

La fragmentación institucional del sector salud en la Argentina: ¿pluralismo o irracionalidad?

Por Ernesto Isuani
Hugo Mercer

Introducción

Pocas son las políticas sociales que poseen la importancia y complejidad de la relacionada con la atención a la salud. La preservación de ésta es una preocupación central de individuos y sociedades y de ahí la importancia de las políticas destinadas a protegerla. Por otra parte, el cuidado de la salud implica que un amplio conjunto de aspectos centrales deban ser tenidos en cuenta: tecnología, insumos, calificación profesional, hábitos de la población, formas de organización de la atención, etc., aspectos éstos que expresan la complejidad de su tratamiento.

Nos interesa desarrollar en este trabajo uno de los aspectos en el que se manifiesta la complejidad del sector salud: los modelos institucionales de organización de la atención y sus interrelaciones. Si bien este aspecto no agota la problemática de la atención a la salud, es, sin duda, un determinante fundamental en la explicación del grado de racionalidad en el uso de recursos y de equidad en el acceso a los servicios.

Las formas predominantes de organización de la atención existentes en la mayoría de los países están presentes en la Argentina. Sin embargo, atrae la atención de observadores nacionales y extranjeros la excesiva fragmentación de las instituciones a través de las cuales dichas formas se materializan en el país: un sector público cuyos niveles nacional, provincial y municipal presentan un alto grado de autonomía; un gran número de obras sociales sumamente heterogéneas que expresan la forma que adquirió, ‘en la Argentina, la atención médica de la seguridad social y, por último, un importante sector privado distribuido en un amplio conjunto de mutualidades, seguros privados y establecimientos particulares. Además, la escasa coordinación existente dentro de cada uno de estos modelos hace a su vez difícil la coordinación entre ellos.

Inspirado en esta problemática de naturaleza institucional el presente trabajo intenta, en primer término, realizar una descripción de los modelos de atención a la salud (público, seguridad social y privado) presentando sus antecedentes históricos y principales características, y analizando también, las modalidades que poseen en la actualidad los intentos de coordinación e integración entre ellos.

En un segundo momento se analizarán los sistemas públicos, de la seguridad social y privados existentes en el país. En cada caso se efectuará un análisis de los principales hitos en su desarrollo histórico y de las características que posee cada uno de ellos en términos de configuración institucional, recursos y gastos.

En último término se realizará una síntesis que permita identificar el impacto de la dispersión institucional sobre la racionalidad en el uso de recursos y la estratificación de los servicios.

I. Modelos generales de atención a la salud

Los grandes modelos de organización de la atención a la salud son básicamente tres: estatal o público, seguridad social y privado. A continuación realizaremos una descripción general de los mismos y de las principales modalidades existentes en cada uno de ellos.

A. Modelo estatal o público

Los servicios brindados por los sistemas de salud pública son, en general, no personales (higiene, saneamiento básico, etc.) y personales de tipo preventivo y curativo. En principio y desde el punto de vista jurídico, los servicios están disponibles para todos los miembros de la sociedad y las restricciones al acceso se deben sólo a la inexistencia, absoluta o en proporciones adecuadas, de infraestructura y recursos humanos para satisfacer la demanda de atención. El financiamiento de estos servicios proviene de recursos establecidos por normas legales (impuestos) y la atención es brindada en establecimientos de propiedad de la autoridad gubernamental nacional o local con recursos humanos contratados a tal efecto.

Los primeros embriones de sistemas públicos de salud aparecieron en Europa como producto de la amenaza de diversas epidemias. Señala Rosen¹ que las catástrofes preceden a la realización de cambios sociales y ponen de relieve su necesidad. Las epidemias de fiebre amarilla, cólera, viruela, fiebre tifoidea y tífus representaban un serio obstáculo a los procesos de industrialización y urbanización y aceleraron la adopción de responsabilidades estatales sobre la salud colectiva desde principios del siglo pasado.

En Inglaterra la intervención estatal privilegió el instrumento de las inspecciones sanitarias en fábricas y barrios que se traducían en informes como los de Chadwick y Smith utilizados, entre otros, por Marx para describir las condiciones de trabajo de la clase obrera inglesa. En Francia se desarrolló una medicina urbana (estadísticas municipales, cordón sanitario, cuarentena) y en Alemania se creó, gracias a los avances de la bacteriología, un extenso conjunto de normas higiénicas e instituciones de control.²

Por otra parte, un sistema público de salud también existía en la Rusia zarista, donde ya en 1865 un conjunto amplio de población campesina recibía servicios. Los médicos eran contratados y remunerados con dinero proveniente de impuestos locales.

El cúmulo de experiencias y conocimientos sobre la salud pública llevó hacia fines del siglo pasado a la diferenciación entre una vía de intervención estatal de corte higienista (actuación sobre el medio ambiente y la población en general) y otra de carácter predominantemente asistencial (atención médica a la población enferma) La primera podía alcanzar resultados importantes en la mejora de las condi-

ciones de salud (como de hecho los alcanzó), pero su presencia era poco visible para el conjunto de la sociedad. La segunda, en cambio, permitía lograr resultados significativos en la atención de cada individuo y mantener una presencia en cada ámbito social.

Ahora bien, el desarrollo en amplia escala de sistemas públicos de salud está relacionado con dos hechos básicos. En primer lugar, la creciente presencia del Estado en diferentes áreas de la vida social en la mayoría de las sociedades capitalistas. Este fenómeno, que cobra ímpetu a partir de 1930 y se profundiza después de la segunda guerra mundial, expandió significativamente la demanda y la oferta de servicios sociales³. Esta expansión también implicó la afirmación del derecho del ciudadano a los servicios de salud y de la responsabilidad estatal en este campo. Un ejemplo clásico de este proceso es la creación, en 1948, del Servicio Nacional de Salud en Inglaterra. Los hospitales preexistentes quedaron a cargo del gobierno y el personal médico especializado fue contratado por dichos hospitales. La medicina general, sin embargo, siguió siendo ejercida en Consultorios privados.

En segundo lugar, al surgimiento de países socialistas y, con ellos, de sistemas nacionales de salud. En el caso de la Unión Soviética, se estableció un sistema de cuidados sanitarios preventivos y curativos gratuitos para toda la población. Los profesionales de la salud se convirtieron en empleados estatales y los hospitales pasaron a ser administrados por el Estado. "El conjunto del sistema tenía una organización y control centrales, incluso la fabricación de medicamentos y afines, y la publicación de investigaciones."⁴ Con diferencias no muy significativas surgieron posteriormente los sistemas nacionales de salud de Checoslovaquia, Hungría, Bulgaria y Cuba.

La atención pública, con sus características universales desde el punto de vista del derecho al acceso y financiamiento de los servicios, no constituye la única vía a través de la cual el Estado participa en la atención de la salud. Otra instancia es la atención a grupos poblacionales específicos donde obviamente no rige el principio de acceso abierto. Ya a finales del siglo XVIII el Estado federal norteamericano había instalado hospitales, bajo su dirección, para atender a los marinos mercantes. Otro ejemplo son los hospitales para miembros de las fuerzas armadas y policiales.

1) Rosen, G.: "Locura y Sociedad". Alianza Editorial, Madrid, 1974; pág. 229.

2) Foucault, M.: "Historia de la medicalización". Educación Médica y Salud, vol. II, nº 1. Washington, 1977; págs. 3-25.

3) Obras importantes para el análisis de este proceso son: Shonfield, A.: "Modern Capitalism". Oxford University Press, Londres, 1970, y Flora, P., y Heidenheimer, A.: "The Development of Welfare States in Europe and America". Transaction Books. New Jersey, 1982.

4) Roemer, M.: "Perspectiva mundial de los sistemas de salud". Siglo XXI, 1980; pág. 21.

Finalmente, el Estado puede relacionarse con la atención a la salud a través de subsidiar el funcionamiento del sector privado o de la seguridad social. Un caso típico son los subsidios que el Estado brinda a las sociedades de beneficencia o sin fines de lucro para el mantenimiento de infraestructura y servicios. Por otra parte, en 1974, el Estado aportaba más de una tercera parte a los ingresos de la seguridad social en nueve de quince países latinoamericanos y más de la mitad en otros seis países⁵. De esta forma, recursos captados del conjunto de la sociedad se destinaban a la prestación de servicios a los miembros del sistema de seguridad social.

B. El modelo de la seguridad social

El financiamiento de este sistema de prestación de servicios de salud está basado en los aportes obligatorios del conjunto de individuos que son sus beneficiarios, en su gran mayoría trabajadores asalariados. También el aporte de las empresas donde éstos trabajan suele constituir una fuente principal de Ingresos y, como vimos, en algunos casos el Estado realiza contribuciones. En general, son sistemas de acceso restringido, ya que los beneficiarios son quienes contribuyen, aunque ello no implica que atienda a sectores minoritarios; a veces la seguridad social cubre a porcentajes significativos de la población, pero 21 diferencia de la salud pública, el concepto de contribuyente / beneficiario prima sobre el concepto de ciudadano.

En ciertas ocasiones el seguro social atiende a personas que no son contribuyentes (como en el caso costarricense, donde el seguro social suministra servicios preventivos y curativos a poblaciones no afiliadas al sistema). Ello altera, sin duda, la lógica del seguro social, pero la alteración también se produce cuando sectores no cubiertos financian la seguridad social vía la contribución que el Estado realiza al sistema, o cuando a través de una contribución patronal, transferida a precios, la sociedad en su conjunto paga el costo de los servicios prestados.

El origen de la seguridad social se remonta afines del siglo pasado⁶. En 1883 surgió en Alemania el seguro contra incapacidad física y enfermedad, haciéndose obligatorio el aporte a cajas de enfermedad que ya existían sobre bases voluntarias. En un siglo su crecimiento ha sido enorme. Virtualmente la totalidad de países desarrollados (excluyendo aquellos países socialistas con sistemas públicos de salud) cuentan con servicios de salud brindados bajo esquemas de seguridad social. En Europa los seguros voluntarios se fueron integrando en el seguro social, convirtiéndose esencialmente en organismos del sistema oficial. En Suecia (1953) y Noruega (1957) se adoptaron seguros nacionales de salud sobre bases universales. En Canadá, la seguridad social ha financiado la atención hospitalaria desde 1957 y los cuidados médicos ambulatorios desde 1968, aportando el Gobierno federal prácticamente la mitad de los fondos. Polonia y Yugoslavia también cuentan con sistemas de seguro social basado en el aporte de los

obreros industriales, aun cuando otras personas pueden utilizarlos pagando los servicios.

En los países en desarrollo también ha existido un importante avance de la seguridad social. A fines de la década del setenta, de 90 países para los cuales existe información, 48 poseían servicios de salud suministrados por la seguridad social⁷.

En América Latina el gasto en salud de la seguridad social era superior al del sector público en la mayoría de los países, como puede apreciarse en el cuadro 1. En varios países el escaso desarrollo de los sistemas públicos de salud y el deseo de contar con tratamiento de mejor calidad por parte de determinados grupos de asalariados fueron las principales razones que impulsaron el surgimiento de programas de salud de la seguridad social; pero además, iniciativas estatales en búsqueda de apoyo político no deben subestimarse como causa del origen de estos sistemas.

Cuadro 1

América Latina: PEA asegurada (1980) gastos de la seguridad social (1977) y gastos públicos en salud (1977) (En porcentajes)

Países	PEA asegurada	Gastos de la seguridad social (excl. gastos médicos)	Gastos médicos de la seguridad social	Gastos públicos en salud
Argentina	58	76	16	8
Bolivia	18	43	42	15
Brasil	47	78	21	1
Chile	64	87	10	3
Colombia	21	53	22	25
Costa Rica	49	29	60	11
El Salvador	13	17	22	61
Guatemala	34	38	31	31
Panamá	46	47	35	18
Uruguay	83	87	4	9
Venezuela	32	17	14	69

Fuente: Isuani, E. A.: "La universalización de la seguridad social en América latina: límites estructurales y cambios necesarios" *Desarrollo Económico* Nº 97, abril/junio de 1985, pág. 79.

5) Mesa-Lago, C. e Isuani, E.: "La Seguridad Social en América latina: problemas y recomendaciones", en ILPESUNICEF: "Planificación social en América latina y el Caribe". Santiago de Chile, 1961; pág. 497.

6) En relación al desarrollo histórico de la seguridad social ver Rimlinger, G.: "Welfare State and Industrialization". John Wiley & Sons, Nueva York, 1971; Roemer, Milton: *Op. Cit.*, y Flora, P., y Heindenheimer, A.: *Op. cit.*

7) Zschock, D.: "Revista general de la problemática del suministro de atención médica y la seguridad social en los países en desarrollo". Trabajo presentado a la Mesa Redonda sobre "Suministro de la atención médica de la seguridad social en los países en desarrollo". Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS). Brasilia, noviembre de 1961.

A pesar de la expansión señalada, aún quedan importantes sectores marginados de los servicios brindados por la seguridad social, como también puede apreciarse observando los datos de cobertura del cuadro 1. El principal factor que limita su expansión generalizada (universalización) es la existencia, en diversos grados según los distintos países, de sectores de población sin recursos para contribuir al financiamiento del sistema.

La seguridad social opera básicamente a través de dos modalidades. Por una parte, posee las instalaciones, equipamientos y recursos humanos con los cuales brinda la atención. En este caso hablamos de una modalidad directa. En otros casos la seguridad social actúa básicamente como intermediario financiero y cubre los gastos de la atención suministrada a sus afiliados por el sector privado o el sector público: ésta es, la denominada modalidad indirecta de organización.

Esta modalidad posee dos submodalidades. En primer lugar, el reembolso de los gastos realizados por los beneficiarios: ello suele implicar la libre elección del proveedor y el pago por acto médico según aranceles que surgen del acuerdo entre la institución de seguridad social y los prestadores. Para evitar excesos en el consumo de servicios médicos, esta submodalidad recurre con frecuencia a la participación del usuario en el pago del acto médico. La segunda submodalidad es la denominada sistema de tercer pagador: el pago de los servicios no es realizado directamente por el beneficiario, sino por la seguridad social. En este caso, el control de los servicios es mayor, ya que la seguridad social interviene en todos los niveles de la práctica médica y puede disuadir el uso de métodos de diagnóstico y tratamiento de alto costo. El pago de los servicios puede realizarse por acto médico o por sistemas de capitación, esto es, se paga al proveedor una suma fija por un período determinado para que brinde los cuidados necesarios a las personas cubiertas. Obviamente, en el caso de pago por acto médico el proveedor tiene más incentivos para dedicar mayor tiempo y uso de tecnología médica que cuando la retribución se realiza por capitación.

La modalidad directa suele ser evaluada como más proclive aun uso racional de los recursos humanos, equipamientos y medicamentos. Por otra parte, una excesiva burocratización y despersonalización de los servicios es un riesgo cierto para esta modalidad de atención.⁸

C. El modelo privada

La atención brindada por personas a quienes se atribuye autoridad médica a cambio de un pago constituye la forma más antigua de provisión y adquisición de servicios de salud.

En sus orígenes⁹ el proveedor de estos servicios, brujo o curandero, basaba su autoridad en el carácter mágico que se atribuía a su práctica o a los resultados positivos de la aplicación de una medicina no-científica. Estos médicos primitivos se sostenían con el pago individual del paciente o con recursos comunitarios.

A pesar de que en la Roma imperial y en la Europa medieval los latifundistas y señores feudales, respectivamente, contaban con servicios de personas a cuyo cargo estaban los cuidados de salud, sólo será, en el Renacimiento, con el aumento de la urbanización y el surgimiento de las universidades, que nace la figura del médico "libre", prototipo del profesional liberal contemporáneo que provee sus servicios en el mercado.

Hacia fines del siglo pasado surge además una forma que trasciende el intercambio individual en la atención de salud. Se trata de un conjunto de profesionales, normalmente de diversas especialidades, que originan asociaciones (clínicas) de provisión de servicios médicos. Los hermanos Mayo, en los Estados Unidos, constituyen un caso pionero donde la atención colectiva reemplaza a la iniciativa profesional individual.

Pero además de la atención profesional individual o colectiva, modelo "clásico" de atención privada, existen también otras formas. Una de ellas es el seguro privado, fenómeno ligado al surgimiento y desarrollo de las asociaciones gremiales y sindicales en Europa, Estados Unidos y América Latina. Implica que un conjunto de individuos asumen voluntariamente, y no en forma obligatoria como en la seguridad social, la decisión de protegerse del riesgo de enfermedad, contribuyendo colectivamente a solventar los costos de la atención recibida. Pero al igual que la seguridad social, el seguro privado evolucionó hasta el presente a través de una modalidad directa mediante la cual el grupo social orienta sus contribuciones a la adquisición de la infraestructura, equipamientos y recursos humanos que brindarán atención a los asociados, y una indirecta a través de la cual un conjunto de individuos contribuye sistemáticamente una institución que opera como agente financiero y que utiliza tanto el sistema de reembolso como el de tercer pagador para cubrir el costo de los servicios.

8) En relación a las ventajas y desventajas de las modalidades directa e indirecta de la Seguridad Social, ver AISS: "Diferentes métodos para el suministro de la atención médica en los países en desarrollo". Trabajo presentado a la Mesa Redonda señalada en nota 7).

9) Para el desarrollo histórico de la atención médica privada ver Roemer. M.:Op. cil.

Una tercera forma que asume el modelo privado de organización es la beneficencia o caridad. Desde la época colonial hasta fines del siglo XIX fue en América Latina la única forma organizada de prestación de servicios médicos a través de instituciones hospitalarias, “santas casas”, montepíos, etc. En general se sostenían con donaciones privadas y subsidios públicos y estaban orientadas a atender a los sectores de bajos ingresos e indigentes. A partir del siglo XX comenzó su decadencia como producto del avance de los sistemas públicos de salud que acabaron absorbiendo la infraestructura de las entidades benéficas.

Una cuarta forma es la provisión de servicios médicos gratuitos a los trabajadores por parte de las empresas y financiados con recursos de las mismas. Obviamente, nos referimos a servicios acordados, en general, en convenios colectivos, ya que cuando dicha prestación es exigida por normas legales nos desplazamos a la esfera de la seguridad social. Para proveer la atención médica las empresas suelen contratar los servicios, esto es, utilizan la modalidad indirecta.

Finalmente, conviene considerar el surgimiento de una modalidad de práctica en salud basada en la autoatención (“self-care”) que en algunos casos nace como reacción a una excesiva medicalización mientras que en otros implica el manejo por parte de un individuo o conjunto social de ciertos aspectos de sus condiciones de salud. Se produce así una especie de apropiación o reapropiación social de conocimientos referidos a la salud individual o colectiva.

La prestación individual o colectiva de servicios médicos privados, al igual que la lógica de operación de un mercado dado, esta abierta a cualquiera que posea la capacidad económica para su adquisición. Esto es, sin duda, una restricción practica y explica que ante el fenómeno global del aumento del costo de la atención a la salud, los esquemas de seguros privados ofrezcan ventajas en términos de permitir el acceso a la misma cuando la complejidad del tratamiento hace difícil su adquisición en forma privada. De hecho, la medicina individual o colectiva proporcionada fuera de estos esquemas de seguro quedan reservadas para capas minoritarias de altos ingresos. Por ejemplo, en los Estados Unidos la adquisición privada de asistencia hospitalaria se ha reducido mientras creció la proporción de quienes la demandan a través de seguros privados; sin embargo, en el terreno de la atención ambulatoria, odontológica y en la compra de medicamentos, el esquema de adquisición individual continúa prevaleciendo.

D. Relaciones entre los modelos

Después de esta revisión de los tres modelos de organización de la atención a-la salud y de sus diversas modalidades, sintetizadas en el cuadro 2, es posible descubrir que en varios aspectos las diferencias no son taxativas; existen zonas fronterizas y en ciertas ocasiones mayor homogeneidad entre modalidades de diferentes modelos que entre aquellas existentes dentro de un mismo modelo.

Por ejemplo, independientemente del modelo al que pertenezcan, las modalidades directas comparten características que las diferencian de las indirectas. Como veíamos anteriormente, los sistemas directos están en condiciones de usar mas racionalmente los recursos de salud que los indirectos, ya que en éstos el estímulo para la realización de prácticas innecesarias, o por lo menos prescindibles, es mayor. Por otra parte, y también como ya fue señalado, el servicio médico prestado en los sistemas directos está mas expuesto a los riesgos de burocratización y despersonalización. Por ello es probable, por ejemplo, que entre un seguro privado y un seguro social, operando bajo formas directas, exista mayor homogeneidad, en términos del tipo de servicios prestados, que la existente entre las formas directas e indirectas de la seguridad social.

También fue señalado que existen interrelaciones importantes entre los diferentes modelos. Por ejemplo, cuando los recursos públicos son utilizados para financiar la seguridad social, cuando la seguridad social cubre la atención médica de sectores no afiliados al sistema y cuando el Estado subsidia al sector privado.

Sin embargo, a pesar del “sello” que imprime la modalidad directa o la indirecta en los diferentes modelos de atención y de los diversos puntos de contacto que los relacionan, ellos constituyen las alternativas más generales de organización de la atención a la salud y sus principios básicos presentan rasgos diferenciales indiscutibles. El sistema

Cuadro 2

Modelos y modalidades de atención a la salud

Forma de financiamiento Modalidad de organización	Impuestos	Aportes obligatorios	Ingresos particulares
Directa	Sistema público de salud	Seguridad social	1) Atención privada 2) Autoatención 3) Beneficencia 4) Seguro privado
Indirecta	Subsidios estatales	Seguridad social	Seguro privado

público de salud tiene su fundamento en el concepto de derecho del ciudadano, y a pesar de que en muchos países, especialmente del tercer mundo, no constituya más que una especie de beneficencia pública, su orientación es universalista. La seguridad social se basa en la noción del beneficiario/contribuyente y la atención privada en la capacidad adquisitiva del individuo para acceder al mercado de servicios de salud.

E. Coordinación e integración de los diferentes modelos

La existencia de diferentes esquemas a través de los cuales se brinda atención a la salud plantea varios problemas en términos de racionalidad, eficacia y equidad.

La eficiencia o racionalidad de las decisiones en materia de salud para la población se ve desfavorecida cuando los servicios constituyen compartimentos estancos. Por ejemplo, la duplicación de inversiones en infraestructura y equipamientos significa normalmente un aprovechamiento menor de los costosos recursos de salud. La consecuencia de baja eficiencia es baja eficacia; si por ésta entendemos un alto nivel de cumplimiento de metas, es obvio que el desaprovechamiento de recursos de salud deberá implicar menor calidad de las prestaciones o menor cobertura de los servicios.

La presencia de diversos esquemas plantea problemas de equidad. La asignación diferencial de recursos posibilitará que ciertos esquemas provean mayor y mejor atención a ciertos sectores de la población mientras otros, quizás, no reciban atención alguna, por lo que no es extraño que el tema de la integración o de la coordinación de los servicios médicos haya cobrado gran importancia en los organismos nacionales e internacionales relacionados con la salud. Dado que la población que se atiende en forma estrictamente privada es, en la mayoría de los países, una fracción muy pequeña de la población total, el tema de la coordinación o integración se ha referido básicamente a las relaciones entre los modelos que proveen servicios médicos a la gran mayoría de la población: el sector público y la seguridad social.

Varios son los mecanismos a través de los cuales se intenta la coordinación de ambos tipos de servicios.¹⁰ En primer lugar, la sanción de legislación que delimite las competencias de cada institución y defina sus interrelaciones. Debe reconocerse, sin embargo, que frecuentemente la legislación adoptada no se aplica o se la utiliza parcialmente. Un segundo mecanismo es la creación de consejos o comisiones mixtas involucrando a los ministerios de salud pública y las instituciones de seguridad social. El objetivo de estos organismos es la definición de normas y políticas que rijan el accionar de ambos tipos de instituciones. Pero como en el caso anterior este mecanismo ha sido, al menos en América Latina, poco operativo hasta el presente.

Una tercera forma de interrelación se da a través de la elaboración de convenios, contratos y otros tipos de acuerdos. Generalmente son contratos para la provisión de servicios a la población afiliada a la seguridad social por parte de los organismos de salud pública. Finalmente, otro mecanismo de integración es la implementación de programas interinstitucionales en el área de desarrollo de infraestructura física, formación de personal, desarrollo de sistemas de apoyo y prestación de servicios a grupos especiales de población.

En América Latina, los avances integrativos más importantes se han realizado en este último aspecto. La envergadura de estos programas es variable; algunos cubren amplios conjuntos de población mientras otros son de escala muy reducida. Entre los más notables pueden mencionarse los Programas de Salud Rural y Comunitaria en Costa Rica, los Sistemas Integrados de Salud en Panamá y el programa IMSWCOPLAMAR en México. También en el desarrollo de sistemas de apoyo se han producido avances importantes, especialmente en suministros; en varios países se utilizan listados únicos de medicamentos esenciales y se llevan a cabo actividades en el área de sistemas de información y registro. Por el contrario, en el desarrollo de infraestructura la coordinación es muy escasa y puede estimarse un alto nivel de duplicación de inversiones. Otro tanto sucede con la formación de recursos humanos; las diferencias de remuneración de los profesionales de ambos sectores (generalmente más altas para los de la seguridad social) constituye un grave obstáculo para una política de recursos humanos en el área.

Pero este último no es el único ni el principal obstáculo para un proceso de coordinación o integración. Existen otros más importantes. Cabe recordar, en primer lugar, el grado dispar de desarrollo de ambos sistemas. En muchos países la seguridad social es la principal institución de prestación de servicios médicos, la poseedora de la mayor cantidad de recursos de salud, y la que administra la mayor cantidad de recursos financieros, realidad que suele ser acompañada por el desarrollo de un sólido aparato burocrático. De esta forma es fácil imaginar las dificultades que los Ministerios de Salud Pública, generalmente menos dotados, encuentran para la tarea de coordinación, a pesar que la legislación de la mayoría de los países les otorgan atribuciones para definir las políticas nacionales de salud.

Otro elemento clave que dificulta la integración es la resistencia que ciertos sectores pertenecientes a la seguridad social oponen a este tipo de cambios. Para ellos, conceptos como integración o unificación significan una amenaza a los beneficios, muchas veces privilegiados, de los que gozan.

10) Ver Castellanos, J.: "Coordinación entre las entidades del sector público que prestan servicios de atención de la salud". Documento presentado a la Segunda Consulta Técnica Regional sobre "Estrategias para el desarrollo de los programas de salud de la seguridad social". OIT/OPS. Medellín, Colombia, 5-8 de marzo de 1985.

No es nuestro propósito desarrollar este tema en especial. Basta señalar que hay abundante literatura sobre las dificultades que plantea la unificación de los sistemas de seguridad social en América Latina.¹¹

La existencia de resistencias burocráticas y sectoriales que hemos señalado significa que si bien existe necesidad de cuidar los aspectos técnicos de la tarea de integración, ésta descansa fundamentalmente en una dosis no despreciable de poder político y en saber tejer las alianzas necesarias para dar viabilidad política al proceso integrador.

Existen antecedentes que sugieren que la tarea no es imposible. En Chile, la seguridad social financia al sector público, quien presta los servicios. Esto se produjo en un momento temprano del desarrollo de la seguridad social chilena (1952); parece ser mucho más complejo de realizar cuando la seguridad social alcanza un nivel alto de desarrollo. En este caso es probable que suceda lo contrario, como en Costa Rica, donde el proceso de integración logrado tiene en su centro a la seguridad social. Efectivamente, a partir de 1973 se determinó que las instituciones médico sociales del Ministerio de Salud Pública y de otras instituciones fueran traspasadas a la Caja Costarricense de Seguridad Social, quien asumió la gestión de servicios de salud para asegurados y no asegurados.¹²

La integración y coordinación de la salud pública y la seguridad social tienen implicaciones importantes sobre la esfera de la atención privada. Como dijimos, la práctica estrictamente privada suele cubrir un sector relativamente pequeño de la población. Sin embargo, el sector médico hospitalario privado logra una mayor presencia gracias al auge de esquemas de seguridad social que operan con modalidad indirecta. En Brasil, por ejemplo, del presupuesto de salud de la seguridad social en 1984, el 14 % correspondió a servicios propios, el 13 % a contratos con el sector público y el 73 % restante se destinó a convenios con el sector privado.¹³

De esta forma, la coordinación e integración de salud pública y seguridad social tienen consecuencias para el accionar de una gran parte del sector privado: aquel cuya fuente principal o incluso única de subsistencia está constituida por los fondos de la seguridad social. Este sector, por lo tanto, también es un actor clave que debe ser tomado en cuenta en cualquier proceso de integración de los sistemas de salud.

11) Ver Mesa-Lago, C.: "Social Security in Latin America: Pressure Groups, Stratification and Inequality". University of Pittsburgh Press, 1978; Malloy, J.: "The Politics of Social Security in Brazil". University of Pittsburgh Press, 1979; Feldman, J.; Golbert, L., e Isuani, E.: "Maduración y crisis del sistema previsional argentino" en Organización Techint. Boletín Informativo No 240, enero/febrero 1986.

12) Tamburi, Giovanni: "Evolución, tendencias y perspectivas de los sistemas de salud de la seguridad social en América latina". Documento presentado a la Primera Consulta Técnica Regional sobre "Estrategias para el desarrollo de los programas de salud de la seguridad social". OIT, México, 1982.

13) Castellanos, Jorge: Op. cit., pág. 22

II. El sector público en la salud argentina

A. Antecedentes históricos

Las primeras autoridades nacionales adoptaron una serie de medidas en materia de salud colectiva que abarcaban desde encargar al médico español Francisco de Paula Rivero, en 1810, la difusión de la vacuna hasta la creación, por parte de Cosme Argerich en 1813, de la Facultad Médica y Quirúrgica que poco tiempo después pasó a ser el Instituto Médico Militar. Los primeros servicios de salud que concitaron la preocupación oficial fueron aquellos destinados a atender a los soldados en las campañas al desierto emprendidas por Rosas y en la Guerra del Paraguay, impulsando la construcción de hospitales en Paraná y Corrientes.

Hacia fines del siglo pasado esas acciones aisladas, destinadas a atender necesidades puntuales, van dando lugar a una intervención estatal más orgánica a cargo de los gobiernos provinciales, municipales y del propio gobierno central. Ese pasaje se expresó en la sustitución de organismos de carácter básicamente consultivo por otros con capacidad ejecutiva; los consejos y juntas de Higiene dan así lugar al Departamento Nacional de Higiene creado en 1880.

Al establecerse el Departamento se produjo también un pasaje de atribuciones del poder local hacia el nivel central. El Departamento contaba con mayores recursos técnicos y humanos para hacer frente a las amenazas de epidemias que afectaban al territorio nacional, por lo que no extraña se convirtiera en el lugar de referencia y supervisión técnica para las autoridades provinciales. Las obras de saneamiento urbano, tanto por su magnitud como por su complejidad, implicaron una mayor concentración de conocimientos y decisiones en el ámbito del gobierno central.¹⁴

El Ministerio del Interior, del cual dependía el Departamento de Higiene, señalaba, en su Memoria de 1880, que Higiene abarca: “Los asuntos concernientes a la limpieza general del municipio. La desinfección del aire y de las aguas, y la propagación de la vacuna. La administración de los hospitales, el aseo y el mejoramiento de los mataderos y cárceles. Las sustancias alimenticias puestas en venta. La conservación y aumento de cementerios. Las precauciones para evitar las pestes.”¹⁵

Esa visión amplia, en cuanto a las acciones que podía desplegar el Departamento, contrastaba con las limitaciones que se le imponían cada vez que intentó extender su intervención más allá de la jurisdicción del puerto de Buenos Aires. En 1890, las medidas de restricción del gasto público llevaron a que diferentes organismos “supriman lo superfluo. En el Departamento Nacional de Higiene se borraron del presupuesto los médicos, llamados de Sanidad, que había en las capitales de provincia, y como estos

funcionarios debían suministrar las estadísticas se quiso llenar el vacío encargando a los rectores de Colegios Nacionales, a título gratuito. . . sin resultado”.¹⁶

Frente a esta debilidad y limitación del organismo central, la mayor parte de los servicios de salud, personales y no personales, quedaban a cargo dentro del sector público de los Gobiernos provinciales y municipales, lo cual no impidió que el Departamento Nacional desarrollara una base de conocimientos a partir de la creación del Instituto Nacional de Higiene, cuyas áreas eran: Higiene General, Geografía Médica, Química, Bacteriología y Sueroterapia.

A pesar de sus limitaciones financieras y políticas el Departamento pudo, al contar con una adecuada actualización científica, brindar orientaciones a los Gobiernos provinciales ante la amenaza de las epidemias. La organización del Instituto reflejaba la coexistencia de las dos posiciones que, como vimos, eran representativas del debate científico de la época.

Higiene General y Geografía Médica expresaban la visión ambientalista, dedicada a indagar la etiología de las enfermedades a partir de las condiciones de vida y trabajo de los grupos poblacionales. Mientras que Química, Bacteriología y Sueroterapia señalaban la presencia del enfoque biólogo que privilegiaba la identificación de agentes causales específicos y de instrumentos necesarios para combatirlos.

A principios de siglo, con el crecimiento urbano y la llegada de importantes corrientes migratorias, comienzan a aparecer razones que justifican una reorientación en las tareas del Estado en materia de salud pública. Hasta ese entonces su interés principal había sido el de velar por la sanidad externa a través de la higiene portuaria, pero con la ampliación del territorio, materializado, entre otros factores, por el funcionamiento de una extensa red ferroviaria, el Estado inicia acciones referidas a la sanidad interna. En un primer momento reproduce los conocimientos y prácticas desarrollados en el puerto: medidas cuarentenarias y las inspecciones y normas de higiene aplicables en trenes y depósitos, son los recursos de esta nueva tarea del Departamento. Pero poco tiempo después (1908) incorpora bajo su responsabilidad a la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales y crea el Servicio de Higiene Escolar.

Aunque intentó abarcar otras áreas que excedían a la fiscalización sanitaria, permanecieron fuera de las atribuciones del Departamento, la atención médica, la higiene fabril, el control sobre los alimentos y bebidas y la zoonosis.

14) Coni. Emilio: “Vida científica y bibliografía (1874.1927)”. Rosso. Buenos Aires. 1927.

15) Del Viso, Antonio: “Memorias del Ministerio del Interior”. Buenos Aires. 1881; pág. 149.

16) Latzina. Francisco: “La mortalidad en 18 ciudades argentinas durante et año 1889”. Oficina Demográfica del Departamento Nacional de Higiene. Buenos Aires. DNH, 1891; pág. 9.

La higiene del medio, sobre todo la potabilidad del agua, fue encarada por el Gobierno central y algunas provincias pero, en forma paralela a la labor del Departamento Nacional de Higiene. Mitre y Sarmiento, en sus respectivas presidencias, ya habían iniciado obras de salubridad, que incluían la instalación de filtros potabilizadores. Posteriormente, las epidemias de cólera que afectaron en 1886 a Córdoba, Mendoza, Santiago del Estero y Tucumán, y en 1895 a Rosario, impulsaron la creación de la Comisión de Obras de Salubridad, que pasó a ser Obras Sanitarias de la Nación en 1912.

En 1913 se produjo una reestructuración del departamento Nacional, destinada a darle mayor capacidad ejecutiva; sus nuevas áreas (sanidad externa, sanidad interna, salud escolar-infantil- industrial, ejercicio profesional, bacteriología y desinfección-saneamiento) indican la identificación de grupos etéreos y ocupacionales a los que dirigirá cierta atención. La posterior incorporación, en 1923, de las secciones de Propaganda Higiénica y Educación Popular, Tracoma, Venéreas, Tuberculosis, Anquilostomiasis, Higiene Mental, Alcoholismo y Toxicomanías, terminan por convertir al Departamento en un agregado de programas de corte verticalista y de respuesta puntual a cada problema epidemiológico considerado como relevante.¹⁷

Al mismo tiempo, las autoridades estatales estaban conscientes de la necesidad de ajustar su acción en materia de salud a la explicitación de normas legales. En otros países la existencia de un Código Sanitario permitía el ejercicio de una fiscalización que iba desde la higiene de los alimentos, las condiciones de trabajo, hasta la denuncia de enfermedades transmisibles. Los intentos por contar con dicho instrumento legal resultaron, desde 1882 hasta 1943, infructuosos. En varias oportunidades, desde el Poder Ejecutivo o por iniciativa de diputados, senadores o profesionales de la salud se formularon diferentes proyectos que no alcanzaron a tener sanción por ambas Cámaras, privando al Departamento de ese aval normativo.

En las ciudades los servicios de salud eran una responsabilidad compartida entre las autoridades provinciales, municipales y la labor de las instituciones de beneficencia, mutuales y la medicina privada. En la ciudad de Buenos Aires a principios de siglo existían ya 59 establecimientos asistenciales y aunque algunos de ellos cumplían funciones de asilo, es importante observar la heterogeneidad de su composición, tal como lo revela el cuadro 3.

Recién a partir de 1943 se inició una transformación importante en materia de organización de los servicios de salud estatales. Hasta entonces, el Departamento Nacional de Higiene había sido una dependencia más del Ministerio del Interior, con la consiguiente desjerarquización de la salud pública, al considerársela como un asunto de orden interno y no una necesidad social. En 1943 el Departamento se convierte en Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social. Este es el primer paso hacia el reconocimiento de la salud pública como asunto de interés

específico, hecho que se ratificó en 1946 con la creación de la Secretaría de Salud Pública y posteriormente con el establecimiento del Ministerio de Salud Pública en 1949.

Desde las Secretarías de Trabajo y Previsión Social y de Salud Pública se llevó a cabo una política tendiente a consolidar el apoyo de los sectores populares al Gobierno satisfaciendo sus aspiraciones por mejores condiciones de vida y mayores niveles de consumo. La Secretaría de Trabajo promovió el funcionamiento de la solidaridad grupal de los organismos gremiales que dará origen a las obras sociales, mientras que desde la Secretaría de Salud Pública se ampliaba la cobertura asistencial dirigida a sectores sociales que hasta entonces habían tenido un acceso limitado y marginal a la atención médica hospitalaria.

Durante la gestión del Dr. Ramón Carrillo se produjo un importante crecimiento de los servicios dependientes del sector público. En las seis regiones sanitarias que comprendía el Plan de Salud Pública se instalaron nuevos hospitales y centros médicos ambulatorios y se incrementó el número de empleados afectados al Ministerio de Salud Pública. El crecimiento del número de camas hospitalarias del sector público fue considerable; de las 63.000 existentes en 1946, se avanzó a 108.000 en 1955.¹⁸

La expansión de los servicios estatales de salud, al igual que su mejor dotación en recursos humanos y materiales, convirtió al hospital público en un centro formador de nuevos profesionales y en un lugar de atención médica que ya no estaba destinado sólo a los "indigentes". Carrillo pretendía una estrecha vinculación entre las instituciones de seguridad social y el hospital público, reservando para la medicina privada la atención a los sectores pudientes.

Cuadro 3

Establecimientos y camas en la ciudad de Buenos Aires (1910)

Tipo de establecimiento	Establec.	Camas
Municipales	18	2.604
Nacionales	4	2.425
Sociedades de Beneficencia	8	2.742
Colektividades	5	1.091
Privados	20	705
Patronato de la Infancia	4	144
TOTAL	59	9.711

Fuente: J. Penna y H. Madero: "La administración sanitaria y la Asistencia Pública de la ciudad de Buenos Aires". Ed. Kraft, Buenos Aires, 1910; T. II, págs. 250-251.

17) Madona. Francisco: "Administración sanitaria y medicina social". Ciordia y Rodríguez. Buenos Aires, 1951; pág. 222.

18) 1946, ver Marconi, E. y otros: "La terciarización del empleo en la Argentina: El sector de la salud". Ministerio de Trabajo/OIT, Buenos Aires, 1965, pdg. 42; 1955, ver Veronelli, J.: "Medicina. Gobierno y Sociedad". Ed. Coloquio. Buenos Aires. 1975, pág. 152.

Con Carrillo se inician una serie de medidas que serán retornadas posteriormente por gobiernos constitucionales. Dichas medidas expresaban una voluntad de regulación de la atención a la salud por parte del Estado, así como el propósito de mantener una adecuada accesibilidad para los sectores sociales menos pudientes; por eso no extraña que la creación de centros de salud, la construcción de establecimientos para crónicos, la regionalización sanitaria, la coordinación entre los diferentes servicios y la formación de recursos humanos en salud pública y enfermería, también aparezcan como acciones prioritarias en sucesivos gobiernos constitucionales.

La gran capacidad asistencial instalada durante el período peronista expresaba un sector público que había hecho de la atención médica uno de sus principales instrumentos de legitimación. No se podía retrotraer fácilmente al sector estatal a una función marginal y subsidiaria dirigida hacia los sectores sociales indigentes. El acceso a la atención médica hospitalaria se había establecido ya como un comportamiento colectivo al que no era posible renunciar.

Sin embargo, caído Perón, un intento de recomposición del sector salud se inició hacia fines de 1957 a través de diversas medidas de descentralización de los servicios. Las medidas incluyeron la transferencia de recursos asistenciales hacia las provincias y municipios, tratando de disminuir el papel central y coordinador que había llegado a tener el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

La errática transferencia de servicios que entonces se inicia, tenderá a convertirse en una política habitual bajo los gobiernos de facto, para terminar en 1979 con un franco traspaso de un número importante de servicios asistenciales del gobierno central hacia las provincias y municipios.

La asunción al Gobierno del Dr. Illia, en 1964, significó la momentánea reversión de las tendencias previas. El sector estatal recuperó su rol orientador y se mejoró la organización interna del Ministerio así como su relación con las provincias. A tal fin se revalorizó a las Delegaciones Sanitarias Federales - creadas durante la gestión Carrillo - al considerarlas como las herramientas más adecuadas para mejorar la relación entre Nación y provincias. Se creó una Oficina Coordinadora dedicada también a recuperar la capacidad técnica de las Delegaciones, para que fueran núcleos efectivos de innovación en materia de organización de servicios e identificación de problemas sanitarios.

La labor de las Delegaciones incluía, entre otras actividades, la de servir de enlace entre el Ministerio y todos los organismos de salud existentes en la jurisdicción provincial. Por otro lado, era la instancia jerárquica superior de los organismos nacionales existentes en el área.¹⁹

La orientación técnica se complementó con una mayor asignación de recursos financieros que sirvieron para promover actividades consideradas relevantes por el Gobierno

central. Las reuniones nacionales de autoridades de salud iniciadas en 1966 significaron la posibilidad de un mayor diálogo entre provincias y Nación.

La labor de la Secretaría de Salud a partir del golpe de Estado de junio de 1966 se concentró en la atención médica, la prevención y la fiscalización, transfiriendo los asuntos relativos a asistencia social a la esfera de la nueva Secretaría de Estado de Promoción y Asistencia a la Comunidad, perteneciendo ambas al Ministerio de Bienestar Social.

El establecimiento de algún mecanismo financiador de la prestación de servicios de salud dentro del modelo de seguro, fue propuesto durante el gobierno de la Revolución Argentina. Con el afán de promover las asociaciones intermedias, la Ley Orgánica de Ministerios No 17.271 de mayo de 1967, facultaba en su artículo 22 a la Secretaría de Salud a "intervenir en la implementación de un seguro de salud para toda la población en coordinación con la Secretaría de Estado de Seguridad Social". La ley 18.610 de Obras sociales será la concreción, en 1970, de este interés.

Al asumir el Gobierno el Dr. Cámpora, en mayo de 1973, la reforma del sector salud se canalizó a través del diseño de un Sistema Nacional de Salud, propósito que estaba ya presente en la plataforma partidaria. La propuesta que finalmente llegó a debatirse en el Senado fue el producto de sucesivas y arduas negociaciones entre los diferentes grupos de interés existentes en torno a la atención a la salud.

Los principios que incorporaba el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) eran diferentes a los que sustentaban la ley 18.610 de Obras Sociales. Estas diferencias estribaban en la importancia que el Sistema le asignaba al Estado como responsable de hacer efectivo el derecho a la salud, al enunciar que "al Estado le competía actuar como financiador y garante económico en la dirección de un Sistema que será único e igualitario".²⁰

El SNIS permitía la progresiva incorporación al mismo de provincias, universidades y el sector privado por medio de la firma de convenios. Esta amplitud en la convocatoria implicaba también la presencia, en su Consejo Federal, de autoridades nacionales y provinciales de salud junto a representantes de las universidades, la CGT, la CGE, el personal del SNIS y las entidades privadas adheridas al Sistema.

El Consejo Federal debía "impartir las directivas relacionadas con la salud, conforme a los lineamientos de la política nacional en la materia", crear áreas programáticas, supervi

19) Oñativía, A.: "Política sanitaria y social". Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública Buenos Aires, 1966.

20) Ministerio de Bienestar Social: "Sistema Nacional Integrado de Salud". Buenos Aires, 1974; pág. 49.

sar y evaluar el funcionamiento del Sistema. Se contemplaba además la creación de Consejos de Salud provinciales una vez que cada provincia se adhiera al Sistema.

El concepto de área programática suponía un esfuerzo destinado a disminuir la tradición verticalista de los organismos de salud. Las áreas debían satisfacer las necesidades de salud de una población geográficamente delimitada, “a través de un proceso unificado de programación y conducción de todos los recursos de salud disponibles para la atención de la población que la compone”.²¹ Cada área programática contaba a su vez con autoridades específicas y un Consejo de área con representación local que asumía diversas decisiones en cuanto a asignación de recursos, definición de prioridades y promoción de la participación comunitaria.

Otro instrumento que acompañaba la propuesta reorganizadora era el establecimiento de la Carrera Sanitaria Nacional, destinada a formar e incorporar los recursos humanos de salud que el SNIS requería.

El Senado y la Cámara de Diputados sancionaron la ley 20.748 de creación del SNIS el 12 de setiembre de 1974 y en abril de 1975 se terminaron de aprobar el conjunto de instrumentos que hacían posible la puesta en marcha del Sistema.

La falta de apoyo en algunos casos y el franco rechazo por parte de organizaciones sindicales y prestadores privados llevaron a que, a pesar del aval legislativo y presidencial, el SNIS fuera adoptado sólo por tres provincias: San Luis, Chaco y Formosa. Luego del golpe de Estado de 1976, el SNIS fue desapareciendo como estructura administrativa, hasta que en 1977 dejó de figurar en las asignaciones presupuestarias.

Las políticas asumidas en materia de salud por el gobierno militar durante el período 1976-1983 difícilmente puedan ser atribuidas a un solo proyecto, a una única orientación. Si bien las consecuencias finales reflejan un uniforme deterioro del papel del gobierno central, las causas por las que se llega a dicha situación son diversas.

Una de las medidas dispuestas por el gobierno militar fue la de promover la descentralización de establecimientos hospitalarios. En octubre de 1978, por medio del decreto ley 21.883, se transfirieron establecimientos de la administración central a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y a diversos ‘gobiernos provinciales. Dicha medida no contemplaba una paralela transferencia de recursos financieros, y de esta forma los gobiernos locales debieron desplazar fondos hacia la atención médica generándose, en algunos casos, desajustes presupuestarios que afectaron el funcionamiento institucional.

En segundo lugar, la fijación de aranceles en los servicios asistenciales públicos se concretó en el ámbito de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, extendién-

dose luego a 14 provincias.²² Esta medida estaba destinada a obtener un reembolso por las prestaciones que los servicios públicos brindaban a beneficiarios de obras sociales o a usuarios con capacidad de pago. Esto implicó la necesidad de probar una situación de carencia para lograr el acceso gratuito a un servicio público.

En tercer lugar, la sanción de la ley 22.269 de obras sociales en 1980, aumentó el poder de la Secretaría de Seguridad Social, pasando a ser el punto central de las decisiones en materia de políticas de atención médica, en mucho mayor medida que la Secretaría de Salud, reducida a la administración de fondos de ayuda a provincias, programas asistenciales y preventivos y a algunas tareas de fiscalización. De tal modo, la Secretaría de Seguridad Social pasó a ser el interlocutor estatal con las organizaciones sindicales, el gremio médico, los representantes de la atención médica privada, los prepagos médicos y diferentes grupos de beneficiarios.

En cuarto término, la reducción de la capacidad orientadora y fiscalizadora del Estado permitió el desarrollo de un mercado de servicios de salud, en el cual las superposiciones, los costos crecientes y el uso indiscriminado e innecesario de recursos tecnológicos pasaron a ser una constante.²³ De esta forma se consolidó un modelo prestador de servicios sumamente tecnologizado, de alta especialización y que privilegió la atención de determinadas patologías en detrimento de los servicios de menor complejidad, la medicina general y las acciones preventivas.

Un quinto rubro dentro de la acción del gobierno central en materia de salud estuvo dado por la relación con las provincias. Dentro del discurso de las autoridades sanitarias nacionales estaba también presente el desarrollo de una acción federalista. A tal fin, durante una primera etapa se sustituyó al Comité Federal creado en 1972, por las Reuniones de Autoridades de Salud que significaron desde 1976 a 1980, encuentros periódicos de autoridades provinciales y nacionales. En 1980 se amplió la convocatoria convirtiendo a dichas reuniones en el Consejo Federal de Salud, incluyendo entre los asistentes a representantes de organismos estatales y privados, la Academia Nacional de Medicina, entidades médicas, los Comandos de Sanidad y los oficiales de enlace de cada fuerza armada en el Ministerio de Salud, escuelas de salud pública y organismos internacionales.

Las tres primeras reuniones del CO.FE.SA. estuvieron dedicadas a definir su estructura y funcionamiento, así como a diagnosticar la situación de salud del país y la marcha de algunos de los programas a cargo del Ministerio.

21) Ley No 20.748. art. 19, 12/9/74.

22) Marshall, A.: “Gasto público y servicios sociales, su performance entre 1976 y 1983”. Flaco, Buenos Aires, agosto de 1985.

23) Canitrol. C.: “Tecnología médica: el advenimiento de un cambio radical en la medicina”. Cuadernos Médicos Sociales. 16, 1981.

En la cuarta Reunión realizada en marzo de 1982, se inició sorpresivamente la discusión de una propuesta de organización de un Sistema Federal de Salud que suponía la coordinación entre los sectores público, de la seguridad social y privado. El sistema se proponía asegurar la cobertura en materia de atención médica a la totalidad de la población, y los acuerdos alcanzados reiteraban la voluntad de elevar la calidad de la atención, lograr una mayor accesibilidad a los servicios y promover una mayor simplificación administrativa. Sin embargo, el Sistema Federal de Salud no avanzó más allá de los efímeros acuerdos de esa Reunión.

Hacia 1983 el deterioro de los servicios públicos se veía reforzado por la profunda crisis económica que afectaba al país. Ninguno de los niveles en los que se desarrollaba la acción estatal en materia de salud había quedado exento del desmantelamiento; en algunos casos las consecuencias eran visibles en la pérdida de planteles profesionales, en el cierre de servicios o en la irregular distribución del equipamiento. La magnitud del daño realizado reclamaba no sólo la reparación de lo existente sino que propiciaba un cambio en el papel del Estado en materia de salud.

B. Algunas características actuales

1) Recursos físicos y humanos

El cuadro 4 muestra la escasa significación que el nivel nacional poseía en 1980: sólo el 2 % de los establecimientos. Por el contrario, el nivel provincial concentraba dos tercios de los establecimientos con internación y casi tres cuartos de aquellos con atención exclusivamente ambulatoria. Por otra parte, el nivel municipal y las otras dependencias oficiales (fuerzas armadas, universidades) poseían un número similar de establecimientos con internación.

Puede observarse, además, que los establecimientos de fiscalización constituían una alta proporción de los administrados por la salud pública nacional, mientras que los de investigación se concentraban fundamentalmente en otras dependencias oficiales, básicamente establecimientos universitarios.

A pesar de poseer una pequeña porción de los establecimientos con internación, la participación de la salud pública nacional en el número de camas disponibles es sustancialmente mayor (11,1 %), lo que encuentra explicación en el tamaño medio de los establecimientos (ver cuadro 5). Efectivamente, en el caso de este sector el promedio de camas por establecimiento es de 441, varias veces superior al tamaño promedio de los establecimientos de las otras dependencias administrativas.

Otra diferencia importante entre las características de los establecimientos con internación pertenecientes al nivel nacional y las de otras dependencias puede ser observada en el cuadro 6. El sector nacional posee la mayor proporción de pacientes crónicos: cuatro pacientes crónicos por uno agudo. La relación es inversa en los otros niveles: tres agudos por uno crónico en el sector provincial; catorce agudos por uno crónico en el municipal, y ciento catorce agudos por uno crónico en las otras dependencias oficiales. En relación a esta característica del sector nacional, cabe señalar, que como consecuencia del proceso de descentralización de servicios llevado a cabo en, 1978/1979, quedaron bajo su administración básicamente instituciones psiquiátricas ubicadas en la Capital Federal, Buenos Aires y Córdoba (ej.: Hospitales Moyano; Borda, Tobar García, Torres, Oliva, etc.)

En cuanto a recursos humanos, en 1980 el sector público contaba con 159.268 trabajadores de los cuales 54.104 eran profesionales. El sector provincial proveía de empleo a la mayor parte de dicho personal (53 %); le seguía en orden de importancia el sector municipal (25 %), otras dependencias oficiales (16 %) y, finalmente, el nivel nacional (6 %).²⁴

24) MSAS/OPS: "Argentina: Descripción de su situación de salud". Buenos Aires, 1985; pág. 482.

Cuadro 4

Sector público
Establecimientos por tipo y dependencia administrativa (1980)

Tipo de establecimiento	Nacional	Provincial	Municipal	Otras dependencias oficiales	Total
Con internación	24	873	220	217	1.334
Ambulatorio exclusivamente	23	2.620	716	225	3.587
Diagnóstico	2	24	4	5	35
Producción	1	1	1	1	4
Investigación	4	3	.	11	18
Fiscalización	44	43	33	25	145
TOTAL	101	3.564	974	484	5.123

Fuente: En base a Ministerio de Salud y Acción Social (MSAS) / Organización Panamericana de la Salud (OPS).
"Argentina: descripción de su situación de salud (1985)". Buenos Aires 1985, pág. 451.

Cuadro 5

Sector público
Establecimientos con internación y camas disponibles por dependencia administrativa (1980)

Dependencia administrativa	Establecimientos	%	Camas	%	Camas/ Establecimiento
Nacional	24	1,8	10.580	11,1	441
Provincial	873	65,4	57.076	60,2	65
Municipal	220	16,5	17.416	18,3	79
Otras dependencias oficiales	217	16,3	9.811	10,4	45
TOTAL	1.334	100,0	94.883	100,0	71

Fuente: En base a *idem*, pág. 452.

Cuadro 6

Sector público
Número de establecimientos con internación y camas disponibles según dependencia administrativa, por estada predominante de pacientes (1980)

Estada predominante de pacientes	Nacional		Provincial		Municipal		Otras dependencias oficiales		Total	
	Est.	Camas	Est.	Camas	Est.	Camas	Est.	Camas	Est.	Camas
Agudos (hasta 30 días)	9	2.128	808	43.484	206	16.258	204	8.997	1.227	70.867
Crónicos (más de 30 días)	15	8.452	64	13.571	14	1.158	12	787	105	23.968
Convalecientes	.	.	1	21	.	.	1	27	2	48
TOTAL	24	10.580	873	57.076	220	17.416	217	9.811	1.334	94.883

Fuente: *idem*, pág. 453.

El cuadro 7 ilustra sobre la distribución geográfica del sector público de la salud. De esta información es posible concluir que la salud pública nacional está presente sólo en Capital Federal (50 % de las camas), Buenos Aires, Córdoba y, en menor grado, Entre Ríos. Por otra parte, sólo en Capital Federal y en las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos y Santa Fe, la presencia municipal en salud adquiere significación. Es importante resaltar que existe una distribución en todo el territorio nacional de los establecimientos pertenecientes a otras dependencias oficiales.

A pesar de las variaciones que registra el indicador habitantes por cama, puede afirmarse que no muestra una desigualdad apreciable en términos de distribución geográfica ya que la dispersión en torno a la media es pequeña en la mayoría de las jurisdicciones. Por otra parte, no existe una clara asociación entre comportamiento del indicador y nivel de desarrollo socioeconómico de la jurisdicción. Esto significa que a mayor nivel socioeconómico no corresponde necesariamente una mejor relación habitantes/cama.

2) Nivel y distribución del gasto

En 1980 el gasto en salud de las provincias ascendía a \$ 2.526 miles de millones y el de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires \$ 693 miles de millones.²⁵ Por otra parte, y de acuerdo con el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, el presupuesto de cierre de la Secretaría de Salud en el mismo año fue de \$ 703 miles de millones. De esta forma llegamos a un total de gastos del sector público equivalente a \$ 3.922 miles de millones. Sin embargo, para no incurrir en doble cuenta de egresos, a esta suma debe deducirse \$43 miles de millones que en dicho año fue la transferencia de la Secretaría de Salud Pública a provincias. Así el nivel de egresos se situaba en \$ 3.879 miles de millones.

Estas, sin embargo, no eran las únicas fuentes del sector público para financiar las prestaciones de salud. El gasto canalizado a través del Ministerio de Educación (sanidad

25) Consejo Federal de Inversiones - Datos inéditos.

Cuadro 7

Sector público Camas y habitantes/cama según dependencia administrativa por jurisdicción (1980)

Jurisdicción	Número de camas				Total	Población	Hab./cama
	Nacional	Provincial	Municipal	Otras dependencias oficiales			
Capital Federal	5.011	.	5.688	2.826	13.525	2.922.829	216
Buenos Aires	2.622	14.865	10.784	2.566	30.837	10.865.408	352
Catamarca	.	835	.	59	894	207.717	232
Córdoba	2.631	5.785	274	1.084	9.774	2.407.754	246
Corrientes	.	1.954	2	302	2.258	661.454	293
Chaco	.	2.133	.	13	2.146	701.392	326
Chubut	.	993	.	154	1.147	263.117	229
Entre Ríos	308	4.535	85	195	5.123	908.313	177
Formosa	.	677	.	41	718	295.887	412
Jujuy	.	1.961	.	105	2.066	410.008	198
La Pampa	.	809	.	41	850	208.260	245
La Rioja	.	600	.	63	663	164.217	248
Mendoza	.	3.017	.	414	3.431	1.196.228	348
Misiones	.	1.167	.	82	1.249	588.977	471
Neuquén	.	790	.	206	996	243.850	245
Río Negro	.	1.092	.	210	1.302	383.354	294
Salta	.	2.590	.	168	2.758	662.870	240
San Juan	.	1.401	.	80	1.481	465.976	314
San Luis	.	710	.	57	767	214.416	279
Santa Cruz	.	475	.	87	562	114.941	204
Santa Fe	.	5.572	571	875	7.018	2.465.546	351
Santiago del Estero	8	2.147	12	43	2.210	594.920	269
Tucumán	.	2.865	.	45	2.910	972.655	334
Tierra del Fuego	.	103	.	95	198	27.358	138
TOTAL	10.580	57.076	17.416	9.811	94.883	27.947.446	294

Fuente: *Idem*, pág. 465, y Censo Nacional de Población y Vivienda 1980.

escolar y hospitales de universidades nacionales) y el realizado por las fuerzas armadas era en 1980 equivalente a dos tercios del gasto de la Secretaría de Salud de la Nación.²⁶ Entonces, la cifra de \$ 3.879 miles de millones debe ser incrementada en \$ 468 miles de millones, obteniéndose de esta forma un gasto de \$ 4.347 miles de millones.

Finalmente, además de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, otros municipios realizan gastos en salud. No existe información sobre su magnitud, pero sabemos que ellos disponían en 1980 de un 12 % de las camas del sector público. Suponiendo la existencia de correspondencia entre camas disponibles y gasto por tipo de dependencia oficial deberíamos aún agregar, a la cifra recientemente obtenida, la cantidad de \$ 593 miles de millones, con lo que se alcanza un monto de \$ 4.950 miles de millones en concepto de gasto global del sector público en salud en 1980.

Si consideramos esta cifra en relación a un PBI estimado para dicho año en \$ 281.700 miles de millones, el gasto público en salud se hallaba en el orden de 1,76 %.

En relación a la distribución geográfica del gasto, el cuadro 8 indica que el gasto realizado por las provincias y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (MCBA) estuvo en 1980 concentrado en un 87 % en gastos corrientes. Por otra parte, el gasto en inversión se realizó en un 83 % en la Capital Federal y provincia de Buenos Aires. En relación al gasto por cápita los casos extremos son Tierra del Fuego, con 366.000 pesos, y Santa Fe, con 63.000 pesos. Junto con Tierra del Fuego, las jurisdicciones que poseen mayor gasto *per cápita* en salud son: Capital Federal, Catamarca, Chubut, La Rioja, Neuquén, San Luis y Santa Cruz. Entre las provincias con menor gasto *per cápita*, además de Santa Fe, encontramos Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, Misiones, Tucumán y Santiago del Estero. El bajo gasto *per cápita* en Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe es compensado por poseer estas tres provincias establecimientos municipales, y en las dos primeras, además, establecimientos nacionales.

Cuadro 8

Tipo de gasto y gasto *per cápita* en salud de provincias y MCBA (1980)

Jurisdicciones	Gasto corriente Miles de millones de \$	Gasto capital Miles de millones de \$	Gasto total Miles de millones de \$	Habitantes Miles	Gasto por habitante Miles \$
Capital Federal	573	119	692	2.922,8	237
Buenos Aires	709	154	863	10.865,4	79
Catamarca	41	3	44	207,7	212
Córdoba	188	17	205	2.407,7	85
Corrientes	58	18	76	661,4	115
Chaco	85	4	89	701,4	127
Chubut	57	2	59	263,1	224
Entre Ríos	76	4	80	908,3	88
Formosa	34	1	35	295,9	118
Jujuy	63	2	65	410,0	158
La Pampa	27	4	31	208,3	149
La Rioja	37	1	38	164,2	231
Mendoza	138	51	189	1.196,2	158
Misiones	40	5	45	588,9	76
Neuquén	49	20	69	243,8	283
Río Negro	63	1	64	383,3	167
Salta	94	4	98	662,8	148
San Juan	60	7	67	465,9	144
San Luis	52	1	53	214,4	247
Santa Cruz	21	3	24	114,9	209
Santa Fe	144	12	156	2.465,5	63
Santiago del Estero	58	4	62	594,9	104
Tucumán	92	5	97	972,6	99
Tierra del Fuego	9	1	10	27,3	366
TOTAL	2.772	446	3.218	27.947,4	115

Nota: Para transformar las cantidades del año 1980 expresadas en pesos (ley 18.188) en australes a precios de junio de 1986 cabe multiplicarlas por 2.500 aproximadamente.

Fuente: Elaborado en base a datos del Consejo Federal de Inversiones –inéditos– y Censo Nacional de Población y Vivienda 1980.

Nota: Para transformar las cantidades del año 1980 expresadas en pesos ley 18.188 en australes a precios de junio de 1986 cabe dividirlos por 0.000425.

III. Seguridad social y salud en la Argentina: las obras sociales

A. Antecedentes históricos

Inspirados en la tradición española, montepíos y cofradías constituyeron las primeras formas que adquirieron las asociaciones de ayuda mutua en América latina durante la época colonial.

Los montepíos comenzaron a florecer a finales del siglo XVIII como instituciones públicas con afiliación y aportes obligatorios, cubriendo fundamentalmente a los altos escalones de la administración pública y a la oficialidad de las fuerzas armadas. Su principal objetivo fue otorgar jubilaciones y pensiones.

Las cofradías, asociaciones de socorros mutuos o simplemente mutualidades, surgieron casi un siglo antes (XVII) y fueron organizadas también sobre un criterio básicamente ocupacional. Militares, médicos, comerciantes y ciertos grupos de artesanos fueron los primeros en utilizar esta forma de protección social. Estas asociaciones poseían varias finalidades: ayuda a las viudas, huérfanos, inválidos y ancianos; cuidados médicos; ayuda temporaria en caso de desempleo y ayuda funeraria.²⁷

Las asociaciones obreras en sus orígenes eran fundamentalmente mutualidades. La primera asociación obrera fue la Sociedad Tipográfica Bonaerense, fundada en 1857, cuyos principales objetivos eran “proteger a los que necesitaban un auxilio justo” y “prestar socorro a los miembros que se enfermasen o imposibilitasen para el trabajo”.²⁸

Hacia fines del siglo XIX, las asociaciones obreras comenzaron a adquirir características de organizaciones de negociación y lucha gremial. En 1878, la Unión Tipográfica lanzó la primera huelga de la que se posee registro. En la década de 1880 el número de sindicatos crecía rápidamente y con ellos el nivel de conflictos laborales. Entre 1891 y 1906 la historiografía identifica 107 huelgas, y entre 1907 y 1910 el Departamento Nacional del Trabajo, que comenzó a producir estadísticas de huelgas, registró 785 sólo en la Capital Federal.²⁹

No obstante esta mutación en la naturaleza de las asociaciones obreras, el carácter mutualista continuó siendo un elemento importante. Por ejemplo, la Fraternidad Ferroviaria, fundada en 1887, que representaba el primer sindicato “moderno” (organización permanente, conducción centralizada y alcance nacional) y que protagonizó importantes conflictos en la época, cubría riesgos de sus afiliados otorgando un peso diario por enfermedad o desempleo; si la enfermedad era declarada crónica (después de 6 meses) se devolvía al afiliado aquellos aportes que hubiera realizado. Además, en caso de que éste falleciese, se otorgaban 300 pesos a su viuda, hijos o padres, mas la devolución de los aportes efectuados.³⁰

Las mutualidades de obreros estructuradas con criterio ocupacional parecen, sin embargo, haber sido las que poseían menor proporción de socios. Si observamos que el desarrollo de sindicatos y mutualidades coincide con el período de gran inmigración es fácil entender que los criterios de nacionalidad fueran importantes para la constitución de estas asociaciones. Entre 1880 y 1913 se crearon poco mas de 1.000 sociedades de socorros mutuos en el país. Sin embargo, en Buenos Aires, en 1910, 48 % de los 150.000 afiliados a las mismas, correspondían a asociaciones patronales, 45 % a mutualidades de diferentes nacionalidades y sólo 7 % a las que podrían ser consideradas como obreras ligadas solamente a la ocupación.³¹

El Gobierno peronista a mediados de los cuarenta imprimió una nueva dinámica a las obras sociales. En la administración pública y las entidades autárquicas se implantaron servicios médicos y en el caso de los ferroviarios se construyeron establecimientos hospitalarios en varias localidades del país con el apoyo de la Dirección General de Asistencia Social dependiente del Ministerio de Trabajo. También, durante este período, se crearon obras sociales sindicales y se apoyaron las existentes a través de subsidios y construcción de establecimientos asistenciales.

La notable expansión de las obras sociales en el período obedeció a la combinación de dos fenómenos. Por un lado, a la voluntad estatal de fortalecer las estructuras sindicales y transformarlas en pilares centrales en la ejecución de su proyecto político. Por otro lado, a las demandas de los dirigentes sindicales, para quienes las obras sociales constituían una fuente de poder económico y de legitimación frente a sus bases. En otras palabras, la promoción estatal y las demandas sindicales a un Estado permeable a ellas, fueron las razones que explican el nacimiento y expansión de las obras sociales en el gobierno peronista.

27) Ver Mesa-Lago, C.: "Social Security in Latin America". Op. cit., págs. 17-21.

28) En Iscaro, FL: "Historia del Movimiento Sindical". Ed. Fundamentos, Buenos Aires, 1973; pág. 40.

29) Isuani, E.: "Los orígenes conflictivos de la seguridad social argentina". Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, 1986; págs. 41-42.

30) Rotondaro, R.: "Realidad y cambio en el sindicalismo". Ed. Pleamar, Buenos Aires, 1971; pág. 34.

31) Cortez, R.: "La seguridad social argentina: las obras sociales". Flacso. Serie "Documentos e Informes de Investigación". Buenos Aires, setiembre de 1985; págs. 9 y 11

En 1969, el 26,7 % de la población del área metropolitana se hallaba cubierta por obras sociales³² Ahora bien, ¿qué eran dichas obras sociales a fines de la década del sesenta? Un estudio³³ nos ilustra sobre sus actividades y recursos. En el campo de la atención médica, algunas obras sociales desarrollaban una estrategia directa de organización con sanatorios para internación, clínicas externas, médicos a domicilio y farmacias propias. Ferroviarios, bancarios, metalúrgicos, obreros de la carne, del vestido y personal civil de la Nación eran ejemplos de esta forma de organización. Otros gremios, generalmente los pequeños y medianos, desarrollaban la estrategia indirecta a través de convenios con federaciones médicas, con sanatorios privados y con farmacias. Algo similar sucedía en el terreno del turismo y la recreación; los grandes sindicatos tenían hoteles propios y los más pequeños contrataban a establecimientos particulares. Los grandes sindicatos, por su parte, poseían agencias de turismo que programaban excursiones, con importantes descuentos sobre los precios corrientes. Además, la mayoría de los sindicatos de la Capital Federal contaban con campos de recreo en los alrededores de la ciudad.

En materia de vivienda, los sindicatos de mayor poderío económico desarrollaban programas de construcción con financiamiento de organismos nacionales (Banco Hipotecario, Cajas de Previsión) e internacionales (BID; AFL-CIO). Luz y Fuerza de Capital Federal construía viviendas con recursos propios y poseía una empresa de construcciones que ocupaba el quinto lugar entre las del ramo. También desarrollaban actividades culturales (teatro, música); de capacitación (La Fraternidad brindaba cursos sobre conducción de locomotoras), asistencia jurídica y previsional, otorgaban préstamos y subsidios para adquisición de electrodomésticos, muebles, etc., y a través de proveedurías, brindaban bienes de consumo a bajos precios.

Según el Censo de Asociaciones Profesionales de 1964³⁴ las entidades poseían 194 bibliotecas, 64 colonias de vacaciones, 38 comedores, 28 campos deportivos, 6 cooperativas, 274 escuelas sindicales, 67 farmacias, 235 gestorías de jubilaciones, 13 hospitales, 69 proveedurías, 122 clínicas, 75 instituciones de seguros y 15 talleres.

En el contexto de este importante desarrollo sindical y de sus obras sociales, el gobierno de la Revolución Argentina dictó la primera pieza legal destinada a regular su existencia. La ley 18.610 permitió una mayor expansión de las obras sociales en el período que media entre su sanción en 1970 y el presente.

Entre los aspectos más relevantes de la ley pueden mencionarse los siguientes: quedaban comprendidas en sus disposiciones las obras sociales de la administración central, organismos descentralizados, empresas del Estado, de administración mixta y de las asociaciones profesionales de trabajadores con personería gremial (art. 1). Las entidades deberían destinar sus recursos en forma prioritaria a las prestaciones médico-asistenciales mínimas (art. 2). En rela-

ción a los recursos, de éstos provendrían de una contribución de los empleadores del 2 % de la nómina salarial, un aporte de los trabajadores del 1 % de sus remuneraciones (1 % adicional para quienes poseyeran una o más personas a cargo) y un 2 % de los haberes previsionales de jubilados y pensionados que se incorporaran al sistema (art.5).³⁵ Los depósitos realizados por el empleador como agente de retención serían efectuados a nombre de la obra social, y en el caso de aquellas pertenecientes a asociaciones profesionales de trabajadores, a la orden de éstas. Además, dichas obras sociales serían conducidas por los sindicatos a los que correspondieran (art. 8). Se creaba el Instituto Nacional de Obras Sociales con el fin de promover, coordinar e integrar las actividades de las obras sociales y para realizar actividades de evaluación técnica y contable (arts. 12 y 13). El Instituto sería conducido por un directorio integrado por un presidente y 10 vocales (5 representando al Estado, 3 a los trabajadores y 2 a los empresarios) designados por el Poder Ejecutivo (art. 17). Se establecía un Fondo de Redistribución administrado por el INOS para incrementar o mejorar la capacidad instalada de las obras sociales o para asistir financieramente a las mismas (arts. 21 y 22). Las obras sociales de provincias, municipios y fuerzas armadas y de seguridad quedaban excluidas de la ley, pero podían adherirse en forma total o parcial (art. 24).

Con la sanción de la ley se otorgaba a los sindicatos una cuota no despreciable de poder económico, ya que en definitiva, serían ellos mismos quienes administrarían los recursos de sus obras sociales; es cierto que la existencia del INOS implicaba la creación de una instancia de control, pero estaría por verse si el flamante Instituto tendría el poder para ejercerlo. No parece que éste haya sido el caso. Las nuevas autoridades del INOS designadas por el gobierno constitucional en 1973 expresaban que ni siquiera existía la base informativa sobre población beneficiaria, estructura demográfica y social, distribución geográfica, modalidades de prestación de servicios, recursos y costos, para intentar una tarea de planificación y control de gestión.³⁶

¿Por qué el gobierno de la Revolución Argentina entregó esta cuota de poder? La pregunta tiene sentido cuando

32) Ministerio de Salud Pública: "Encuesta de utilización de servicios y gastos en atención médica". Buenos Aires, 1982: pág. 16.

33) Ver Weimberg, P. D.: "Las obras sociales de los sindicatos en la República Argentina". Buenos Aires, junio de 1970 (mimeo).

34) Rotondaro, FL: Op. cit., pág. 370.

35) Debe recordarse que a esa fecha aún no había sido creado el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (I.N.S.S.J.P.).

36) Corte.3 R.: Op. cit., págs. 21 y 22

incorporamos al análisis el hecho de que tres años antes (1967) el general Onganía había producido una reforma en el sistema previsional nacional, siendo uno de sus componentes básicos la eliminación de los representantes sindicales de la administración de las cajas previsionales, fuente de poder económico y corrupción en la interpretación del gobierno militar.

En realidad, la sanción de la ley puede ser interpretada como una concesión a los sindicatos por parte de un gobierno ya debilitado a partir del “Cordobazo”. Un creciente nivel de conflictos llevó al gobierno a normalizar la CGT, convocar a negociaciones colectivas y “compensar”, mediante la ley de Obras Sociales, la exclusión del sindicalismo en el manejo de las cajas previsionales.

Durante el último Gobierno peronista, la sustancial elevación de los aportes y contribuciones que en 1975 habían más que duplicado los establecidos por la ley 18.610, es un indicador de la mayor disposición de fondos y, por ende gasto de las obras sociales. El crecimiento de la presencia económica de las obras sociales entre 1970 y 1976 no fue debilitado por el Proceso de Reorganización Nacional iniciado en este último año. El nuevo Gobierno militar intentó, sin embargo, desplegar una política análoga a la que Onganía había implementado en relación a las Cajas de Previsión Social: En otras palabras, debilitar las estructuras sindicales a través, entre otras cosas, de eliminar su presencia en la administración de las obras sociales. Este fue, sin dudas, el principal objetivo de la ley 22.269 en 1980.

El mensaje que acompañaba al proyecto sostenía que dado que la nueva ley 22.105 de asociaciones profesionales instituía la afiliación voluntaria a los sindicatos, estos “no representan a la totalidad de los trabajadores. De ahí que los sindicatos no puedan asumir su representación total, ante los respectivos entes de obra social”. Además, “la falta de funcionamiento pleno del Instituto Nacional de Obras Sociales y la consiguiente carencia de controles eficaces, provocaron numerosas situaciones irregulares, traducidas en ausencia total o parcial de prestaciones, falta de adecuada cobertura de importantes sectores beneficiarios y derivación de fondos de las obras sociales hacia el financiamiento de actividades extrañas a sus fines”.

En base a estos fundamentos, la ley establecía la desvinculación de las obras sociales de las asociaciones gremiales. Cada obra social sería gobernada por un Consejo de Administración integrado por un representante del Estado, tres de los beneficiarios y tres de los empresarios contribuyentes. Todos ellos serían designados por el INOS a propuesta de beneficiarios y empresarios, y directamente en el caso del representante estatal. En cada obra social funcionaría una sindicatura designada por el INOS para fiscalizar su labor. En la conducción del INOS, la presencia estatal era sensiblemente mayor a la prevista en la ley 18.610. Ahora sería administrado por siete directores designados por el Ministerio de Bienestar Social, uno en re-

presentación de dicho Ministerio, dos a propuesta de la Secretaría de Seguridad Social, dos indicados por la Secretaría de Salud Pública y dos en representación de beneficiarios y empleadores.

Los sindicatos no podrían brindar prestaciones médico-sociales, aunque sí turismo social y otras prestaciones financiadas con recursos propios y no derivados de las obras sociales. Los bienes de los sindicatos aplicados a prestaciones médico-asistenciales, cuando hubieren sido adquiridos con fondos especificados por la ley 18.610, debían ser simplemente transferidos a las obras sociales correspondientes; cuando los bienes hubieran sido adquiridos con fondos sindicales podían ser vendidos a las obras sociales o a terceros, o conservarlos para utilizarlos como un prestador más, previa inscripción en el Registro de Prestadores y bajo figura jurídica independiente de la asociación gremial.

Un estudio³⁷ señala, en relación a la ley 22.269, la existencia de dos proyectos previos. Uno impulsado desde el Ministerio de Economía y otro por la Secretaría de Seguridad Social. Ambos habrían coincidido en eliminar la presencia de los sindicatos y aumentar la fiscalización de las obras sociales. Sin embargo, existían discrepancias entre ambos enfoques en relación a la introducción de prácticas de mercado en el sector de la salud. El Ministerio de Economía, con el apoyo de grupos empresarios y de representantes de los seguros privados de salud, criticaban un sistema cerrado y compulsivo como eran las obras sociales, y el financiamiento patronal a las mismas. La Secretaría de Seguridad Social, por su parte, defendía la obligatoriedad del sistema y la necesidad del aporte patronal.

El texto de la ley refleja este debate en el seno del Gobierno. La posición del Ministerio de Economía parece haber sido considerada, ya que un par de disposiciones apuntaban a estimular la lógica de mercado. El artículo 4 permitía al afiliado no hacer uso de la obra social que le correspondía y retirar el 90 % de su aporte para escoger otro prestador. Además, el artículo 31 establecía que los entes de obra social actuarían como financiadores de servicios, sin desarrollar capacidad instalada propia y procurando reducir la existente, salvo en casos estrictamente indispensables. Se intentaba consolidar de esta forma la estrategia indirecta de organización de la seguridad social y el fortalecimiento del

37) Para un análisis del contexto en el cual se desarrolló esta discusión de la ley, ver Belmartino, S.; Bloch, C., y Quinteros, Z.: “El programa de estabilización económica y las políticas de salud y bienestar: 1976-1980”. Cuadernos Médicos Sociales. No 18, 1981.

sector privado. Sin embargo, la ley no eliminó los aportes patronales, y los mantuvo en el 45 % de la nómina salarial junto al 3 % de la remuneración del trabajador. También elevó los recursos del Fondo de Redistribución.

En cuanto a la liberalización del mercado de servicios de salud, nada hace suponer que la renuncia de afiliados a hacer uso de su respectiva obra social para dirigirse a prestadores alternativos haya sido un fenómeno de alguna relevancia. Por su parte, la expansión de la infraestructura de las obras sociales no tuvo desarrollo significativo, hecho que debe ser atribuido, mas que a la sanción de la ley, a una lógica muy arraigada por la cual las obras sociales contratan servicios siguiendo así una estrategia indirecta de organización.

En la práctica, la ley 22.269 no fue reglamentada y la mayor fiscalización sobre las obras sociales fue inexistente; su administración fue cedida a interventores con enorme poder discrecional sobre la utilización de los recursos.

B. Las obras sociales en la actualidad

1) Tipos institucionales y cobertura

A comienzos de 1985 existían en el país 337 obras sociales operando en el marco establecido por la ley 22.269 y dentro de este conjunto era posible identificar diversos tipos institucionales.³⁸

En primer término, aquellas a cargo de asociaciones profesionales de trabajadores del sector público y privado, conocidas como obras sociales sindicales. Un conjunto pequeño de ellas posee una estructura nacional y gran número de afiliados (metalúrgicos, mecánicos del transporte automotor, trabajadores de la sanidad y de la alimentación, etc.); la mayoría posee un reducido contingente de afiliados o un carácter local (personal del caucho de Santa Fe, Jockey Club de Rosario, industria maderera de Córdoba, micros y ómnibus de Mendoza, etc.).

Un segundo tipo de obra social es aquel cuya pertenencia y administración corresponde a organismos públicos centralizados (Ministerio del Interior y de Relaciones Exteriores) o a entidades públicas descentralizadas como YCF y ENTel. Se las denomina obras sociales estatales. En tercer lugar se encuentran 12 obras sociales que conforman los institutos de administración mixta, dado que en su dirección participan representantes estatales y de los beneficiarios. A este tipo pertenece la mayor obra social del país, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (I.N.S.S.J.P.). Otros institutos cubren a bancarios y trabajadores rurales y algunos protegen exclusivamente a personal estatal, como los correspondientes al Ministerio de Salud y Acción Social y al Ministerio de Economía y Hacienda.

En cuarto lugar existen aquellas de personal de dirección y que cubren tanto a empresarios como a personal jerárquico de empresas de la alimentación, automotriz, metalurgia, etc. Un quinto tipo de obras sociales, llamadas por Convenio, surgieron como fruto del acuerdo de sindicatos y empresas para que éstas actúen como agentes de retención de aportes y, organicen y brinden la prestación de servicios médicos a sus trabajadores. Entre ellas se cuentan las obras sociales de las empresas Pirelli, Molinos Río de la Plata, Ford Motor, Dunlop Argentina, Cerámica San Lorenzo, etc. También existen 5 obras sociales de empresas de capital mixto regidas por la ley 21.476 (obras sociales de Atanor S. A., Forja Argentina S. A. I. C., Papel Misionero S. A. I. F. y C., Petroquímica General Mosconi y Somisa) y una obra social de empresa (Fiat Concord) que INOS clasifica separadamente.

En sexto lugar existen obras sociales de carácter municipal adheridas al sistema. Debe tenerse en cuenta que, como sucedía en la ley 18.610, las obras sociales municipales y provinciales están excluidas del ámbito de aplicación de la ley 22.269, pero tienen posibilidad de adherirse. Por último, encontramos las asociaciones de obras sociales de base provincial o subprovincial; son 31 asociaciones que integran las actividades de pequeñas obras sociales existentes en los ámbitos referidos (ej.: Bahía Blanca, Neuquén, San Juan, Coronel Suárez, etc.).

Fuera del ámbito de la ley 22.269 existen también obras sociales provinciales, municipales, de las fuerzas armadas y de seguridad, del Congreso y del Poder Judicial.

En relación a la población cubierta por las obras sociales de la ley 22.269 y al efecto de evitar la doble cuenta de beneficiarios, el INOS considera 291 entidades en lugar de las 337 existentes. Se eliminan así las 31 asociaciones de obras sociales y otras 15 obras sociales que duplican el número de beneficiarios con algunas de las incluidas en el conjunto de 291 entidades.

En el cuadro 9 se presenta la información sobre cobertura por tipo institucional y categoría de beneficiarios. Una primera visión revela la importancia de los 12 institutos de administración mixta, cubriendo a mas de la mitad de los beneficiarios del sistema. Por su parte, las obras sociales sindicales cubren a mas de un tercio de la población beneficiaria.

38) Para un análisis de la situación presente de las obras sociales, ver Thompson, A.: "Estado, Sindicatos y Salud: Notas sobre las obras sociales en la Argentina". Secretaría de Planificación, Buenos Aires, mayo de 1985 (mimeo).

Ahora bien, el fenómeno de la concentración en pocas del grueso de la cobertura del sistema aparece nítidamente cuando observamos en el cuadro 10 que una obra social, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (I.N.S.S.J.P.) con mas de

3.000.000 de beneficiarios, posee el 18 % de la población cubierta. En el mismo cuadro puede advertirse que sumados el I.N.S.S.J.P., ISSARA (rurales) y OSECAC (comercio) cubren el 38 % de la población beneficiaria. Si a estos tres institutos agregamos dos obras sociales sindica-

Cuadro 9

Población beneficiaria según naturaleza institucional de las obras sociales y categoría de beneficiarios (diciembre de 1984)
Total del país

Naturaleza institucional	Beneficiarios						Obras sociales consideradas	
	Titulares	%	Familiares	%	Totales	%	Cant.	%
Sindicales	2.194.661	12,68	4.246.430	24,54	6.441.091	37,22	199	68,39
Estatales	287.060	1,66	456.878	2,64	743.938	4,30	16	5,50
Por convenio	77.974	0,45	157.403	0,91	235.377	1,36	31	10,65
Personal directivo	264.346	1,53	562.983	3,25	827.329	4,78	24	8,25
Administración mixta	4.389.300	25,36	4.492.714	25,96	8.882.014	51,32	12	4,12
Por adhesión	25.858	0,15	70.681	0,41	96.539	0,56	3	1,03
Ley 21.476	16.998	0,10	38.465	0,22	55.463	0,32	5	1,72
De empresas	7.302	0,04	16.865	0,10	24.167	0,14	1	0,34
TOTAL	7.263.499	41,97	10.042.419	58,03	17.305.918	100,00	291	100,00

Fuente: INOS, - Gerencia de Planeamiento. Subgerencia de Organización e Información. Area Información. Julio de 1985.

Cuadro 10

Población beneficiaria de los institutos de administración mixta por categoría de beneficiarios (diciembre de 1984)

Obra social	Titulares				Familiares				Total			
	Activo	Pasivo	Otros	Sub-total	Activo	Pasivo	Otros	Sub-total	Activo	Pasivo	Otros	Total
Salud Pública y Trabajo	54.570	4.976		59.546	130.369	3.988	.	134.357	184.939	8.964	.	193.903
Carne y Afines	53.248	6.408	6	59.662	121.529	4.693	17	126.239	174.777	11.101	23	185.901
Comercio y Actividades Civiles	1.043.900	35.607	694	1.080.201	1.069.833	19.395	1.733	1.090.961	2.113.733	55.002	2.427	2.171.162
Docentes	230.814	36.557	.	267.371	324.911	15.620	.	340.531	555.725	52.177	.	607.902
Ferrovianos	124.921	147.466	.	272.387	231.296	87.441	.	318.737	356.217	234.907	.	591.124
Hacienda	19.050	5.767	1.644	26.461	35.684	3.326	4.588	43.598	54.734	9.093	6.232	70.059
Obras Sanitarias	10.369	5.478	1.469	17.316	18.261	2.751	3.579	24.591	28.630	8.229	5.048	41.907
Seguros	25.370	8.777	7.244	41.391	39.691	5.638	14.241	59.570	65.061	14.415	21.485	100.961
Vidrio	16.337	3.110	.	19.447	26.732	2.551	.	29.283	43.069	5.661	.	48.730
Bancarios	162.860	40.289	1.346	204.495	291.456	29.562	2.731	323.749	454.316	69.851	4.077	528.244
Rurales y Afines	308.142	.	2.034	310.176	995.912	.	5.731	1.001.643	1.304.054	.	7.765	1.311.819
I.N.S.S. Jubilados y Pensionados	.	2.030.577	.	2.030.577	.	999.454	.	999.454	.	3.030.031	.	3.030.031
TOTAL	2.049.581	2.325.012	14.437	4.389.030	3.285.674	1.174.419	32.620	4.492.713	5.335.255	3.499.431	47.057	8.881.743

Fuente: Plachner, M. I., y otros: "Gasto en salud y utilización de servicios en el sistema de obras sociales". OPS, Tomo I, Buenos Aires, 1985.

les (metalúrgicos y construcción), se concluye que sólo 5 obras sociales cubren el 50 % de los beneficiarios.³⁹ Finalmente, las 20 mayores obras sociales cubren al 80 % de la población beneficiaria y de esta forma las restantes 271 instituciones se reparten la tarea de atender sólo al 20 % de los beneficiarios.

A la población cubierta por las obras sociales de la ley 22.269, INOS adiciona la que corresponde a aquellas excluidas del régimen de dicha ley. La información del cuadro 11 permite concluir que virtualmente tres cuartos de la población del país (poco más de 22.000.000 de habitantes) gozarían de la cobertura de alguna obra social. Sólo un cuarto no tendría esta protección, ya sea por estar en una situación socioeconómica vulnerable (desempleo, subempleo) o cubierta por otros medios (seguro privado, pago directo).

De cualquier manera, la cifra de 22.000.000 de personas cubiertas por obras sociales debe ser considerada sólo una hipótesis de máxima por la existencia de doble o múltiple cobertura. Efectivamente, una misma persona puede estar afiliada a dos o más obras sociales, por lo que él (y su grupo familiar), aparecerá computado tantas veces como el número de obras sociales a las que se encuentre afiliado. Puede suceder también que una pareja de trabajadores afiliados a distintas obras sociales aparezcan duplicando el número de beneficiarios (cónyuge e hijos).

¿Cuál es el nivel de duplicidad o multiplicidad de cobertura y cual su efecto en la reducción de la cobertura? Este es un fenómeno sobre el que no hay información oficial disponible. No obstante existen datos que permiten una primera aproximación. De acuerdo con la información brindada por una encuesta realizada en 1980 en el área metropolitana de Buenos Aires,⁴⁰ un 2,3 % de los entrevistados poseían doble afiliación. Lo más llamativo sin embargo era el nivel de cobertura global de obras sociales que ascendía sólo al 615 % de la población encuestada, bastante inferior al 74,3 % que, como vimos, INOS estimaba para el total del país. Es importante tener en cuenta además, que el grado de cobertura en Capital y Gran Buenos Aires es mayor al del promedio nacional. El propio INOS estima que mientras la cobertura de las obras sociales de la ley 22.269 es 575 % (cuadro 11) para el país en su conjunto, aumenta al 62 % en Capital y Gran Buenos Aires.

Si aplicamos a la información de INOS los hallazgos sobre doble afiliación de la encuesta, la cobertura debería descender a aproximadamente el 70 % de la población, y esto teniendo en cuenta que la encuesta no está en condiciones de identificar doble cobertura del grupo familiar consecuencia de la afiliación de ambos cónyuges a obras sociales diferentes. En conclusión, la cobertura de obras sociales debería oscilar entre un mínimo cercano al 60 % de la población resultante de generalizar para todo el país los datos de la encuesta y un máximo del 70 % de acuerdo con los datos del INOS ajustados por los resultados de la encuesta.

Hasta ahora hemos utilizado el indicador población beneficiaria sobre población total como indicador de cobertura. Es posible, no obstante, utilizar un indicador alternativo; esto es, beneficiarios titulares, población económicamente activa (PEA), lo que arroja una idea del porcentaje de la fuerza de trabajo cubierta por obras sociales.

De acuerdo al cuadro 9 existían 7.263.000 beneficiarios titulares: de ellos deben ser descontados 2.031.000 de jubilados y pensionados titulares (cuadro 10) que al no formar parte de la PEA deben ser excluidos del cálculo de este indicador. Si para 1985 las proyecciones indicaban una PEA de alrededor de 11 millones de personas, la cobertura de la PEA era del 47 %.

Es verdad que este bajo porcentaje no considera a los titulares de obras sociales excluidas de la ley 22.269 y oculta la existencia de familiares que son trabajadores activos, y aun cuando no están afiliados a obra social alguna, están cubiertos por la del titular. Esto elevaría el porcentaje de la PEA cubierta. Pero, por otra parte, debería deducirse la doble o múltiple afiliación existente, lo que haría descender dicho porcentaje. No estamos en condicio-

Cuadro 11

Población del país según cobertura de obras sociales (diciembre de 1984)

Cobertura	Población	
	Número	Porcentaje
OBRAS SOCIALES		
Sist. ley 22.269/80 (art. 18.610/71)	17.305.918	57,50
OBRAS SOCIALES PROVINCIALES Y MUNICIPALES		
(incluye M.C.B.A. - Poder Judicial y Congreso de la Nación)	4.005.160	13,30
OBRAS SOCIALES NACIONALES		
Comprende FF. AA. y de Seguridad	1.046.000	3,50
POBLACION CUBIERTA	22.357.078	74,30
POBLACION NO CUBIERTA	7.739.840	25,70
POBLACION TOTAL DEL PAIS		
Proyección de INDEC para 1984	30.096.918	100,00

Fuente: INOS. Gerencia de Planeamiento. Subgerencia de Organización e Información. Área Información. Julio de 1985.

39) MSASINOS: "Sokh Informativo". año 6, No 23. abril de 1984, págs. 16 y 17.

40) Ministerio de Salud Pública: "Encuestas de utilización de servicios". Op. cit. pág. 16.

nes de saber cual sería el balance final de los ajustes que deberían ser introducidos, pero curiosamente dicho 47 % es una cifra consistente con el porcentaje de PEA que aporta al sistema nacional de jubilaciones y pensiones. En otras palabras, alrededor de la mitad de los trabajadores argentinos aportan a las obras sociales de la ley 22.269 y al sistema nacional de previsión.

2) Recursos físicos y humanos

Del total de 337 obras sociales soto 50 poseen establecimientos propios y, de éstas, 12 poseen dos tercios de los establecimientos y 83 % de las camas de acuerdo con la información presentada en el cuadro 12. A su vez sólo 2 obras sociales (Ferroviarios y Metalúrgicos) poseen la mitad de los establecimientos y camas propios. Analizado por tipo institucional, puede observarse en el cuadro 13 que las obras sociales sindicales y las de administración mixta se distribuyen en proporciones similares, la casi totalidad de los establecimientos. No obstante, las últimas poseen el mayor porcentaje de camas (56 %), mientras que las sindicales poseen un 25 %.

Si focalizamos un subconjunto muy significativo de obras sociales como son los institutos de administración mixta, en el cuadro 14 puede apreciarse que sólo 22,3 % de los gastos médicos asistenciales se realizan en los establecimientos propios. Solamente los institutos de Ferroviarios y del Vidrio gastan principalmente en servicios propios. En ISSPICA (Carne) e ISSB (Bancarios) el gasto en contratación de servicios aparece equilibrado con el gasto realizado en servicios propios. Los restantes gastan fundamentalmente en servicios contratados y tres de ellos (Comercio, Rurales y Seguros) lo hacen totalmente.

Esta es una ilustración de la modalidad predominantemente indirecta de organización de los servicios de salud adoptada por las obras sociales.

3) Ingresos y egresos de las obras sociales

En relación al nivel y destino de los gastos contamos con la información sobre los institutos de administración mixta que se presenta en el cuadro 15. Como puede observarse, el porcentaje de gasto destinado a prestaciones médico-asistenciales fue 78,6 en 1984. No obstante habla variabilidad entre los institutos, ya que mientras en Bancarios y Rurales apenas superaba la mitad del gasto total, en ISSPICA e I.N.S.S.J.P. rondaba el 90 %:

Cabe además señalar que el porcentaje promedio de gasto en prestaciones (87,4 %) indica que las otras prestaciones (turismo, vivienda, etc.) constituían una pequeña fracción del gasto total.

Un 7 % como promedio en gastos administrativos no es una cifra que puede ser considerada baja; sin embargo en los Institutos del Ministerio de Salud, Hacienda, Rurales, Vidrio y Obras Sanitarias, y especialmente en este último, dicho porcentaje era muy elevado.

El gasto médico-farmacéutico *per cápita* es una ilustración del fenómeno de la estratificación existente en las obras sociales argentinas, ya que oscila entre \$a 1.730 (Rurales) y \$a 15.140 *per cápita* (Seguros). Bancarios y Jubilados

Cuadro 12

Establecimientos y camas propios de obras sociales (1984)

Obra social	Establecimientos	Camas	% de camas
ISS Ferroviarios	40	2.684	40,0
Personal Industria Metalúrgica	18	767	11,2
YPF	4	396	5,7
ISS Bancarios	1	296	4,2
ISSPICA	7	272	4,0
ADOS-Tucumán	1	260	3,7
I.N.S.S.J. y P.	2	247	3,6
OSPLAD	1	174	2,6
ADOS-San Juan	2	173	2,6
ISSPI Vidrio	1	169	2,5
Personal Industria Textil	1	146	2,1
ELMA	1	78	1,1
Subtotal	80	5.662	83,3
Otras obras sociales (38)	38	1.139	16,7
TOTAL	118	6.801	100,0

Fuente: MSAS/INOS: "Establecimientos y camas disponibles propias de las obras sociales". Buenos Aires, 1985, pág. III.

Cuadro 13

Establecimientos y camas propios de obras sociales por tipo institucional (1984)

Cantidad de obras sociales	Tipo institucional	Cantidad de establecimientos	Camas	
			Cantidad	%
31	Sindicales	49	1.741	25,6
3	Estatales	6	534	7,9
2	Por convenio	2	54	0,8
7	Administración mixta	53	3.830	56,3
7	Asociación de obras sociales	8	642	9,4
50	TOTALES	118	6.801	100,0

Fuente: Idem, pág. 38.

Cuadro 14

Composición del gasto en prestaciones médico-asistenciales según tipo de servicio.
Institutos de administración mixta (1984)

Obra social	Prestaciones médico-asistenciales					
	Egresos (en miles de \$a a valores corrientes)			Egresos (en %)		
	Servicios propios	Servicios contratados	Total	Servicios propios	Servicios contratados	Total
1) Bancarios	2.322.797	3.442.539	5.765.336	40,3	59,7	100
2) Ministerio de Salud	189.861	763.753	950.614	19,7	80,3	100
3) Carne y Afines	597.733	432.743	1.030.476	58,0	42,0	100
4) Comercio	.	8.149.234	8.149.234	.	100,0	100
5) Docentes	607.000	2.643.000	3.250.000	18,7	81,3	100
6) Ferroviarios	3.739.263	816.913	4.556.176	82,1	17,9	100
7) Hacienda	162.123	533.766	695.889	23,3	76,7	100
8) I.N.S.S.J.P.	5.499.889	25.940.485	31.440.374	17,5	82,5	100
9) Obras Sanitarias	62.047	272.224	334.271	16,1	83,9	100
10) Rurales	.	2.095.635	2.095.635	.	100,0	100
11) Seguros	.	1.244.340	1.244.340	.	100,0	100
12) Vidrio	131.876	30.360	162.236	81,3	18,7	100
TOTAL	13.299.589	46.364.992	59.664.581	22,3	77,7	100

Fuente: Elaborado en base a Plachner, M. I.: *Op. cit.*, cuadro II. 4.3.2.

Cuadro 15

Gasto de los institutos de administración mixta (1984)

Institutos de administración mixta	Gasto total millones de \$a a valores corrientes	Gasto prestaciones millones de \$a a valores corrientes	%	Gasto prestaciones médicos, farmacéuticos millones de \$a a valores corrientes	%	Gastos administrativos millones de \$a a valores corrientes	%	Total beneficiarios	Gasto total per cápita miles de \$a a valores corrientes	Gasto prestaciones médico-farmacéuticas per cápita miles de \$a a valores corrientes
	1	2	2:1	3	3:1	4	4:1	5	1:5	3:5
Bancarios	13.081	10.139	77,5	7.027	53,7	754	5,7	528.244	24,76	13,30
Ministerio de Salud	1.656	1.343	81,1	1.097	66,2	174	10,5	193.903	8,54	5,65
Carne y Afines	1.322	1.207	91,3	1.199	90,7	68	5,2	185.901	7,11	6,45
Comercio	10.021	8.675	86,6	8.346	83,3	885	8,8	2.171.162	4,61	3,84
Docentes	5.127	4.260	83,1	4.018	79,6	456	8,9	607.902	8,44	6,61
Ferroviarios	6.147	5.255	85,5	5.277	85,8	477	7,8	591.124	10,50	8,93
Hacienda	1.199	914	76,2	815	68,0	158	13,0	70.059	13,04	11,63
I.N.S.S.J.P.	45.342	42.332	93,4	39.597	87,3	2.614	5,8	3.030.031	14,97	13,06
Obras Sanitarias	557	409	73,4	369	66,2	108	19,3	41.907	13,29	8,80
Rurales	4.048	3.296	81,4	2.267	56,0	538	13,3	1.311.819	3,08	1,73
Seguros	2.459	1.655	67,3	1.529	62,2	95	3,9	100.961	24,19	15,14
Vidrio	223	175	78,3	175	78,5	30	13,5	48.730	4,58	3,59
TOTAL	91.182	79.660	87,4	71.715	78,6	6.355	7,0	8.881.743	10,27	8,07

Fuentes: 1), 2) y 4): Elaborado en base a Plachner, M. I.: *Op. cit.* Cuadro Nº II. 3.1.
3) MSAS/INOS: "Boletín Informativo", año 7, Nº 31, diciembre de 1985, pág. 7.
5) Cuadro 10.

cuentan también con los mayores niveles de gasto per cápita en prestaciones médico-asistenciales mientras que Vidrio, Carne, Ministerio de Salud y Comercio acampanan a Rurales entre los institutos de menor nivel en este tipo de gasto.

En relación a los ingresos y gastos del conjunto de las obras sociales no existe información, por lo que deben ser inferidos a partir de datos parciales. Un estudio reciente ha realizado una estimación para 1984 a partir de la información disponible sobre los 12 institutos de administración mixta⁴¹ y llega a determinar un total de ingresos y gastos para un conjunto de 304 obras sociales equivalentes a un 2,94 % y 2,82 % del PBI, respectivamente. El ejercicio inferencial muestra algunos rasgos significativos del sistema. Los ingresos del I.N.S.S.J.P. fueron un tercio del total y los ingresos de los 12 institutos representaban el 62 % de los ingresos del sistema. Por otra parte, las 292 obras sociales sobre las cuales se ejerció la inferencia alcanzaban el 38 % de los ingresos totales. Clara resulta, en consecuencia, la concentración de recursos en un puñado de instituciones.

Al efecto de obtener una estimación alternativa, seguimos un método diferente que se resume en los siguientes pasos:

1) Se partió de dos datos conocidos como son los aportes y contribuciones al sistema previsional y el porcentaje del ingreso de los institutos de administración mixta representado por aportes y contribuciones. Asumiendo en términos globales que quienes aportan al régimen previsional también aportan a las obras sociales estamos en condiciones de saber que si el 27 % de la nómina salarial (26 % de imposición al sistema previsional y 1 % aporte de los activos al I.N.S.S.J.P.) equivalía en 1984 a \$a 260,8 miles de millones,⁴² el 7,5 %, que es la tasa de imposición de obras sociales, deberá equivaler a \$a 72,4 miles de millones.

Por otra parte, el porcentaje de contribuciones y aportes sobre el total de ingresos de 11 institutos de administración mixta (el I.N.S.S.J.P. se trata por separado) fue en 1984 de 62,6.43 Si esta cifra se generaliza para el resto de obras sociales, entonces el ingreso de las obras sociales (excluyendo el I.N.S.S.J.P.) se eleva a \$a 115,6 miles de millones [(72,4x 100) : 62,6].

2) Deben aún sumarse a este total los ingresos del I.N.S.S.J.P. A este respecto conocemos en primer lugar que en 1984 la transferencia del Sistema Nacional de Previsión al I.N.S.S.J.P. fue de \$a 40.1 miles de millones.⁴⁴ A esta cifra deben adicionarse un 20 % correspondiente a otros recursos que integran la estructura de ingreso del I.N.S.S.J.P. en 1984.⁴⁵ De esta forma tendríamos un total global de \$a 48,1 miles de millones como nivel de ingresos del I.N.S.S.J.P. para 1984.

3) Sumada esta cantidad a la de las restantes obras sociales llegamos a un total global de \$a 163,7 miles de millones que sobre un PBI a precios de mercado estimado en 1984 en \$a 5.042 miles de millones representa el 3,24 % del PBI. Si equiparamos ingresos con egresos y deducimos de éstos un 8,8 % (ver cuadro 15) correspondiente a gastos en otras prestaciones, el gasto de las obras sociales en salud equivale al 2,95 % del PBI.

Es interesante notar que ambos ejercicios inferenciales arrojan diferencias pequeñas si se trata de obtener un orden de magnitud mas que cifras precisas. En conclusión, los gastos de salud del conjunto de obras sociales de la ley 22.269 rondan el 3 % del PBI, Desafortunadamente, no poseemos base para estimar ingresos o gastos de las obras sociales provinciales, municipales, del Congreso, Poder Judicial, Zfuerzas armadas y de seguridad.

NOTA: Para transformar las cantidades del año 1984 expresadas en pesos argentinos en australes a precios de junio de 1966 cabe multiplicarlas por 10 aproximadamente.

41) Plachner, M. I., y otros: "Gasto en salud y utilización de servicios en el sistema de obras sociales". OPS, Buenos Aires, diciembre de 1965, tomo I (mimeo).

42) Secretaría de Seguridad Social: "Boletín estadístico del sistema de seguridad social 1983-1964-1965". Buenos Aires, 1966: pg. 26.

43) Elaborado en base a Plachner, M. I., y otros: Op. cit. Cuadro N° II 2.1

44) Secretaría de Seguridad Social: Op. cit., pag. 26.

45) Plachner de Molinero, M. I., y otros: Op. cit., "Ingresos y egresos Obra Social". RNOS 5.0080.

IV. El sector privado en la salud argentina

A. Antecedentes históricos

Barberos, boticarios, cirujanos, comadronas y médicos integraban una heterogénea gama de personal dedicado a atender las necesidades de salud de la población durante la Colonia y las primeras décadas de vida independiente. Aunque muchos de ellos combinaban su actividad profesional en salud con alguna otra función social (ej.: sacerdote-médico) no por ello dejaban de estar sometidos a ciertas normas impuestas por el Protomedicato, institución colonial que entre sus fines prioritarios incluía el de impedir el ejercicio ilegal de la medicina. A fines del siglo XVIII y primera mitad del XIX, el saber científico sobre salud-enfermedad no difería significativamente del conocimiento lego. Sin embargo, estaban vigentes disposiciones muy estrictas acerca de los requisitos necesarios para el ejercicio de la práctica médica. Las disposiciones respondían al interés gremial de los profesionales quienes, a través del Protomedicato, defendían su espacio laboral y clientela y en cierta medida al temor de la población de ser víctima de improvisados en el arte de curar.

Los médicos con títulos en España o en otros lugares, refrendados ante el Protomedicato, eran los únicos autorizados para trabajar en los primeros centros hospitalarios establecidos por la Iglesia o por las autoridades municipales.

Como producto de esa labor fiscalizadora, paulatinamente se fue produciendo en las ciudades la segregación de los profesionales menos calificados, quienes quedaron como recurso asistencial para los sectores de más bajos ingresos o bien se vieron compelidos a desarrollar sus actividades en zonas cada vez más distantes a los centros urbanos.

El desarrollo de las primeras instituciones privadas fue sumamente modesto. Algunas colectividades extranjeras construyeron establecimientos asistenciales destinados a la atención de sus connacionales residentes o marineros en tránsito, y el surgimiento de estos hospitales de colectividad acompañó a dos grandes corrientes inmigratorias: la de mediados de siglo pasado hasta 1870 y la que llega entre 1890 y fines de la primera guerra mundial.⁴⁶

La solidaridad entre los inmigrantes dio lugar a un conjunto de instituciones que hacia 1920 contaban con casi 2.000 camas hospitalarias en la Capital Federal.

46) García Díaz, G., y otros: "Características de la organización de la atención médica en la Argentina". OPS. Buenos Aires, 1965, págs. 22-24 (mimeo).

Cuadro 16

Hospitales de colectividad en la Capital Federal (1920)

Año de fundación	Hospital	Camas		Total
		Hombres	Mujeres	
1832	Francés	80	70	150
1844	Británico	104	91	195
1857	Español	138	271	409
1860	Italiano	400	250	650
1867	Alemán	180	70	250
1910	Centro Gallego	80	120	200
1917	Israelita	35	34	69
	TOTAL	1.017	906	1.923

Fuente: Elaborado en base a Emilio Coni: "Estudio comparativo de la asistencia social en París y Buenos Aires". Imprenta Copel, Buenos Aires, 1926, cap. V.

Los establecimientos privados propiedad de particulares, surgieron como extensión de la práctica clínica o quirúrgica de uno o más médicos quienes, en locales que inicialmente eran de reducidas dimensiones, brindaban atención a pacientes que pagaban en forma directa por el servicio recibido. En la Capital Federal desde fines del siglo pasado hasta la segunda década del presente funcionaban alrededor de 20 establecimientos privados dedicados a la cirugía o a la internación de crónicos. Estos establecimientos tenían como antecedente la atención privada que se brindaba a los enfermos pudientes dentro de los hospitales de la Beneficencia. Tanto en estos servicios como en los pequeños sanatorios y clínicas que se creaban, el paciente poseía mayores condiciones de privacía y confort.

Sobre 232 establecimientos asistenciales que el censo de 1914 registra para el país, 75 eran claramente privados y 83 pertenecían a la Beneficencia -que si bien estaba

Cuadro 17

Instituciones de atención a la salud por jurisdicción (1914)

Jurisdicción	Nacional	Provincial	Municipal	Beneficencia	Colectividades extranjeras	Particulares	Soc. mutuos
Capital Federal	1	.	11	4	5	19	184
Pcia. Buenos Aires	2	4	31	16	2	18	370
Santa Fe	.	.	2	16	2	18	88
Entre Ríos	2	.	2	12	.	4	47
Corrientes	.	.	.	7	.	.	22
Córdoba	4	.	.	4	.	7	35
San Luis	.	.	.	5	.	.	7
Santiago del Estero	.	1	1	1	.	.	2
Tucumán	1	.	3	2	.	1	8
Catamarca	.	.	.	2	.	.	5
La Rioja	.	.	.	2	.	.	2
San Juan	.	1	.	1	.	.	7
Mendoza	.	3	.	2	.	.	7
Jujuy	.	.	1	4	.	2	2
Salta	1	.	1	4	.	.	5
Misiones	1	.	.	1	.	.	2
Tierra del Fuego	1	.	.	.	.	.	.
Territorios nacionales*	.	.	.	.	.	.	21
	13	9	52	83	9	66	814

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Tercer Censo Nacional de Población - 1914.

* Chaco, Chubut, Formosa, La Pampa y Neuquén.

dirigida por particulares operaba con importantes subsidios públicos-. Los servicios de la Beneficencia estaban presentes en todo el país mientras que los hospitales de colectividad y los sanatorios privados se ubicaban preferentemente en los grandes centros poblados, al igual que los servicios públicos.

Además de los establecimientos mencionados, hay que tener en cuenta que 814 sociedades de socorros mutuos brindaban consulta médica a sus afiliados. La medicina privada, sin embargo, encuentra su principal forma de prestación a través del consultorio médico mas que en los establecimientos asistenciales. El crecimiento de estos últimos en las principales ciudades es sumamente bajo hasta 1930, incrementándose en cambio el número de profesionales en el ejercicio de la medicina.

La Argentina recién alcanza una elevada proporción de médicos en relación con su población hacia mediados de los sesenta. Sin embargo, tanto en el pasado como en el presente el tema de la “plétora” profesional ha sido materia de debate. En el Censo de Población de 1914, al observarse un incremento del 114 % respecto a 1895 se señalaba: “Estos guarismos revelan que se produce en la Argentina, como en los países europeos, el llamado ‘proletariado intelectual’, o sea el exceso de los diplomados”. La defensa del mercado de trabajo y de una práctica basada en los principios del pago por acto médico y la libre elección del profesional llevaba a alertar sobre los peligros de la saturación del mercado, cuando aún el país se encontraba distante de los niveles de 1980 de 1 médico cada 400 habitantes.

Durante la década del cuarenta se inicia una nueva etapa en la trayectoria de la atención privada ya que en el marco del gobierno peronista comienza a ser definida como atención médica para los “pudientes”. Efectivamente, al desarrollar el Estado su propia red asistencial, apoyar

Cuadro 18

Evolución del número de médicos (1895-1980)

Año	Población (en miles)	Nº de médicos	Médicos por 10.000 hab.
1895	4.049	1.648	2,4
1914	7.885	3.542	4,5
1947	15.897	16.240	10,2
1954	18.928	22.412	11,8
1969	23.000	53.684	23,3
1980	27.950	69.388	24,8

Fuente: Para 1895 y 1914, Censo Nacional de Población 1914; para 1947 y 1954, CONADE, Distribución de Médicos en la República Argentina, Buenos Aires, 1964; para 1969 y 1980, Marconi, E. y colab.: “La terciarización del empleo en la Argentina. El sector salud”. PNUD/OIT, octubre de 1985.

el crecimiento de las obras sociales y traspasar las instituciones de la Beneficencia a la Fundación Eva Perón, estuvo en situación de ofrecer condiciones aceptables de atención a los sectores de asalariados, indigentes e incluso porciones significativas de las clases medias.

En su Objetivo 12 sobre protección a la asistencia sanatorial privada el Plan de Salud 1952-58 establecía: “Promover la asistencia médica privada para los <<pudientes>>, encauzando y fiscalizando el desarrollo de los sanatorios particulares, especialmente los de cirugía”.

El ministro Carrillo sostenía que el incremento de la intervención estatal en salud no era óbice para el desarrollo del sector privado y estimaba que no obstante contar con el 12 % del total de camas hospitalarias, dicho sector por día crecer aún más “si se le brinda protección, seguridad y facilidades. Estos servicios concurren a desahogar y facilitar la tarea del Ministerio de Salud Pública de la Nación”.⁴⁷ El espacio que Carrillo les asignaba en la expansión del conjunto de las instituciones asistenciales no se expresó en incrementos notables. Hacia 1958 el sector privado sumaba en el país 17.903 camas hospitalarias, representando el 14,7 % de los recursos asistenciales.⁴⁸

La trayectoria posterior del sector privado es la de un marcado crecimiento. En 1955 poseía 16.903 camas hospitalarias y 25 años más tarde (1980) había alcanzado a 47.048. Como ilustración del significado de este incremento valga decir que mientras prácticamente triplicó el número de camas, en el mismo período, el sector público redujo de 108.000 a 95.000 las que estaban bajo su control⁴⁹

La explicación de este crecimiento se relaciona, como vimos, con la notable expansión de las obras sociales a partir de la caída de Perón, y especialmente después de la sanción de la ley 18.610 en 1970.

B. Algunas características actuales

En la actualidad, el espectro institucional del sector privado abarca, en primer lugar, los sanatorios o clínicas que poseen muchas veces el nombre del médico propietario y que constituyen la propiedad individual o grupal de profesionales que ejercen en ellos su práctica médica.

Un segundo tipo de institución ubicable dentro del sector privado es el Hospital de Colectividad, ya que funciona como institución privada no lucrativa. Si bien conserva una

47) Carrillo, Ramón: “Obras completas”, Op. cif., t. IV. Eudeba, 1975; pág. 14.

48) MSAS, Dirección de Estadísticas; Recursos en operación diciembre 1983. pág. 24.

49) Para 1955, ver Veronelli, J.: “Medicina, Gobierno y Sociedad”. Ed. Coloquio. Buenos Aires, 1975; pág. 152; para 1980. MSAS/OPS: “Argentina: Descripción. _”: Op. cif., pág. 465

clientela constituida por el grupo nacional o étnico que le dio origen, ha desarrollado en algunos casos (Francés, Italiano, Alemán) sistemas de coberturas basados en el prepago, a lo que se agrega su actuación como efector de servicios para diferentes obras sociales.

En los grandes centros urbanos (Buenos Aires, Rosario, Córdoba) algunos de los sanatorios y clínicas privadas registraron durante los últimos veinte años un importante crecimiento hasta convertirse en hospitales de alta complejidad, operando como centros de concentración de sofisticada tecnología de diagnóstico y que pueden ser definidos como un tercer tipo de institución privada, ya que entre sus rasgos diferenciales están, además de su tamaño y equipamiento, el asalaramiento de parte importante de su personal profesional y la presencia de capital no médico en el paquete accionario.

Un cuarto tipo de entidad privada son los sistemas de prepago, que actúan por regla general, sin capacidad instalada propia, limitándose a subcontratar servicios con los tipos institucionales antes mencionados. En la actualidad operan en el país cerca de 100 empresas de seguro médico privado lucrativo, las cuales surgen a iniciativa de empresas aseguradoras, grupos financieros, profesionales o entidades gremiales médicas. La clientela de estas instituciones proviene de asegurados individuales, personal jerárquico o directamente empresas privadas que se hacen cargo de las cuotas mensuales de sus empleados.

La cobertura de estos sistemas de prepago alcanzó en 1980 a un 12 % de la población del área metropolitana⁵⁰ lo que equivale a alrededor de 1.200.000 beneficiarios sólo en esta área.

En 1980 el sector privado contaba con 4.143 establecimientos, de los cuales 1.738 poseían internación, 1.165 eran ambulatorios y 919 de diagnóstico. Aquellos con internación disponían de 47.048 camas y de esta forma el tamaño promedio era de 27 camas por establecimiento, sensiblemente inferior al del sector público, como tuvimos oportunidad de ver. También contrastando con el sector público, 1.619 de los establecimientos con internación, (41.002 camas) estaban dedicados a pacientes agudos, mientras que sólo 117 establecimientos con 5.952 camas estaban a disposición de pacientes crónicos.⁵¹

En relación a la distribución geográfica de las camas del sector privado puede observarse en el cuadro 19 nuevamente una correlación entre nivel de desarrollo y habitantes por cama. Efectivamente, Capital Federal, Córdoba, Santa Fe son las jurisdicciones con la relación más favorable. Por el contrario, Formosa, La Rioja, San Juan, San Luis y Santa Cruz (excluimos a Tierra del Fuego por ser un caso atípico) son los que poseen la relación más desfavorable.

El sector privado constituía en 1980 el mayor proveedor de consultas médicas y odontológicas. De acuerdo con la Encuesta de Utilización de Servicios y Gastos en Salud de dicho año⁵² estaban a su cargo alrededor de 60 % de las consultas médicas y 85 % de las odontológicas, además de aproximadamente 55 % de los egresos hospitalarios, 50 % de los exámenes de laboratorio y 35 % de los radiológicos. Por otra parte, el Gobierno militar del período 1976-1983 desarrolló una política de salud que tuvo, entre otros resultados, que el sector privado se convirtiera en el más importante propietario de equipos de mediana y alta complejidad; tal como ilustra el cuadro 20.

Cuadro 19

Sector privado: camas y habitantes por cama por jurisdicción (1980)

Jurisdicción	Nº de camas	Población	Hab./cama
Capital Federal	8.722	2.922.829	335
Buenos Aires	14.739	10.865.408	737
Catamarca	291	207.717	714
Córdoba	5.870	2.407.754	410
Corrientes	750	661.454	881
Chaco	991	701.392	707
Chubut	329	263.117	799
Entre Ríos	1.303	908.313	697
Formosa	280	295.887	1.057
Jujuy	612	410.008	670
La Pampa	285	208.260	730
La Rioja	163	164.217	1.007
Mendoza	1.464	1.196.228	817
Misiones	1.049	588.977	561
Neuquén	404	243.850	603
Río Negro	586	383.354	654
Salta	922	662.870	719
San Juan	218	465.976	2.137
San Luis	177	214.416	1.211
Santa Cruz	99	114.941	1.161
Santa Fe	6.031	2.465.546	408
Santiago del Estero	543	549.920	1.012
Tucumán	1.208	972.665	805
Tierra del Fuego	12	27.358	2.280
TOTAL	47.048	27.947.446	636

Fuente: MSAS/OPS: "Argentina: Situación." Op. cit., pág. 465, y Censo Nacional de Población y Vivienda 1980.

50) Ministerio de Salud Pública: "Encuesta...". Op. cit., pág. 16.

51) MSAS/OPS: "Argentina: Descripción...". Op. cit., págs. 451-453.

52) Ministerio de Salud Pública: "Encuesta...". Op. cit., págs. 33, 36, 46, 59 y 63.

En cuanto a la estructura del gasto privado es importante indicar que 34,5 % estaba destinado a medicamentos, 20,3 % a consulta médica, 17,7 % a consulta odontológica y 13,1 % a internación.⁵³

En relación al gasto privado la encuesta anteriormente mencionada proporciona bases para una estimación. Define como gasto directo (o privado) aquel realizado por los individuos para atender servicios de salud con sus propios recursos y excluye sólo las cotizaciones y los impuestos que financian las obras sociales y los servicios públicos, respectivamente.

Para el área metropolitana de Buenos Aires el gasto privado en salud per cápita en agosto de 1980 alcanzaba \$36.000 y \$ 43.000 si se incluían las cuotas de los seguros o prepagos privados. Esta última cifra llevada a \$a promedio de 1980 y expandida a la población metropolitana arroja la cantidad de \$ 428 miles de millones mensuales o \$ 4.869 miles de millones anuales.

Sobre un PBI de \$281.700 miles de millones para 1980 el gasto representa el 1,73 % de PBI. Ahora bien, la región metropolitana poseía en 1980 el 35,6 % de la población del país. No es posible realizar una inferencia precisa para todo el país, pero si aceptamos como mera hipótesis de trabajo que el resto de la población del país realizaba un consumo privado en salud equivalente al de la región metropolitana, deberíamos duplicar la estimación obtenida y de esta forma el gasto privado se hallaría en 1980 en el orden del 35 % del PBI. Aun cuando no es posible cuantificar lo acaecido con este gasto entre 1980 y el presente puede afirmarse que la crisis económica que afecta al país desde principios de la década ha provocado una fuerte reducción del mismo y una mayor demanda sobre las obras sociales y sector público.

53) Idem, pág. 73.

Cuadro 20

Equipos de mediana y alta complejidad por sectores (1980)

Sectores	Ecógrafos	Riñón artificial o hemodiálisis	Mamógrafos	Bomba de Cesio	Tomógrafos	Bomba de circulación extracorpórea	Rayos láser	Centellografo	Cámara Gamma
Público	112	107	27	5	2	52	2	67	13
Obras sociales	29	29	9	.	.	90	.	4	2
Privado	425	353	120	8	28	127	4	110	33
TOTAL	566	489	156	13	30	187	6	177	48

Fuente: Marconi, E., y otros: "La terciarización del empleo en la Argentina: El sector de la salud". Ministerio de Trabajo/OIT, Buenos Aires, 1985, pág. 10.

V. Síntesis

En las primeras décadas del siglo la atención médica en nuestro país estuvo básicamente a cargo de entidades benéficas y sociedades de socorros mutuos. Si bien existían establecimientos estrictamente particulares, aquellas instancias poseían el mayor porcentaje de establecimientos y se hallaban distribuidas en todo el territorio nacional. Los establecimientos públicos de dependencia municipal, provincial y nacional estaban concentrados en la Capital Federal y la provincia de Buenos Aires, y todavía no había nacido la atención médica de la Seguridad Social.

La dispersión institucional existente promovió tempranos intentos para establecer una protección coordinada y relativamente uniforme ante las necesidades de salud. Las desigualdades en el acceso a la medicina hospitalaria y las condiciones de vida de la creciente población urbana llevaron al diputado socialista Augusto Bunge a proponer sucesivamente en 1917, 1927 y 1936 la creación de un Seguro Nacional de Salud.⁵⁴ Otras propuestas de coordinación y unificación de la gestión sanitaria emanaron del Departamento Nacional de Higiene, las cuales tendían también a resolver dificultades jurisdiccionales entre las provincias y la Nación.⁵⁵

En 1946, el ministro Carrillo pretendió establecer un sistema administrado y conducido fundamentalmente por el Estado. Bajo la responsabilidad del sector público quedaría el funcionamiento de la mayoría de los recursos asistenciales, mientras los servicios de la medicina privada estarían destinados a las capas sociales en condiciones de solventar su costo. Carrillo alcanzó en parte a concretar sus propósitos, ya que dio gran impulso al desarrollo de la infraestructura pública de salud que llegó a abarcar el 80 % de la capacidad asistencial instalada. Sin embargo, durante su gestión, nuevos actores en el campo de la salud (las obras sociales) comenzaban a surgir con vigor, estimulados tanto por el Estado como por los sindicatos.

La participación del Estado en la expansión de los servicios médicos de las obras sociales podría aparecer en primera instancia como contradictoria con el decidido apoyo que dicho Estado prestó a la expansión del hospital y de la salud pública. Antes de avanzar sobre este tema, debemos recordar que esta aparente contradicción no se limitó al campo de la salud. Las obras sociales construyeron viviendas, hoteles, colonias de vacaciones, instalaciones deportivas, institutos de enseñanza técnica, etc., pero también el Estado desarrolló una extensa actividad en estos campos.

En realidad tal contradicción no existía ya que el Gobierno peronista tuvo un doble perfil en materia de política social. Por un lado, aquellas destinadas a sectores de medianos y escasos recursos, tales como los programas de expansión de la salud pública y de la red hospitalaria, de vivienda, de jubilaciones y pensiones, de expansión de la infraestructura

escolar, los programas asistenciales de la Fundación Eva Perón, etc. Esto respondía a una iniciativa relativamente autónoma del Estado, como parte de un proyecto político tendiente a aumentar y consolidar el apoyo de aquellos sectores.

Por otro lado, implementaba medidas tendientes a obtener o fortalecer el apoyo de los sindicatos. Las políticas de asociaciones profesionales de trabajadores y de obras sociales son su ilustración. Pero en este caso intervenía tanto la voluntad estatal en apoyar las estructuras sindicales como las demandas de los dirigentes sindicales sobre el Estado, debido a que las obras sociales eran una fuente de poder económico y sus actividades un factor de legitimación frente a las bases sindicales.

A partir de 1956 la política estatal se inclinó hacia una reestructuración del sector público de la salud desarrollado en el período peronista limitando su intervención, particularmente en el rubro de la atención médica. Estos cambios fueron acompañados por el desarrollo de las obras sociales y el crecimiento de la medicina privada.

La dinámica impuesta por la ley 18.610 constituyó un hito fundamental en la consolidación de la fragmentación institucional de la atención a la salud en el país. Las organizaciones sindicales pasaron a ser el interlocutor principal del Gobierno en materia de salud y quedaron postergadas, en el diálogo con las autoridades del sector público, las organizaciones gremiales médicas y el resto de los grupos de interés del sector (asociaciones de clínicas y sanatorios, productores de insumos sanitarios). Estas, sin embargo, fueron incorporándose a la nueva modalidad de prestación de servicios al comprobar que el funcionamiento de las obras sociales no afectaba sus intereses particulares y, que al contrario, en algunos casos permitía una expansión económica inesperada.

De esta forma, desde 1970 a la fecha se ha consolidado un espectro institucional caracterizado por un sector público de la salud en retroceso y por el desarrollo de la seguridad social y del sector privado, correspondiendo a la primera, básicamente, financiar al segundo.

Estos cambios en el peso relativo de los tres sectores han sido ajenos a un aumento de la racionalidad en la utilización de los recursos de salud. Los intentos en este sentido no gozaron de éxito.

54) Belmartino, S., y Bloch, C.: "El Seguro Social en el Pr- Congreso Médico Social Argentino". Cuadernos Médicos Sociales, mayo. 1980; págs. 31-41.

55) Ministerio de Bienestar Social: "Sistema Nacional Integrado". Op. cit., págs. 1 l-12.

Ahora bien, una fragmentación institucional como la que afecta a la atención médica en el país no puede dejar de producir una amplia estratificación en el acceso a los servicios que adquiere un carácter tanto social como espacial. Efectivamente, parece existir una estrecha relación entre nivel socioeconómico de la población y acceso institucional a los servicios de salud. En términos globales los sectores de mayores ingresos acceden a una práctica médica privada, tanto por vía directa como a través de seguros privados: los sectores asalariados de ingresos medios reciben la atención brindada por esquemas de seguridad social, y los sectores sociales de menores recursos suelen poseer, como única instancia, los servicios del sector público, cuyos medios de operación son, sin duda los más precarios.

No es posible cuantificar el nivel de gasto por estrato social como un indicador de acceso a la atención médica, pero la variabilidad debe ser sin duda sustancial. Valga recordar como ilustración que sólo al interior de un pequeño conjunto de 12 obras sociales (ver cuadro 15) una obra social poseía un gasto per cápita 9 veces superior al de otra. Esta variabilidad se pronunciaría a niveles insospechados si la comparación se realizara entre los extremos de la escala de estratificación social.

Un segundo tipo de diferencias deviene de la distribución de recursos de salud en el territorio nacional. Si utilizamos el indicador habitantes por cama, recordaremos que en el ámbito del sector público la oscilación entre jurisdicciones es de 1 a 3 (ver cuadro 7); es decir, existen jurisdicciones en las que el número de habitantes por cama es tres veces mayor al de otras. Pero esta variabilidad aumenta sustantivamente en el caso del sector privado, donde la relación se eleva de 1 a 7 (ver cuadro 19) y donde la distribución geográfica de este recurso asistencial está positivamente correlacionada con el nivel de desarrollo socioeconómico de la jurisdicción.

Comentarios finales

Durante el desarrollo de este trabajo ha sido posible mostrar el perfil excesivamente atomizado que presenta la organización institucional de la atención médica en el país. A un sector privado disperso en un alto número de seguros o prepagos, mutualidades y establecimientos particulares de tamaño y calidad de prestación extremadamente variables, debe agregarse un sector público cuyos diversos componentes (nacional, provincial y municipal) desarrollan acciones con un elevado grado de autonomía. Finalmente, pudimos apreciar la gran cantidad de heterogéneas entidades (obras sociales) que brindan atención médica bajo esquemas de seguridad social.

De esta forma el mosaico de modalidades de atención médica que existe en la Argentina difícilmente puede ser calificado como un sistema de salud, si se acepta que tal concepto supone coherencia entre las partes que lo componen, y un grado de racionalidad que permita el acceso a atención adecuada, de acuerdo con los recursos y conocimientos científicos disponibles.

Los tres sectores en los que se divide la atención médica (público, privado y seguridad social) son el sedimento de políticas sociales, a veces contradictorias, que como capas geológicas se han superpuesto sin integrarse, generando una dispersión de esfuerzos que se expresa en alta concentración de servicios en algunos lugares y desprotección en otros, carencias materiales junto con presupuestos cuantiosos, mientras que los niveles de morbimortalidad (mortalidad infantil de 30 por mil nacidos vivos y persistencia de enfermedades carenciales) señalan las dificultades de una adecuada atención médica para llegar a toda la población.

La falta de coordinación interinstitucional más que expresar pluralismo, refleja un discutible grado de racionalidad que lleva a que para muchos médicos, que acceden al mercado de trabajo a través del multiempleo en sus diversos fragmentos, sea frecuente una semana de 70 horas de trabajo.

Los temas relacionados a la dispersión institucional, descoordinación, y estratificación de los diferentes servicios, de ninguna manera agotan la compleja problemática de la atención a la salud. Otros temas deben además ser tratados, tales como el análisis de la situación de salud de la población y su evolución en años recientes, el creciente proceso de "medicalización" y su impacto en el costo de la atención, los problemas relativos a la producción, comercialización y consumo de equipos y fármacos, los valores y conductas predominantes en los profesionales del área y los hábitos de la población en materia de atención.

Un proceso de reforma que tienda a mejorar la cobertura y calidad de las prestaciones debe contemplar, sin duda, estos aspectos, pero avances en la unificación y coordinación de los servicios se tornan imprescindibles. El gasto que

los tres sectores realizan en atención médica no es pequeño, como hemos podido apreciar, y es posible que oscile en la actualidad entre 7 y 8 % del producto bruto interno. Sin embargo, este gasto no parece estar en relación con adecuados niveles de atención.

La atomización del sistema y su elevada descoordinación implica un nivel inaceptable de irracionalidad en el uso de recursos en un país que, como el nuestro, viene atravesando en los últimos años una crítica situación social y económica. Pero además de dicha irracionalidad, la fragmentación institucional es un factor responsable de una particular clase de inequidad. Efectivamente, es altamente cuestionable que el acceso a los servicios que protegen la salud y la vida misma se encuentre estratificado de la misma forma que el acceso al vestido o a los vinos. En otras palabras, si existe un área donde la preocupación por la equidad debe ser central, éste es precisamente el del acceso a la salud.

Por lo tanto, Si bien una reforma institucional no agota la problemática a ser tenida en cuenta para mejorar la atención médica, ella constituye una necesidad que no puede dejar de ser planteada con insistencia en un país que posea una mínima valoración del principio de equidad.