos, por el aumento significativo de los precios de los insumos, instrumental y servicios. Los precios de los medicamentos y del material descartable aumentaron en promedio 290 y 340%, respectivamente. En algunos hospitales el rubro medicamentos llegó a representar 70% del presupuesto de la institución. Los medicamentos más difíciles de reponer fueron los anestésicos, los antibióticos de amplio espectro, los hemoderivados, la insulina, los antirretrovirales y otros.
- Quedó afectado el acceso al crédito, aún para plazos breves, y el aumento de precios, que incluso fue mayor que el del dólar, limitó seriamente la capacidad de compras programadas obligando a adquirir cantidades mucho menores.
- Los proveedores exigieron el pago al contado, o el pago diferido con fuertes sobrepagos.
- En algunos casos fue preciso retomar la práctica de volver a usar los materiales reciclables y de reutilizar prótesis previa esterilización.
- Suspensión de pruebas de laboratorio por falta de insumos y reactivos, falta de placas radiográficas. Paralización de equipos de alta tecnología con elevado costo de funcionamiento y mantenimiento.
- El deterioro del salario real y el atraso en el pago de haberes suscitaron frustración y afectaron la motivación del personal.
- La falta de presupuesto obligó a postergar la reparación y el mantenimiento de diversos equipos, tales como esterilizadores, autoclaves, nebulizadores, tomógrafos, aparatos de rayos X y ambulancias, así como los arreglos de la infraestructura física en edificios de hospitales que suelen tener muchos años de construidos.
- Fue preciso racionar la alimentación ofrecida a los pacientes internados.
- Se percibió un aumento en la cantidad y complejidad de los trámites administrativos, especialmente en las compras, por las dificultades y nuevos procedimientos que planteaba la cambiante situación.

Al interrumpirse la cadena de pagos por las altas tasas de desempleo, muchas obras sociales y otras prestadoras de servicios quebraron o vieron severamente afectado su desenvolvimiento.

Según Mera ⁽³⁵⁾, los ingresos de las obras sociales nacionales, que cubrían más de 11 millones de beneficiarios, sin incluir al PAMI, sufrieron un descenso del orden del 12% comparando los primeros semestres de 2.001 y 2.002.

La recaudación directa de las obras sociales y los aportes al Fondo Solidario de Redistribución cayeron de 249 a 220 millones de pesos por mes. Las deudas acumuladas por las entidades para agosto de 2.002 superaban los 1.000 millones de pesos.

La Administración de Prestaciones Especiales alcanzó una deuda de alrededor de 1.000 millones de dólares.

En este contexto es que 38 Obras Sociales, que otorgaban cobertura a más de un millón de beneficiarios, el 10% de la población bajo seguro público nacional, se encontraron en "procesos de crisis" por las dificultades para hacer frente a sus deudas y 17 de ellas se presentaron en convocatoria de acreedores y homologaron su concurso preventivo.

Estas realidades se expresaban en la efectiva prestación de los correspondientes servicios de

⁽³⁵⁾ Mera, J.; Bello, J. "Organización y Financiamiento.....op.cit.

salud. Para enero de 2.002 el 62% de los agentes del seguro, en el área metropolitana de Buenos Aires, no cumplían con las normas del PMO. Este incumplimiento llegó en otras regiones al 80%. Cabe señalar que la aceptación de hecho del bajo cumplimiento del PMO por parte de los agentes del seguro se convirtió en una modalidad operativa habitual.

Ante esta situación el Ministerio reformuló el PMO y decidió elevar los aportes de las obras sociales al Fondo Solidario de Redistribución del 10% al 15%, y del 15% al 20%, de acuerdo con el nivel salarial del trabajador y la naturaleza de la obra social. Esta medida, sumada al incremento en los aportes patronales significó un incremento del 67% en la recaudación mensual promedio del Fondo Solidario de Redistribución entre el primer semestre del año 2002 y los meses de julio y agosto, revirtiendo la caída en los ingresos anuales, producida desde 1997.

Por otra parte, la recaudación del PAMI cayó cerca de un 40% durante los últimos meses del 2.001 y principios de 2.002, acumulando un déficit total de u\$s \$1.867 millones al 31 de mayo 2.002, lo que representa más del 75% del total de su presupuesto operativo anual.

La Ley 25.615 de julio de 2.002 aprobada por el Congreso Nacional aumentó la contribución de los empleadores al PAMI del 1.5% al 2% y estableció que la deuda acumulada al 30 de junio de 2.002, por aproximadamente \$1,550 millones de pesos (no incluyendo la deuda judicial, pero sí la deuda no exigible), fuera cancelada con aportes del Tesoro y con los eventuales superávits futuros del organismo.

Las obras sociales provinciales presentaban en general un panorama similar, con desfinanciamiento por disminución del número de aportantes, y el aumento de los insumos. En ellas la evasión no jugaba un papel fundamental, pero sí la postergación o endeudamiento de los aportes de los gobiernos provinciales.

Evolución similar han tenido los seguros privados, de gran auge en la primera mitad de los años noventa, pues la crisis económica y la consiguiente disminución de los ingresos de la población han repercutido negativamente sobre su financiación, generando: un deterioro en los balances financieros de los aseguradores privados; un atraso en el pago de servicios a su red de prestadores, que pasó a realizarse a más de 180 días (contra un patrón previo de pago inferior a 45 días); una reducción en sus tasas de afiliación por deserción o migración de los usuarios (hacia planes más económicos o hacia otros subsectores).

Entre octubre del 2.001 y junio del 2.002, la cobertura privada de la población cayó entre un 8 al 12% ya sean los datos de la encuesta del Banco Mundial o lo informado por las cámaras de medicina prepaga.

Las deudas por cobrar por los prestadores privados superaban los U\$S 2.000 millones previamente a la caída de la convertibilidad. Para la red de farmacias, esta suma se acercaba a los U\$S 600 millones sólo con entidades de la seguridad social, incluyendo U\$S 150 millones de deuda contraída por el PAMI.

A este conjunto de situaciones debe agregarse el incremento sostenido de los insumos y el aparentemente creciente riesgo de las demandas judiciales por mala praxis.

Ante este panorama el Ministerio de Salud, a cargo del Dr. Ginés González García, decidió declarar la Emergencia Sanitaria Nacional (decreto 486/02) y al amparo del mismo se pusieron en marcha las siguientes iniciativas:

- Programa Remediar: Por la grave carencia de medicamentos en los centros de atención, así como por el ocultamiento de existencias y el alza injustificada de precios, sumada a la escasez de recursos para adquirirlos de gran parte de la población, el Ministerio puso en marcha esta iniciativa financiada con fondos de la Nación y con la reprogramación de un préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) por un monto aproximado de 100 millones de dólares estadounidenses. El Programa tiene por objetivos asegurar el acceso de la población más desprotegida a la distribución gratuita de medicamentos básicos para el tratamiento de las patologías más frecuentes y fortalecer el sistema de atención primaria de la salud. En una primera etapa del proyecto se cubrieron 2000 centros de atención primaria (CAPS) con unos 6 millones de tratamientos completos. El vademécum de Remediar contiene 39 principios activos en 51 presentaciones consideradas suficientes para cubrir las patologías más comunes en el primer nivel de atención. La distribución de los medicamentos se efectúa mediante botiquines diseñados al efecto, que contienen las dosis para tratamientos completos. Por otro lado, con este programa se procura

- fortalecer el primer nivel de atención aplicando estrategias de atención primaria de salud con participación comunitaria en la promoción y gestión de políticas de salud así como en los procesos de control en las etapas de implementación del programa.
- Ley de Utilización de Medicamentos por su Nombre Genérico (N° 25.649): El 28 de agosto de 2.002 fue sancionada la ley 25.649, según la cual “toda receta o prescripción médica debía efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o denominación común internacional que se indique, seguida de la forma farmacéutica y dosis / unidad, con detalle del grado de concentración”. Esta ley, que constaba de 13 artículos, facultaba al Poder Ejecutivo, entre otras cosas, a establecer una política gradual de sustitución de importaciones. Esta medida está destinada a permitir la compra medicamentos a menores precios, y, por lo tanto, inducir una reducción del importante diferencial de precios existente en el mercado. A su vez, también debería atenuar el impacto de la devaluación en el sector. Para que este tipo de política sea efectiva debía ser complementada con un eficaz control de calidad. La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT), era el organismo regulador estatal encargado de verificar la eficacia e inocuidad de esos productos. Por su parte, también se eliminaron los aranceles sobre la importación de insumos para la salud y se redujo la presión impositiva sobre parte del sector al reducir el IVA sobre las compras importadas, medida, esta última, que beneficiaba a la seguridad social y al sector público, por estar exentos del IVA.
 - Programa Médico Obligatorio de Emergencia: El catálogo de prestaciones del PMO aprobado por la Resolución Ministerial 939/00 establecía una amplia gama de servicios, incluidos los relacionados con patologías de baja incidencia y alto costo de tratamiento. Por otro lado, los mayores costos de los proveedores de servicios de salud y la utilización creciente de tecnologías caras tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de las enfermedades pusieron en riesgo la viabilidad financiera de las obras sociales en un período de crisis económica. Ante la potencial descapitalización del sector por la merma de recaudaciones y evasión de aportes, el Ministerio juzgó oportuno, en el marco de la Emergencia Sanitaria, dictar medidas que regulen el funcionamiento del Sistema Nacional del Seguro de Salud y del INSSJyP (PAMI) y asegurasen a la población las prestaciones básicas imprescindibles para la preservación de la vida y la atención de la salud priorizando las medidas preventivas y la atención primaria. Para ello, mediante la Resolución Ministerial 201/02, se aprobó el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) y se resolvió que “Los agentes del seguro adaptasen todos sus programas de prestación y control, así como sus contratos, a los efectos de garantizar a sus beneficiarios el PMOE”. También se dispuso que la Superintendencia de Servicios de Salud formase una Comisión revisora del Programa Obligatorio definitivo que sería aplicado después del período de emergencia. La aplicación del PMOE no ha estado exenta de dificultades, debido sobre todo a que varias obras sociales y las “prepagas” privadas fueron seriamente afectadas por la crisis económica: algunas se declararon insolventes y otras redujeron drásticamente sus prestaciones.
 - Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable: Ante el desalentador panorama de la salud materno infantil, por el elevado número de embarazos y abortos en mujeres menores de 20 años, de familias de escasos recursos, el Ministerio de Salud impulsó un programa de salud reproductiva que fue luego aprobado por el Congreso de la Nación al sancionar la ley 25 673 el 30 de octubre de 2.002. Según las estimaciones estadísticas del Ministerio, la cantidad de abortos provocados habría aumentado en más de medio millón por año y las tasas de internación hospitalaria por complicaciones del aborto se habrían incrementado en 46% entre 1.995 y 2.000, con picos superiores a 100% en algunas provincias. El alcance de esta ley benefició a la población en general, pues prevía acciones coordinadas con los ministerios de Educación y de Desarrollo Social y Medio Ambiente para la capacitación de educadores, trabajadores y de la comunidad en su conjunto. La ley disponía, además, la distribución gratuita de anticonceptivos y de información sobre esos procedimientos a quienes lo solicitasen.

En mayo del año 2.003 asume como Presidente de la República, el Dr. Néstor Kirchner quien decide la continuidad del Dr. Ginés González García al frente del Ministerio de Salud.

El Ministro presenta el Plan Federal de Salud 2.004 - 2.007 en el que se plantean los siguientes ejes fundamentales:

- Afianzamiento del Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios provinciales en su rol de rectoría.
- Garantía por parte de las regiones del aseguramiento de la cobertura básica universal.
- Desarrollo por parte de provincias y municipios de programas de promoción y prevención, poniendo el acento en la atención primaria y respetando los mecanismos crecientes de derivación dentro de la red de atención.
- Protección del financiamiento de los programas establecidos.
- Organización de la sociedad civil para fomentar su participación en el diseño e implementación del modelo.

Se ratifica, asimismo, el alcance de la Política Nacional de Medicamentos, incorporada en 2.002, a través de la cual se establece un nuevo marco de regulación con reglas fijas y claras que benefician al sistema sanitario en su conjunto.

Además, para el año 2.004 y hasta el 2.007 el Gobierno Nacional garantiza, a través del Programa Remediar, la provisión de medicamentos esenciales para tratamientos ambulatorios a 5.300 Centros de Atención Primaria de la Salud en todas las localidades del país que permitirían dar respuesta al 80% de los motivos de consulta en los mismos.

Desde finales de 2.003 la economía Argentina comienza a presentar indicios de recuperación. En los años 2.004 y 2.005 se registraron tasas de crecimiento superiores al 8% anual, se estima que el año 2.006 va a cerrar cerca del 9%, y para los próximos dos años (2.007 y 2.008) se prevén niveles de crecimiento similares.

A pesar del buen desempeño de la economía y del superávit fiscal, el Poder Ejecutivo elevó a inicio de noviembre del 2.006 al Senado el proyecto de ley que prorroga una vez más la emergencia económica hasta el 31 de diciembre del 2.007, lo cual implica el sostenimiento hasta la fecha indicada de la emergencia alimentaria y la sanitaria.

El crecimiento mencionado ha permitido que se registraran algunas mejoras en los indicadores socioeconómicos, pero en el tema de la desocupación, el trabajo no formal y la pobreza lejanos están de haber sido superados, es mucho lo que queda por hacer.

REFLEXIONES FINALES:

A modo de conclusión podemos decir que, queda claro que desde muy temprano el sistema de salud argentino se caracterizó por la fragmentación^(*) y segmentación^(**) lo que provocó serios problemas de equidad y de accesibilidad. Características éstas que se profundizan a partir de la década de los 90 cuando la aplicación del modelo neoliberal transforma la realidad

^(*)La fragmentación se produce cuando los diversos subsistemas no operan en forma coordinada y sinérgica sino más bien tienden a ignorarse o a competir entre sí, y se puede manifestar en el ejercicio de todas o alguna de las funciones del sistema.

^(**)La segmentación consiste en la división de los sistemas de protección de salud en sub-componentes "especializados" en diversos grupos de población y habitualmente se manifiesta, tanto para la provisión como para el aseguramiento, en un subsistema público orientado a los pobres; en el sub-sistema de Seguridad Social, especializado en los trabajadores formales y sus dependientes; y en un sub-sistema privado con fines de lucro, concentrado en los segmentos más ricos de la población; también existe, con mayor o menor presencia en los países, un sub-sistema privado sin fines de lucro orientado a atender las necesidades de aquellos que no consiguen acceder al subsistema público y que habitualmente son extremadamente pobres o sufren algún tipo de discriminación.

socioeconómica del país, y paralelamente a nivel sectorial se decide que el mercado regule el sistema de la seguridad social, lo que fragmentó aún más la solidaridad dentro del subsector.

Ya antes de la crisis 2.001 - 2.002 la situación de los tres subsectores (público, seguridad social y privado) era complicada, la crisis agravó significativamente los problemas existentes.

El impacto de la crisis sobre el sector salud puede explicarse, según lo expresa la oficina local del Banco Mundial, por cuatro factores principales:

- Deterioro progresivo en el financiamiento de los diferentes subsistemas.
- Aumento en los costos en medicamentos e insumos biomédicos importados como consecuencia de la devaluación.
- Incremento de la demanda de servicios en la red pública hospitalaria.
- Mayor riesgo epidemiológico, consecuencia del deterioro en las condiciones socioeconómicas de gran parte de la población.

Si bien ya ha pasado la etapa aguda de la crisis, los factores mencionados siguen incidiendo en cada uno de los subsectores.

En países como el nuestro con sistemas de salud altamente segmentados, se verifican las siguientes características:

- 1- el financiamiento público para salud es en general reducido (el promedio del período 1.995 - 2.001 da a este sector una participación porcentual del 22 % sobre el total del gasto);
- 2- el gasto privado en salud es elevado (para el mismo período el gasto medio asciende al 43%, casi el doble del gasto público);
- 3- el gasto de bolsillo no sólo es elevado sino que afecta proporcionalmente más a la población de menores recursos. Efectivamente, el quintil más pobre de la zona Metropolitana destina el 15 % de sus ingresos al mismo, duplicando al quintil más rico de su región⁽³⁶⁾. Además se estima que el 32 % del total del gasto privado se destina a desembolsos directos o gasto de bolsillo.

Todo lo cual genera un grave problema de equidad en el acceso de la salud ya que el mismo se encuentra condicionado a la ubicación social o geográfica de la población.

Como hemos visto, a lo largo de nuestra historia hubo varios intentos de solución a esta situación. Es evidente que ninguno de ellos dio resultado, en algunos casos porque los proyectos de reforma ni siquiera lograron implementarse, en otros porque la negociación con los gremios desvirtuó la filosofía original, o porque al tratarse de propuestas que abordaban la problemática de un solo subsector no fueron capaces de revertir la situación.

Hoy, superada la crisis, y después de tres años de crecimiento ininterrumpido de la economía acompañado por importantes superávits fiscales, con la perspectiva de mantener esta tendencia positiva al menos hasta el 2.008, no sólo estamos en condiciones de pensar en una reforma estructural del sector tendiente a revertir la desarticulación de la política de salud, sino que la misma es imprescindible y se debe descartar la aplicación de más de lo mismo y de aplicar cualquier tipo de parche al escenario actual.

Tanto las experiencias nacionales, como las internacionales indican que será necesario la coordinación de un sistema de salud que integre las iniciativas de los diferentes subsectores en el logro de un sistema equitativo de cobertura universal, es decir que todos los sectores sociales por su simple condición de ciudadanía deben tener la obligación de aportar para y el derecho a recibir el servicio de salud que necesitan.

Será necesario trabajar simultáneamente en los ámbitos de la rectoría, financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios de salud, de modo que las acciones desarrolladas en cada uno de esos ámbitos sean congruentes y se fortalezcan entre sí.

⁽³⁶⁾ Maceira, D. "Mecanismos de protección social en salud e impacto de shocks financieros. El caso de Argentina" SERIE SEMINARIOS SALUD Y POLÍTICA PÚBLICA. CEDES. SEMINARIO VI 2004. Disponible en: http://www.cedes.org/descarga/serie_sem/SSPP200206.zip

En este sentido resultará prioritario que el Estado asuma el rol de regulación y control del sistema y diseñe una estrategia sanitaria nacional consensuada en el Consejo Federal de Salud y con todos los actores del sector que tienda a compensar las fuertes iniquidades regionales.

Especial atención deberá ponerse a nuestro particular sistema de seguridad social tan vinculado al sindicalismo y con una fuerte resistencia a los controles y disciplinamiento en aras de los objetivos de una política de salud integradora. De hecho todos los intentos de reforma orientados a la integración y coordinación fueron fuertemente resistidos por los sindicalistas, aunque debemos reconocer que no estuvieron solos ya que fueron acompañados por el gremio médico y los empresarios de la salud.

Tal como lo afirma el Dr. Aldo Neri ⁽³⁷⁾, “como en toda reforma, buena o mala, habrá que pagar el costo adicional de enfrentamiento con los naturales intereses corporativos que se consolidaron en el pasado que pueden variar en su composición, pero no en su lógica interna”.

Deberá abandonarse progresivamente el financiamiento con carga sobre la nómina salarial y avanzar hacia un sistema financiado con recursos presupuestarios, a fin de lograr un esquema financiero más estable y equitativo; es esencial encarar una reforma impositiva que lo sustente.

La experiencia indica que el camino no será fácil, pero el sólo hecho de pensar que una reforma de este tipo posibilitará la inclusión de muchísimos conciudadanos que hoy están excluidos de la protección social a la salud (se estima que el 36,3% de la población no cuenta con seguro alguno), convierten en ineludible este desafío, en un país en el que la política de derechos humanos es una política de estado y teniendo en cuenta lo que establece la Constitución.

En la formulación de la reforma deberá participar la sociedad civil, que es quien recibe los servicios y sortea como puede los problemas de financiamiento para dar respuesta a sus necesidades de prevención, reparación y rehabilitación de su salud, así como de accesibilidad a los servicios. Por ende, prestadores, financiadores y sociedad civil deberán acordar las bases para un sistema de salud que brinde protección y seguridad a toda la población.

⁽³⁷⁾ Neri, A. “Claves de Política Social. Bs. As. Ed. Miño y Dávila 2004. pág. 158.