

EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO¹

Caracterización y conformación del sistema de salud

a.- Orígenes del sistema de salud

En la mayoría de los países, este sistema nació para dar respuestas a las amenazas de las epidemias. Por ejemplo fiebre amarilla, cólera viruela, fiebre tifoidea y tifus.

El financiamiento del mismo es con recursos del estado, provenientes de impuestos implementado por normas legales.

De allí que, en sus inicios, en Argentina existía un Departamento Nacional de Higiene (creado en 1880) que principalmente se dedicaba al cuidado de los puertos que era el lugar de intercambio con otras naciones, fronteras y limpieza general de municipios. Anteriormente eran acciones aisladas, por ejemplo los primeros servicios de salud estaban destinados a atender la salud de los soldados en las campañas del desierto y la Guerra del Paraguay.

Con la creación de este Departamento se produjo un pasaje de atribuciones del poder local al nivel central. Este tenía una visión ambientalista mientras que la parte de química, bacteriología y sueroterapia una visión biológica.

La forma de gestión predominante se puede caracterizar como descentralizada y anárquica, respondía a demandas puntuales y de corto plazo.

Hasta la mitad de los años 40 el sistema estaba conformado por una multiplicidad de instituciones, casi todas de beneficencia y algunos hospitales de comunidad.

El rol del Estado era prácticamente subsidiario y consistía en la formación de recursos humanos dedicados a la actividad sanitaria y la prestación asistencial.

La concepción de salud dominante (paradigma) de esa época era, el de la responsabilidad individual y objeto de la caridad.

El crecimiento urbano y la corriente migratoria explican las nuevas orientaciones de las tareas del Estado en materia de salud pública. Luego se incorpora una Comisión de asilos y hospitales y se crea el servicio de sanidad escolar.

La transformación más importante se dio recién a partir de 1943, con la organización de los servicios de salud estatales.

b.- Orígenes y desarrollo del Sistema público

Hasta ese momento, el Departamento de Higiene dependía del Ministerio del Interior, pero a partir de 1943 se convierte en Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social.

Conjuntamente con la Secretaría de Trabajo y Previsión Social se generó una política tendiente a consolidar el apoyo de los sectores populares al Gobierno satisfaciendo mejores condiciones de vida.

La Secretaría de Trabajo promovió el funcionamiento de la solidaridad grupal de los organismos gremiales que luego dará lugar a las obras sociales.

El mayor crecimiento del sistema público se dio en la gestión del Dr. Ramón Carrillo, por ejemplo el nº de camas hospitalarias creció de 63.000 en 1946 a 108.000 en 1955. El hospital se convirtió en el eje de la atención y Carrillo pretendió una estrecha vinculación entre las instituciones de la seguridad social y el hospital público, dejando el sector privado para los sectores más pudientes.

Con Carrillo se expresaba una fuerte voluntad de regulación de la atención de la salud por parte del Estado, como así también el propósito de mantener la accesibilidad a sectores menos pudientes,

¹ Susan López. 2006. *Material para la materia Medicina Social. Facultad de Trabajo Social -UNLP*

esta es una de las principales razones de la creación de centros de salud y establecimientos para crónicos, la regionalización sanitaria, la coordinación entre los diferentes servicios y la formación del recurso humanos en salud pública.

Esta gran capacidad asistencial fue un gran instrumento de legitimación del gobierno peronista, pero además la atención hospitalaria se había incorporado en el comportamiento colectivo del cual no es fácil retroceder.

Por esa razón, caído Perón hubo intentos de descentralización para disminuir el papel central y coordinador que se había tenido desde el Estado, a partir del Ministerio de Salud Pública y acción Social.

Desde ese momento, se puede observar un claro cambio de modelo de estatista y garantizador e incluyente hacia uno desconcentrador y excluyente

Con el gobierno de Illia, se intentó recomponer el protagonismo del Estado recuperando su rol orientador. Después del golpe que derrocó a Illia, se desdobló y se transfirió las cuestiones de asistencia social a otra secretaria, quedando la atención médica, la prevención y la fiscalización en el ámbito de la Secretaria de Salud..

Hasta entonces el financiamiento fue exclusivamente por rentas generales, proveniente de impuestos. La idea de establecer un mecanismo financiador de las prestaciones fue propuesto durante el gobierno de Onganía para constituir un seguro de salud. De allí surgirá la en coordinación con la secretaria de Estado de la Seguridad Social, la ley 18.610 de Obras Sociales.

Después de asumir Cámpora y hacia 1974, se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) (Ley 20.748). Este tenía clara diferencia con el de la Ley de O.S., porque entre otras cosas le asignaba al Estado la responsabilidad de hacer efectivo el derecho a la salud. Este debía actuar como financiador y ser garante económico en la dirección de un sistema único e igualitario. Este seguro permitía la incorporación de provincias, universidades y del sector privado por medio de convenios.

El Consejo Federal debía impartir las directivas según los lineamientos de la política nacional. El SNIS, no prosperó en general por falta de apoyo de las organizaciones sindicales y el sector privado, sólo lo adoptaron San Luis, Chaco y Formosa. Pero fue desapareciendo de las partidas presupuestarias hacia 1977.

Después del golpe de 1976 se agudizó la descentralización, se debilitó claramente el protagonismo del estado. Desde entonces el Estado fue transfiriendo sus establecimientos hospitalarios a las provincias y municipios.

A su vez la pérdida de la capacidad orientadora y fiscalizadora del Estado permitió el desarrollo de un mercado de servicios de salud, consolidándose el modelo prestador de servicios sumamente tecnologizado

Con la llegada de la democracia, el gobierno de Alfonsín intentó recomponer el rol del Estado y avanzó hacia la creación de un Seguro Nacional de Salud.

Hacia 1987 cuando se discutió la coparticipación federal se incorporó el incremento del porcentaje de distribución primaria en proporción equivalente al costo de los servicios transferidos en 1978.

La Ley del SNS se aprobó después de muchas idas y vueltas, desdoblándose en la Ley de Os. 23.660 y la del SNS 23.661. La mayor resistencia fue dada por los gremios que no querían perder el manejo de los fondos de sus obras sociales. Aunque ambas leyes están en vigencia, el sistema no pareció haber logrado cambiar su perfil.

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

Para poder comprender este giro, se debe entender que esta transformación responde a toda una reforma en el Estado. Las reformas en este sector corresponden a las reformas de "segunda generación" impulsadas por los organismos multilaterales como el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de desarrollo (BID).

Estas reformas fueron impulsadas para dar sustentabilidad a las reformas macroeconómicas, es decir, a las políticas de ajuste estructural.

Las medidas fueron de recorte administrativo financiero, por ejemplo la nueva modalidad de gestión financiera de los hospitales, profundización de la descentralización, privatización de servicios de salud y la puesta en marcha de programas focalizados, por ejemplo el primero fue el Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN).

La descentralización ya estaba bastante consolidada hacia 1991, pero la medida más relevante por la creación del Hospital Público de Autogestión (Decreto 578/93), que proponía transformarlos en unidades autogestionadas eficientes, capaces de obtener recursos a través del arancelamiento de los servicios a personas con capacidad de pago y prestadores de salud. La atención médica gratuita quedaba así, restringida a los sectores de más bajos ingresos que demostraran no tener cobertura de Obra Social y/o de seguro privado.

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

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

c.- Orígenes de la seguridad social- Obras Sociales

Las asociaciones de ayuda mutua, las asociaciones obreras, principalmente mutuales son los antecedentes de nuestras obras sociales.

La primer asociación mutual fue la Sociedad Topográfica Bonaerense en 1857. Hacia fines del s.XIX se comenzaron a registrar las primeras huelgas, y empezaron a adquirir característica de organizaciones de negociación y lucha gremial. Aun frente a estas modificaciones estas organizaciones no perdieron su carácter mutualista.

Es a partir del gobierno peronista, hacia mediados de los años 40, donde estas mutuales comienzan a tener dinámica de obras sociales. Por ejemplo, el gremio de los ferroviarios, con el apoyo del Ministerio de Trabajo construyeron establecimientos hospitalarios en varias localidades del país.

La expansión de las obras sociales respondió a dos fenómenos:

- 1) A la voluntad estatal de fortalecer las estructuras sindicales y transformarlas en los pilares de su proyecto político;
- 2) A las demandas de los dirigentes sindicales, para quienes las O.S. constituían una fuente de poder económico y legitimación frente a sus bases.

La expansión de las O.S. se debió a la promoción estatal y demanda sindical

d.- Desarrollo de las Obras Sociales, el PAMI y las Obras Sociales Provinciales

El sistema de Obras Sociales se consolidó como tal , recién en 1970, bajo el gobierno autoritario del general Onganía, a través de la Ley 18.610. Aunque estas existían desde mucho antes, la modalidad que tenían era muy diferente a la que conocemos. Durante las décadas del 50 y del 60 formaban un conjunto heterogéneo, con regímenes extremadamente variados de prestaciones, brindadas solo en parte a través de servicios propios, es a partir de esa ley se unificaron algunos criterios de prestaciones y obligaciones.

Históricamente, el rasgo central de este subsector fue el carácter obligatorio de la adhesión y la organización por rama de actividad. Está conformado por instituciones que cubren las contingencias de salud y proveen infraestructura de turismo y asistencia social a los trabajadores en relación de

dependencia (sobre todo a partir de Obras Sociales sindicales) y a los jubilados del régimen nacional de previsión social a través del Programa de Asistencia Médico Integral (PAMI).

Este subsector se constituyó como un seguro social para la protección de los trabajadores asalariados (y sus familiares directos) cuyo aporte fue y es obligatorio y se realiza a través de las contribuciones tanto del empleador como del empleado.

Además la ley 18.610 creó el INOS (Instituto Nacional de Obras Sociales) que se encargaba de coordinar e integrar las actividades de las obras sociales. Entre sus acciones estableció un Fondo de Redistribución.

Uno se puede preguntar ¿Por qué Onganía entregó ese poder a los sindicatos? Muy probablemente al debilitamiento del mismo gobierno y a la reforma del sistema previsional, que sacaba la representación sindical de los mismos.

En el tercer gobierno Peronista los aportes y contribuciones ya se habían más que duplicado.

En la dictadura de 1976-1983, las obras sociales no se debilitaron aunque fue intención de los dictadores a partir de la Ley 22.269 de 1980, pero la misma nunca fue reglamentada.

Para 1985 había 291 obras sociales entre Sindicales, Estatales, Institutos de administración mixta (la más importante, es el PAMI), Personal de dirección, las de Convenio, Municipales y las Asociaciones de O.S. Por fuera de la ley, estaban las de FF.AA, del Congreso y Poder Judicial. (Ver cuadro 1). Las mismas daban cobertura a 7.263.499 titulares que con sus grupos familiares alcanzaba una cobertura de 17.305.918 personas.

Cuadro 1
Población beneficiaria por categoría institucional. 1985

Naturaleza Institucional	Beneficiarios titulares	%	Cantidad de O. S.	%
Sindicales	2.194.661	12,68	199	68,39
Estatales	287.060	1,66	16	5,5
Por Convenio	77.974	0,45	31	10,65
Personal directivo	264.346	1,53	24	8,25
Administración mixta	4.389.300	25,36	12	4,12
Por adhesión	25.858	0,15	3	1,03
Ley 21.476	16.998	0,10	5	1,72
De empresas	7.302	0,04	1	0,34
Total	7.263.499	41,97	291	100,00

Fuente. Elaboración con datos de Isuani, Mercer. 1986

Pese a la existencia de un gran número de instituciones, la mayoría de los beneficiarios y recursos se concentraban en un número relativamente reducido de O.S., esto explica la inviabilidad financiera de muchas de ellas. En efecto, aunque el sistema de seguro social de salud en Argentina está altamente descentralizado y existen muchas OS, esto no explica que existan simultáneamente, altos niveles de concentración de la oferta.

Sobre un total de 291 entidades, excluyendo el PAMI, las primeras 20 Obras Sociales del ranking nuclea el 65,7% de los beneficiarios totales, y entre ellas las 10 primeras entidades absorben el 51, 52% de la población total.

Las Obras Sociales de régimen nacional, más de 300 instituciones a comienzos de la década del '90, son los agentes centrales del seguro de salud, dan cobertura al 50,2% de la población con seguro obligatorio (Belmartino, 1999: 290) y se encuentran bajo la dirección y coordinación de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) desde 1996 (Decreto 446/00).

Las Obras Sociales provinciales son 23 instituciones que otorgan cobertura a un 29,41% de esta población, fundamentalmente empleados del sector público provincial y sus dependientes.

La fuente de financiamiento está constituida por: contribuciones de empleados y empleadores vinculadas a los ingresos que en las Obras Sociales de régimen nacional se establecieron en un 8% de la nómina salarial (luego modificadas) y, en el caso de las provinciales, varían entre el 7 y el 12,5% .

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

esta circunstancia le imprimió una característica peculiar, puesto que al no impulsar la provisión directa (centrada en servicios de su pertenencia) o la participación del sector público en el sistema, a partir de la sanción de esta leyes se afianzó la tendencia (ya existente) de que las OS concretaran contrataciones con el sector privado. De allí es que se puede decir que este otro subsector creció a expensas del de la Seguridad Social.

De todas maneras, la importancia de este subsector se manifiesta, entre otras cosas, en el hecho que, en 1997 la mitad de la población contaba con cobertura exclusiva de Obra Social (esto es, sin incluir a quienes contaban con doble cobertura de Obra Social y Prepaga)

Ahora bien, a pesar de la magnitud de la población cubierta por este subsistema, su peso sobre el total de establecimientos asistenciales del país y su capacidad instalada es baja (ver cuadro 2).

Cuadro 2
Establecimientos asistenciales con y sin internación según sector, total país: años 1969, 1980 y 1995

Años	1969		1980		1995	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Sector público	3720	58	4648	51	6971	44
Obras Sociales	264	4	364	4	222	1
Sector privado	2344	36	4039	45	8873	55
Comunitarios	141	2	-	-	-	-
Total(*)	6469	100	9051	100	16085	100

Fuente: Repetto, *et al.* 2001, 17. (*) Incluye establecimientos de tipo mixto.

Entre 1969 y 1980, los establecimientos asistenciales de las Obras Sociales representaban sólo el 4% de los establecimientos del sistema de salud.

Entre 1980 y 1995, se observa un descenso de esta participación que alcanza sólo al 1% (Ver cuadro 1). El gasto público consolidado en Obras Sociales oscila entre el 2% y el 3% del PBI entre 1980 y 1997

Por otra parte, además de nuclear a una gran parte de la población, la importancia de este subsector radica también en su capacidad de ser en un eje constitutivo del sistema de salud argentino desde 1970. De hecho, el sistema en general ha girado fundamentalmente alrededor del subsistema de Obras Sociales, que ha sido dependiente de los cambios políticos y del mercado laboral ocurridos en los últimos cuarenta años. El desarrollo del seguro social bajo jurisdicción sindical desde los años cuarenta, implicó una redistribución de poder hacia los sindicatos que ganaron un enorme poder con el control y la administración de los fondos y desde entonces defendieron fuertemente esta adquisición. Una importante consecuencia de la formación del sistema de Obras Sociales ligado a la rama de actividad fue la creación de un seguro de salud basado en la categoría de *trabajadores formales* y sujeto a la existencia de un mercado de trabajo que presentase condiciones de pleno empleo y una alta tasa de salarización. Esta fuerte vinculación entre Obras Sociales y sindicatos ha generado una continua politización de los conflictos que implica, la mayor parte de las veces, que se privilegien objetivos de esta lucha política por sobre las necesidades del área de la salud.

PAMI

En el contexto de regulación de las obras sociales sindicales se creó el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados en el año 1971 mediante el Decreto Ley 19.032, con el propósito de concentrar a la totalidad de la población pasiva bajo una única cobertura social, universal y obligatoria. Así, se instrumentó el Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI) que en la actualidad brinda sus servicios a cerca de cuatro millones de personas.

El PAMI (Programa de Asistencia Médica Integral) cubre al 91% de la población mayor a 65 años. En cuanto a la población cubierta por el PAMI debe destacarse que ésta no ha sido siempre la misma, sino que se han ido incorporando nuevos sectores. Al conjunto de jubilados y pensionados, se sumó mediando el Decreto 28/74 los beneficiarios de pensiones por vejez, invalidez y leyes especiales. En 1988 se sancionó la Ley 23.569 que estableció la incorporación a la nómina de beneficiarios del INSSJP de toda persona mayor de 70 años que no fuera titular o adherente a otra obra social. En 2005 se incorporó a los veteranos de guerra por Resolución 191/2005. Así, en la actualidad la población beneficiaria del PAMI está compuesta mayoritariamente por jubilados, pensionados y sus familiares, además de discapacitados y veteranos de guerra.

El financiamiento es a través de impuestos sobre los salarios y sobre los ingresos de los jubilados además de subsidios de emergencia realizados por el gobierno.

Los servicios son provistos por medio de proveedores capitados. 37 grupos tienen contratos con el PAMI para proveer atención primaria y especializada y cuidado hospitalario. Existen contratos separados para otro tipo de servicios, como la provisión de medicamentos, asistencia odontológica y salud mental.

e.- Origen y desarrollo del sistema privado-

Los antecedentes históricos se remontan a barberos, cirujanos, boticarios que atendían la demanda personal. Hacia fines del s. XVIII comienza el ejercicio de la práctica médica, pero la elevada proporción de médicos por habitantes se presenta recién a mediados de 1960.

Las primeras instituciones privadas fueron muy modestas y la mayoría pertenecían a las colectividades. El primero fue el Hospital Francés 1832 luego el Británico 1844. Gran parte de ellos se establecieron antes de 1920 en Capital Federal. Además estaban los establecimientos privados de propiedad de particulares y las sociedades de socorros mutuos.

Y luego aparecieron los sistemas prepagos, hacia fines de los años 70 y que actúan sin capacidad instalada propia, subcontratando servicios a sanatorios y clínicas.

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

Las empresas de Medicina Prepaga con fines de lucro se agrupan en dos cámaras empresariales: la Cámara de Instituciones Médico-Asistencial de la República Argentina (CIMARA) y la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (ADEMP) (que representa a las empresas sin servicios propios). Las cámaras agrupan a alrededor de 70 firmas de un total estimado de 150 con ubicación en Capital Federal y Conurbano y 46 empresas radicadas en el interior.

Es importante resaltar que, la afiliación se concentra fundamentalmente en la Capital Federal y, en menor medida, en el Gran Buenos Aires, existiendo algunas importantes entidades en las provincias de Santa Fe, Córdoba, Mendoza, Entre Ríos y Tucumán.

El financiamiento de este subsector es a partir del aporte voluntario de sus usuarios y anticipado que, por lo general, tienen medianos y altos ingresos y que muchas veces también cuentan con cobertura de seguridad social ("doble afiliación").

Según los datos de la EDS, la cobertura de las Prepagas o mutuales alcanza un 7,9 de la población. Por su parte, la "doble afiliación" (Prepaga más Obra Social) alcanza a un 4,2% de la población.

Durante los últimos años, el subsector privado ha evidenciado un rápido crecimiento, consolidándose como prestador del sistema de las Obras Sociales.

Entre 1969 y 1995, la participación de este subsector privado en el total de establecimientos asistenciales del país prácticamente se cuadruplicó. Mientras que a fines de la década de los años sesenta, sus establecimientos representaban un tercio del total nacional, a mediados de los noventa superaban el 50%. A su vez, la capacidad instalada del subsector se duplicó entre 1969 y 1995 como así también el de camas. (ver cuadros 3 y 4).

Cuadro 3
Camas en establecimientos asistenciales por sector, total país: años 1969, 1980 y 1995

Años	1969		1980		1995	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Sector público	97.688	74	91.034	62	84.094	54
Obras Sociales	4.977	4	8.045	6	4.403	3
Sector privado	30.095	22	46.611	32	67.243	43
Total(*)	133.847	100	145.690	100	155.822	100

Fuente: Repetto, *et al*: 2001, 18. (*) Incluye establecimientos de tipo mixto.

Cuadro 4
Distribución geográfica de establecimientos y camas de establecimientos
asistenciales privados. Por jurisdicción. Año 2000.

Jurisdicción	% del total de establecimientos de la provincia	% de la oferta total de camas de la provincia	Camas del sector privado Camas x 1000 hab.
Capital Federal	90.6	44.5	3.8
Buenos Aires	55.5	45.2	1.6
Catamarca	29.5	37.4	1.5
Córdoba	53.0	48.4	2.8
Corrientes	55.8	36.1	1.3
Chaco	62.1	56.1	2.4
Chubut	50.0	47.5	2.3
Entre Ríos	39.6	31.2	1.8
Formosa	24.0	41.0	1.4
Jujuy	36.6	40.3	2.1
La Pampa	51.9	29.8	1.2
La Rioja	27.2	42.2	1.8
Mendoza	45.0	33.7	1.0
Misiones	51.0	51.0	1.6
Neuquen	40.8	29.7	0.9
Río Negro	47.7	38.8	1.4
Salta	44.5	32.6	1.2
San Juan	40.2	17.3	0.5
San Luis	26.8	34.2	1.2
Santa Cruz	44.6	45.5	2.7
Santa Fe	72.4	48.3	2.0
Santiago del Estero	34.9	29.9	1.6
Tierra del Fuego	53.7	17.1	0.4
Tucumán	59.6	41	1.2

Fuente: Censo Nacional de Hospitales. Ministerio de Salud. Año 2000

Finalmente, cabe señalar que a pesar de que el gasto anual de este sector es menor en comparación con el subsector público y las Obras Sociales, su gasto per cápita es el más elevado.

Para comprender el funcionamiento de este subsector hay que tener en cuenta que, la intervención regulatoria por parte del Estado ha sido mínima. La resolución 2181 del año 1980 de la Secretaría de Comercio establece las condiciones que deben registrarse en los contratos, pero éstas se refieren a características de los convenios (individual o colectivo); porcentajes de descuentos sobre medicamentos y requisitos para obtenerlos; normas aplicadas a la provisión de servicios y; formas de pago de las primas y reintegros.

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

El sistema de salud a partir de la década de los '90

La Argentina llegó a la década de los años noventa con un esquema universalista de provisión, principalmente pública de salud, compatible con los requerimientos de un modelo de crecimiento económico basado en el mercado interno y pleno empleo.

El sistema de la seguridad social mantuvo su apogeo hasta después de mediados de los años 80, y al iniciar la década de los 90 comenzó a manifestar sus primeras crisis. En tanto, el sistema privado alcanzaba un moderado desarrollo.

A partir de los años noventa, se prosiguió asignando la mayor parte del gasto a los servicios cuya provisión había sido universalista antes de la reforma y que ahora apuntaba sólo a quienes reunieran las condiciones de pobreza y falta de cobertura.

El Estado, bajo los lineamientos del neoliberalismo de ajuste, restringió los recursos dedicado a las políticas sociales, pero el creciente desempleo y precarización laboral profundizaron la demanda al sistema público que también se hallaba colapsado. La declinación de la salud pública es evidente y tanto el gasto público en salud por habitante como la participación en el PBI del gasto público en salud (excluyendo Obras Sociales) permanece en niveles bajos (no supera el 2%)

El subsector público parece haber sobrevivido sin grandes cambios pese a la presión de los organismos multilaterales. Los intentos de reforma del subsector público de la salud no fueron drásticos ni implicaron una prioridad —en la práctica— para el gobierno nacional. Sin embargo, en el año 1996 el ejecutivo se comprometía ante el Banco Mundial a llevar a cabo ciertas "políticas básicas" expuestas en el Decreto 1269/92 tendientes a: 1) mejorar la accesibilidad, la eficiencia y la calidad de la atención médica; 2) reducir los riesgos evitables de morbilidad y mortalidad y 3) reformular y reorientar el papel del Estado en el sector salud.

Por su puesto que, aunque no estaba dicho explícitamente, la idea era reducir costos y trasladar los mismos a la demanda regulada por el libre mercado.

Otra innovación: que trajo aparejada esta reforma fue la intención del MS de trasladar paulatinamente el "*subsidio a la oferta*" por el "*subsidio a la demanda*". Esto implicó que todo paciente que concurren al hospital público contaría con algún tipo de financiación, ya sea de seguridad social, de las empresas Prepagas o del Estado.

De este modo, todos los Hospitales previamente adheridos al sistema de "HPA" estaban sometidos al siguiente mecanismo de cobro: la recaudación del dinero de las Obras Sociales (OS) realizada por la AFIP es transferida a la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) quién, a su vez, los redistribuye a los llamados "Programas Especiales" y a las OS.

Después del cambio de gobierno en Octubre de 1999, el régimen de Hospitales de Autogestión fue reemplazado el 24 de Octubre de 2000, a través del Decreto 939/00, por el de Hospitales de Gestión Descentralizada. Sin embargo, no existieron modificaciones sustantivas respecto del mecanismo de cobro.

En síntesis, la reforma del subsector público en función de la descentralización -transferencia de hospitales nacionales a jurisdicciones provinciales y promoción de la figura de los HPA- no fueron características de la década de los años noventa, sino que reconocen antecedentes que se remontan a la década de los años sesenta.

Las reformas en O.S, en el Estado y sistema de salud

Desde sus inicios, las Obras Sociales han sido una fuente de poder económico para el liderazgo sindical y contribuyeron al mismo tiempo a sostener su poder político.

Durante la década de los años noventa, el gobierno abrió el juego al sector privado y conjuntamente con las organizaciones de empleadores y el Banco Mundial (ideador de las reforma) propuso con insistencia la necesidad de mejorar la eficiencia de los servicios de salud para los asalariados, de esta manera los seguros privados y las obras sociales ofrecían servicios en forma conjunta, de modo que los trabajadores pudieran elegir libremente entre unas y otras.

Este proyecto de desregulación de las Obras Sociales erosionó el monopolio de los sindicatos en la provisión y financiamiento de la cobertura de salud de los asalariados. Evidentemente, la total concreción de esta reforma, hubiera atentado directamente contra uno de los recursos de poder más importantes del sindicalismo puesto que hubiera desviado los aportes hacia las firmas privadas. En consecuencia, la reacción del sindicalismo fue de una resistencia activa contra estas medidas. Justamente, por la importancia que tenía para ellos el control de las Obras Sociales, el Ejecutivo la usó de pieza de cambio amenazando la desregulación total sino se apoyaba la reforma laboral.

Aunque la desregulación total no llegó a legislarse, hubo un importante avance en este sentido a través del Decreto 9/93 que habilitó a los trabajadores a optar por una Obra Social que no perteneciera a la actividad económica de empleo. Esto permitió el desplazamiento de las afiliaciones hacia aquellas Obras Sociales donde, aprovechando algunas ambigüedades de la legislación, los sindicatos habían acordado con empresas de medicina Prepaga la transferencia de contribuciones patronales y personales. Por otra parte, se legisló la libre elección entre Obra Social y seguro privado para el personal

jerárquico. En la práctica, la conjunción de estos factores permitió la ampliación de la participación del sector privado en el sistema de cobertura de salud de los asalariados.

La reforma utilizó como estrategia, intervenir para debilitar la relación entre corporaciones como trama institucional a cargo de la regulación del sistema de servicios y reemplazarla por relaciones de competencia en un mercado abierto. Sin embargo, esta posibilidad encontraría múltiples obstáculos en términos de viabilidad política para su implementación. La anulación por decreto de las reglas de juego (y parte de las relaciones de poder) existentes no supuso la generalización de condiciones de competencia. El instrumento legislativo no tuvo la capacidad de transformar el conjunto de reglas informales que habían ordenado durante dos décadas las relaciones internas del sector.

Veamos, brevemente, la forma que asumió este proceso: La reforma en discusión comenzó a tomar forma en 1993, en ocasión de lo que se denominó el "Plan Social" y que consistió en un conjunto de políticas y programas ya en marcha reunidos bajo esa denominación. De todo modos, la medida que sí constituía una novedad fue la contenida en el decreto 9/93, conocida como "Libre elección de las Obras Sociales". La misma se sustentaba explícitamente en dos de los más poderosos argumentos en los que tradicionalmente se fundaron las críticas al sistema y las diferentes propuestas de reforma: esto es, la condición cautiva de los beneficiarios como uno de los problemas básicos causantes de ineficiencia y el carácter formal que revestían las declaraciones de solidaridad como fundamento del sistema, elemento que se hacía evidente en las prestaciones entre entidades. Pero más allá de estas cuestiones, la medida atentaba directamente contra la modalidad clásica de inserción del sindicalismo, actor cuyo poder global se vería drásticamente disminuido. Por último, en relación al primero de los puntos críticos (la afiliación obligatoria), se ha sostenido que este elemento le ha quitado al sistema una característica fundamental: la competencia.

En 1995 por la Ley 24.455 las Obras Sociales como agentes del Seguro comienzan a estar obligadas a brindar una serie de prestaciones obligatorias, las del PMO. Al año siguiente y por Ley 24.754 la misma obligación comienza a regir para las empresas de Medicina Prepaga.

Esta situación se mantuvo, entonces, con cierta estabilidad hasta que en 1998 el Gobierno retrocedió de nuevo a través de la promulgación de un nuevo marco regulatorio que le dio al sindicalismo una nueva cuota de poder, otorgándole derechos de aprobar o rechazar los pedidos de traspaso entre Obras Sociales, situación que les permitió evitar una gran pérdida de afiliados y contener el avance de la medicina Prepaga.

En el año 2000, después del cambio gubernamental de Octubre de 1999 por el que asumió el gobierno la Alianza (UCR y FREPASO) a través del decreto 446/2000, se buscó incrementar la solidaridad del sistema mediante el fortalecimiento del fondo Solidario de Redistribución, aumentando los aportes al mismo en relación con el nivel salarial. Además, querían que se asegurara un pago por "beneficiario" (no por afiliado como era hasta ese momento) y que se incrementarían las posibilidades de optar libremente entre más agentes de salud (permite a las Prepagas inscribirse como agentes de salud con la obligación de brindar las mismas prestaciones y en igualdad de condiciones que las Obras Sociales).

La Superintendencia de Servicios de Salud fue la encargada de reglamentar el decreto de desregulación para que entraría en vigencia en enero del 2001. Pero la última decisión del ejecutivo en marzo del 2001, fue la de suspenderlo. Con la suspensión de la desregulación, los afiliados ahora sólo pueden cambiar de Obra Social una vez por año. Así, un afiliado a una Obra Social sindical puede elegir otra entidad sindical. Y el personal de dirección sólo puede elegir otra Obra Social jerárquica. De esta forma, quedó suspendida la opción de pasar de una obra sindical a una de dirección y viceversa. Y también que una Prepaga actúe como Obra Social.

En síntesis, los elementos claves del proceso de reforma a tener en cuenta son: i) que la historia de la misma tiene tantos capítulos como decretos del Poder Ejecutivo Nacional que la instrumentaron; ii) que la desregulación como tal comienza en 1993 al permitirse la libre elección. Simultáneamente, otra pieza clave de la reforma se vincula con; iii) la reducción de la alícuota de las contribuciones del empleador del 6% al 5% (Decreto 492/95), lo que implicó una pérdida de recursos para el sector equivalente a un año entero de la recaudación de las Obras Sociales (excluyendo a los jubilados); iv) la redefinición del Fondo Solidario de Redistribución³⁹; v) la incorporación de un flujo financiero que compensa los subsidios indirectos del subsector público a las Obras Sociales a partir de la creación del régimen de HPA; vi) la regulación de la medicina Prepaga (que aún no entró en vigencia) y; vii) la apertura de la libre competencia entre Obras Sociales y empresas de medicina Prepaga por la captación de los trabajadores.

EL PMO fue modificado en el año 2000 por la Resolución 939 incrementando las prestaciones obligatorias. Pero con la crisis del 2001 y en el contexto de la Emergencia Económica y Social se crea por Resolución 201/2002 el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) que obliga a los agentes del seguro a brindar prestaciones esenciales. Esta resolución fue ampliada con un formulario terapéutico por Resolución 310/2004. A fines de 2005 y por Resolución 1991 se proroga la Emergencia Sanitaria Nacional con excepción del PMOE, con lo cual quedan incorporadas todas las prestaciones esenciales e incluso agrega algunos medicamentos al Formulario Terapéutico.

En cuanto al subsector privado, a partir del año 1997 y ante la entrada en vigencia de la Ley N° 24754, las empresas de medicina prepaga comenzaron a estar obligadas a cubrir, como mínimo y en todos los diferentes planes que ofrezcan -básicamente- todas las prestaciones previstas en la Resolución 247/96 del Ministerio de Salud y Acción Social, denominada Plan Médico Obligatorio (PMO). Modificada por Resolución 939-200, Resolución 201/2002, Programa Médico Obligatorio de Emergencia, (PMOE) y Resolución 1991-2005.

Allí se estableció una serie de prestaciones básicas referidas a atención primaria y secundaria; internación; tratamientos ambulatorios, odontológicos; plan materno infantil; prótesis y medicamentos, entre otras prestaciones; que son de cumplimiento obligatorio para las empresas.

En la misma se establece que:

- ✓ A través del PMO se estableció la obligación de cubrir los tratamientos psiquiátricos, del HIV y problemas de drogadicción, que en general quedaban excluidos de la cobertura
- ✓ No Pueden establecerse períodos de carencia, es decir tiempos mínimos de espera para poder gozar de determinadas prestaciones, ni cargos adicionales fuera de los expresamente indicados en el PMO
- ✓ La empresa no puede negar una cobertura, con independencia de lo que se disponga en el contrato, si es de cumplimiento obligatorio por el PMO

En la actualidad hay cerca de 200 empresas de medicina prepaga, con una población cercana a los 2.500.000 beneficiarios.

Hubo varios proyectos de regulación de Medicina Privada pero ninguno ha prosperado con lo cual las empresas de medicina prepaga solo están obligada a cumplir el PMO y acogerse a las restricciones que le imponga la Asociación de Defensa al Consumidor.

Reforma del PAMI

En el contexto de crisis surgido en el 2001, el Estado reconoce a través del Decreto 486/2002 de Emergencia Sanitaria que está en riesgo la prestación del PMO en el territorio nacional, a partir de lo cual faculta al Ministerio de Salud para definir las prestaciones esenciales que deberán brindar los Agentes del Seguro de Salud, a la vez que faculta al Interventor Normalizador del INSSJP para renegociar los contratos vigentes y fijar unilateralmente los pliegos de contrataciones, como así también para efectuar las nuevas contrataciones que resulten necesarias.

El PAMI cubre aproximadamente al 9.2 por ciento de la población total. En comparación con el PMO los afiliados del PAMI reciben, teóricamente, mejor atención que la exigida a las obras sociales. El PAMI brinda servicios médicos, cuidado hospitalario, prescripción de medicamentos, odontología y geriatría. No existen copagos o deducibles, excepto en caso de medicamentos y cuidados especiales. El INSSJP también provee una variedad de servicios sociales que incluye asistencia financiera y alimentación a los beneficiarios pobres.

A pesar de la amplitud de los servicios que el PAMI ofrece en términos formales a sus afiliados, los mismos se hacen atender con frecuencia en los Hospital Públicos. Desgraciadamente no existe un sistema que permita hacer responsables a los proveedores del costo de los servicios que sus beneficiarios reciben en el hospital público. Algunos de estos costos son afrontados por el PAMI con lo que paga dos veces por el mismo servicio. En el año 2000, el total pagado a los Hospitales Públicos de Autogestión fue de 49 millones de pesos, lo que representó un 6 por ciento del gasto en prestaciones médicas efectuadas en ese periodo.

El INSSJP ha sufrido reiteradas intervenciones por parte del Ejecutivo Nacional con el propósito de establecer su normalización y saneamiento. En este sentido el Decreto 535/94 estableció la

desvinculación definitiva del organismo del Presupuesto General de la Administración Nacional a partir del primero de enero de 1998, con lo cual sus fuentes de financiamiento quedaron constituidas por recursos propios provenientes de aportes y contribuciones que legalmente le corresponden.

Los reiterados problemas financieros del INSSJP surgen principalmente de una disminución de los impuestos a la nómina salarial pagados por los empleadores (modificación de 1995) y de un aumento de la evasión fiscal por parte de los empleadores privados y autónomos. Se puede estimar que el PAMI perdió más de doscientos millones de pesos (12 por ciento del ingreso potencial) en el año 1999 debido a la evasión.

El Gasto total para el año 1997 del INSSJP fue de 3114 millones de pesos, de los cuales 9.2 por ciento fueron a pago de salarios, 0.1 por ciento a la compra de Bienes de Uso, 0.3 por ciento para la compra de bienes de Consumo, 1.6 por ciento a la contratación de servicios no personales y el 67.9 por ciento a transferencias tanto a personas como a gobiernos.

Categoría	Total	Empleado o Beneficiario	Empleador
Sector Público	5%	3%	2%
Sector Privado	3.51% (promedio)	3%	0.51% (promedio)
Autónomos	5%		
Beneficiarios de la Seguridad Social	3% en los primeros \$ 200 y 6% en montos mayores a \$200.		

Por último, las idas y venidas que se observan en el proceso de reforma de la seguridad social pueden ser comprendidas, a partir de la observación de la existencia de una brecha de capacidad del subsector en cuanto a la posibilidad de mantener características tales como la solidaridad y la equidad. Con la desregulación, las empresas Prepagas lograrían captar a aquellos sectores de trabajadores que tuvieran los niveles más altos de ingreso, con lo cuál estos sectores más pudientes probablemente abandonarían el sistema provocando la quiebra de la lógica redistributiva, que aunque insuficiente sigue existiendo. Con respecto a la equidad,

las Obras Sociales aún conservan ventajas frente al sistema de Prepagas. Por una parte, como resultado de la imposibilidad que éstas últimas tienen de realizar prácticas de selección adversas, no prestando servicios por enfermedades de gravedad previas y por tiempos de carencia. Por otra, porque a aquellos que se encuentran dentro del sistema se les brinda una cobertura muy amplia que incluye enfermedades y lesiones no contempladas en la Prepagas. En este sentido, el modelo de reforma que prevalece tiende a acotar el acceso a la salud a la capacidad adquisitiva individual. Aunque la implementación de un Plan Médico Obligatorio garantizara un piso solidario, la desregulación de la provisión de salud con vistas a fortalecer un lógica de mercado corre el riesgo de debilitar lo que queda del sistema de salud argentino.

Rol de los organismos multilaterales, su relación con las políticas de ajuste, créditos blandos, programas focalizados

Como ya se vió tanto el BM como el BID han ingresado como actores centrales en la formulación de políticas de salud en Argentina. Estas vinieron de la mano de las reformas que para hacer sustentable el modelo impulsaron la implementación de programas focalizados por problemáticas para paliar el nefasto impacto de las políticas de ajuste.

El mecanismo vino de la mano de ofrecimientos de créditos blandos, con tasa de intereses a pagar al largo plazo.

Los programas están destinados a la población de menores recursos y solo de modo que cumplan con requisitos de carencias extremas son favorecidos por algunos de estos programas. La mayoría son maternos infantiles y de nutrición o por patologías seleccionadas por ejemplo SIDA, Diabetes, etc.

Lo grave de esto es que el monto solicitado por préstamos es solo para capacitación o infraestructura el resto lo pone el estado como fondo de contrapartida. Lo contradictorio es que los mismos vienen a engrosar la deuda externa convirtiendo en un círculo perverso de endeudamiento, costo social, programas sociales para minimizar el impacto y realizar más ajuste con nuevos programas y endeudamiento para hacer sustentable el modelo. Al tiempo que la deuda crece se obliga a los gobiernos a implementar políticas para poder cumplir con la banca acreedora.

Conclusiones

El sistema de salud argentino se encuentra fuertemente fragmentado y desarticulado y esta circunstancia se constituye en una de sus principales características. Asimismo, la historia del formato actual se remonta a la década de los años cuarenta y a la constitución de un sistema sustentado en un modelo de desarrollo económico basado en el mercado interno y en el pleno empleo.

En este contexto, el subsector público se conforma como tal bajo una fórmula universalista de atención que va encontrando, con el paso de los años, serias limitaciones en su impacto real.

Simultáneamente a este proceso, nos encontramos con la conformación del subsistema de seguro social que se torna un elemento central y constitutivo del sistema de salud argentino. Este subsector también se forma con el supuesto del pleno empleo y pretende dar cobertura de salud a los trabajadores por rama de producción. Asimismo, se asocia con la constitución de un actor clave en la arena política de Argentina de los últimos cincuenta años: el sindicalismo.

Entonces, tenemos un sistema de salud conformado por un sector público que pretende dar cobertura médica a toda la población y no logra llegar a los sectores más carenciados, un subsector de Obras Sociales que pretende dar cobertura a los trabajadores pero que no asegura a aquellos que engrosan el creciente grupo de los desempleados y, sobre todo, de trabajadores informales. Y, por último, un subsector privado, que apunta naturalmente a los estratos sociales con mayor capacidad adquisitiva, pero que -como consecuencia no buscada de la acción/inacción de las Obras Sociales - está logrando una cada vez mayor inserción como prestador del subsector de OS, por lo que se desdibuja como competidor.

En este contexto, la reforma del área que se intenta llevar a cabo se centra en los subsectores públicos y de Obras Sociales, aunque el impacto esperable sobre el conjunto del sistema será consecuencia, fundamentalmente, de la reforma de este último subsistema. Esto es así porque, en relación al sector público, la reforma -basada en el proceso de descentralización-, no conlleva realmente un elemento novedoso ya que desde la década de los años setenta se vienen impulsando este tipo de transferencias desde la Nación hacia las provincias. Asimismo, el espíritu que guía estas reformas es más bien de corte fiscal y no prioriza una reconversión de las capacidades institucionales y de gerenciamiento de los hospitales. La atribución de capacidades decisorias a los niveles subordinados de las organizaciones (desconcentración), por un lado, y la descentralización con transferencia de funciones a los niveles regionales, provinciales o locales de gobierno, por el otro, implican una redefinición del papel normativo y orientador del MS.

En la práctica, la descentralización es una compleja operación política que supone negociaciones, asunción de responsabilidades, aprendizajes y maduración. Y, aunque este proceso es posible de ser rastreado retrospectivamente, desde hace por lo menos dos décadas, los tiempos de "maduración institucional" se vieron sucesivamente interrumpidos. En efecto, la evidencia disponible muestra que el transitar este camino con exceso de velocidad, resiente la calidad de los servicios a la vez que la frustración y el fracaso sustituyen a la acumulación de experiencias.

En general, las transferencias en el subsector público de la salud se han realizado a partir de decisiones unilaterales del gobierno central, sin acuerdo con las provincias o municipios y con escasa comprensión al nivel local de las consecuencias y requerimientos de la nueva situación. Además se ha transferido las estructuras pero estas no han sido acompañadas proporcionalmente por los recursos, humanos, financieros y de capacitación para tal fin. En realidad la descentralización se convirtió en un desentendimiento del estado en la garantía del acceso de la atención de la salud.

En el caso argentino, la descentralización consistió -básicamente- en el otorgamiento de una mayor autonomía de gestión a los Hospitales Públicos (HPA).

Sin embargo, la reforma tuvo su principal impacto sobre el vínculo entre el subsector público y el de las obras Sociales. En efecto, el objetivo de lograr una mejora de los Hospitales incorporando la recuperación indirecta del gasto producido por las prestaciones brindadas a personas con capacidad de pago para las mismas, impactó directamente sobre las Obras Sociales que se vieron obligadas a revisar sus finanzas por la reducción del presupuesto realizada por la SSS. En este sentido, la descentralización y redefinición del subsistema público muestra un mayor acento en sus aspectos de "ajuste" que de "reforma".

Por otra parte, en el caso de las Obras Sociales, su potencial desregulación corre el riesgo de impactar severamente sobre el conjunto del sistema. Sin embargo, su reforma definitiva se encuentra estratégica y momentáneamente demorada por razones principalmente políticas. Los sindicatos no tienen capacidad de frenar la reforma y están preocupados por perder el control de unos de sus recursos organizacionales y financieros principales. En consecuencia se aferran a las Obras Sociales, librando una batalla que se torna fundamental para mantener su poder global.

A la vez, el Gobierno, se guarda esa "carta bajo la manga" (la desregulación total) para negociar otras políticas coherentes con la estrategia económica imperante, puesto que tener el control de un bien tanpreciado para el actor sindical lo posiciona en un lugar privilegiado para la negociación.

Hoy, frente a la demanda explícita por parte de los gobernadores y tácita del subsector privado y de los sindicatos de dismantelar el Ministerio a nivel nacional, los únicos actores que levantan un llamado a la cautela y en defensa de la necesidad de resguardar la función del Ministerio de Salud como tal son, paradójicamente, organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

En síntesis, la dinámica político-institucional del sector salud demuestra en forma descarnada como la lógica de intereses y toma de decisiones públicas es incapaz de responder a las prioridades y necesidades de salud. Por otra parte, ilustra aspectos centrales la conflictiva relación entre las necesidades más urgentes de nuestras sociedades y el papel de los organismos multilaterales.

No cabe duda que, el modelo por el que está transitando la salud argentina responde claramente a los lineamientos del modelo neoliberal que, aunque cuestionado, sigue transitando a nivel internacional, con ello el modelo universalista no parece tener retorno, aún cuando hoy se intenta un sistema único, lo principios del mismo siguen estando atados a la focalización, a la selectividad de un grupo cada vez mayor de población los sectores pobres y empobrecidos.

Abril de 2006

Susan López

Bibliografía consultada

- 1.- Acuña, Carlos y Mariana Chudnovsky (2002) "El sistema de salud en Argentina". Documento de Trabajo Nro. 60. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional -CEDI-. Fundación Gobierno.
- 2.- Banco Mundial, Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. *Invertir en Salud*, Washington D.C, Julio de 1993.
- 3.- Cetrángolo, Oscar, Devoto, Florencia. (1998). *Reformas en la política de salud en Argentina durante los años noventa, con especial referencia a equidad*. Nexo. Rev. del Hospital Italiano de Bs.As. v.18(3). 1998 y v.19(1) 1999.
- 4.- Cortés, R. y Marshall, Adriana. (1999) *Estrategia Económica, instituciones y negociación política en la reforma social de los '90*. Desarrollo Económico, n°154, Buenos Aires, 1999.
- 5.- Isuani, Ernesto y Mercer, Hugo. (1986) *La Fragmentación Institucional del Sector Salud en Argentina. ¿Pluralismo o Irracionalidad?*. Boletín Informativo Techint N° 244.
- 6.- INFOLEG. Bases de datos del Ministerio de Economía. Leyes, decretos y resoluciones varias. En: www.infoleg.mecon.gov.ar
- 7.- Ministerio de Salud de Nación. Indicadores básicos 2005.
- 8.- Repetto, Fabián *et al.* *Descentralización de la Salud Pública en los noventa: una reforma a mitad de camino*. Documento de trabajo n°55, Fundación Gobierno y Sociedad, Centro para el Desarrollo Institucional, Buenos Aires, 2001.
- 9.-Tobar, Federico. (2000). *El gasto en salud en Argentina y su método de Cálculo*, Isalud, Buenos Aires.