

Breve historia del sistema argentino de salud

Federico Tobar

“En la primera noche, ellos se aproximan
Y recogen una flor de nuestro jardín
Y no decimos nada.
La segunda noche, ya no se esconden,
Pisan las flores, matan nuestro perro
Y no decimos nada.
Hasta que un día, el más frágil de ellos
Entra solito en nuestra casa, nos roba la luna, y
Conociendo nuestros miedos,
Nos arranca la voz de nuestras gargantas
Y porque no decimos nada
Ya no podemos decir nada”

Vladimir Mayakovski (1893-1930)

Cómo citar este trabajo:

TOBAR, F (2012). “Breve historia del sistema argentino de salud” En: GARAY, O (Coordinador) “Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal”. Buenos Aires. La Editorial La Ley. 2012

Agradecimientos:

El autor agradece los valiosos aportes de la Dra. Gabriela Hamilton

Palabras clave: Argentina –Historia – Sistemas de salud –Servicios de salud – Políticas de salud.

En este trabajo se presenta la historia de la prestación del servicio de salud en Argen-

tina. Su objetivo consiste en presentar algunas de las categorías analíticas, que han sido elaboradas por diferentes autores argentinos y extranjeros, para dar cuenta de la dinámica evolutiva de la organización de los servicios médicos así como postular hipótesis interpretativas de la dinámica que organizó los servicios de salud en Argentina. No se asume como objetivo el narrar el surgimiento de las instituciones de salud en orden cronológico.

El trabajo está organizado en tres secciones. La primera presenta una muy sintética reseña de algunos de los enfoques que han sido aplicados al estudio histórico de la salud. En la segunda sección, se presenta un modelo que distingue cuatro etapas en la historia de los servicios de salud de acuerdo a los cambios en el papel del Estado en cada momento. En la tercera sección se identifican tendencias históricas en la institucionalización de los servicios de salud en Argentina. El capítulo es cerrado con unas breves conclusiones.

I. Enfoques en el análisis histórico de la salud

¿Cuándo comienza la prestación de servicios de salud en Argentina? La respuesta depende del marco referencial que se adopte. Es decir, depende de qué consideramos servicios de salud. Hay tres dimensiones centrales para el análisis del sector salud en un país¹: a), la situación de salud de la población, b) sus políticas de salud y c) su sistema de salud.

a) La situación de salud de la población constituye una dimensión de la calidad de vida de los pueblos que puede ser medida a través de indicadores epidemiológicos. Contrariamente a lo que parecería a primera vista, la salud de la población depende en pequeña medida de las políticas y de los sistemas de salud². Es consecuencia de un

conjunto de factores combinados, entre los cuales se han destacado cuatro determinantes principales: a) conductas y estilos de vida, b) el ambiente, c) la genética y, por último, d) el sistema de salud.

b) Las políticas de salud constituyen un capítulo de las políticas sociales y pueden ser definidas como un esfuerzo sistemático para resolver los problemas de salud. Una Política de salud implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito. Definir políticas de salud es decidir que rol desempeña el Estado en salud.

c) El sistema de salud engloba la totalidad de acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en salud. Se trata de la respuesta social organizada para los problemas de salud de la población.

Distinguir las tres dimensiones es importante para analizar la salud en Argentina porque se podría afirmar que hay al menos una historia para cada una de las dimensiones. Por ejemplo, siempre hubo una situación de salud, esta puede ser más o menos buena dependiendo de con quién se nos compare. Si se considera una sola dimensión de la situación de salud, tal como la esperanza de vida al nacer, se verifica que esta registró pocos cambios durante los primeros diecisiete siglos de la era cristiana. Recién a finales del siglo XVII, con la primera revolución industrial se comienza a registrar un fuerte impacto sobre la salud que se traduce en una prolongación de la vida media. En otros términos, la historia de la situación de salud es una historia epidemiológica donde adquieren gran protagonismo las condiciones ambientales y sociales, tales como los procesos de urbanización.

En el caso particular de América Latina, las conquistas en los indicadores de salud desde la segunda mitad del siglo XX han sido extraordinarias. La esperanza de vida al nacer aumentó, para el promedio de la región, de 51,8 (en el lustro que va de 1950 a 1955) a 73,5 años (en el lustro que va de 2005 al 2010). Lo cual significa un incremento de la vida media de los latinoamericanos del orden del 41,89%. Además, en el mismo período, la Tasa de Mortalidad Infantil disminuyó de

127,7 por cada mil nacidos vivos a 21,7. Lo cual significa una reducción de muertes del orden del 82,99%³.

Por otro lado, además debemos considerar que las políticas de salud son de desarrollo reciente. En la mayoría de los países no se detectan verdaderas políticas de salud antes de los años 50. Evidencia de ello se obtiene cuando se examina el peso del gasto en salud dentro de los presupuestos públicos. Puesto que si bien "gasto en salud" no significa "política de salud", en la mayoría de los casos la ejecución de los programas requiere de una asignación de recursos.

Una política de salud puede o no alterar el estado de salud de la población, así como puede o no modificar el sistema de salud. En los sistemas de salud sedimentan los esquemas de acción, las respuestas sanitarias, sociales y económicas definidas por las sucesivas políticas de salud.

Tanto en la salud como en todos los campos de actuación, el abordaje sistémico es reacio al abordaje histórico, la perspectiva de los sistemas detenta su propio marco analítico, sus propias categorías de análisis que tienden a evadir la temporalidad. Desde la perspectiva sistémica tiene más relevancia distinguir funciones, *inputs* y *outputs* tales como flujos de servicios, recursos e insumos.

A las tres dimensiones mencionadas debería añadirse al menos una perspectiva adicional y sería aquella que relacione la evolución del sector salud con la del resto de la sociedad y sus instituciones. También, dentro de esta misma línea se podrían definir diferentes encuadres. Es así como se podría intentar una historia política de la salud, una historia económica de la salud y una historia social de la salud.

A continuación se presentan algunos hitos relevantes en la evolución sectorial destacando las lecturas o posiciones que han sido privilegiadas desde diversos enfoques.

II. Etapas en la historia de los servicios de salud

Desde sus orígenes, la asistencia médica en América Latina se configuró como la resultante de una tensión entre dos vertientes. La primera seguía la herencia peninsular, de base vertical y priorizando la función de brindar soporte a las acciones militares. La segunda, de base comunitaria, que resulta sensible a tradiciones de los pueblos originarios, a algunas prácticas innovadoras desplegadas por los criollos, así como a modelos cooperativos y solidarios que, en ocasiones, trajeron los colonos e inmigrantes.

El Rio de la Plata no revistió interés estratégico hasta las reformas borbónicas. Esto explica porque no se instalaron en el país los hospitales medieval de modelo sevillano, tales como los que si se inauguraron en otras regiones del nuevo mundo, como el primer Hospital americano “Nuestra Señora de la Concepción” fundado por Hernán Cortés y el Hospital del Amor de Dios fundado por Juan de Zumarraga, primer Obispo de la Nueva España). En contrapartida, desde Asunción al Rio de la Plata proliferaron pequeños hospitales vecinales de base autogestionaria...”Aquellos primeros poblados de 80 a 200 vecinos, que construían hospitales aún antes de tener iglesias o sacerdotes, estaban muy lejos de ser guarniciones o campamentos militares”⁴.

Esta segunda vertiente, de impulso comunitario, continuó tanto a través de iniciativas rurales como urbanas dando lugar a un amplio espectro de experiencias, fundamentalmente en la América Andina donde en ocasiones integró (y aún lo hace) medicina occidental con prácticas chamánicas de los pueblos originarios. También a través de cientos de acciones extramuros desplegadas a través de agentes y promotores de salud en todos los países de la región. De hecho, en forma casi inmediata a que la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Alma Ata en 1978 proclamara la Estrategia de Atención Primaria de la Salud, Nicaragua avanzaba en la construcción de sistemas locales centrados en

el Primer Nivel de Atención y con un fuerte componente de promoción y prevención en salud. E incluso, veinte años antes de Alma Ata Carlos Alberto Alvarado consiguió erradicar el paludismo del norte argentino a través de una estrategia de lucha integral contra el vector y de base comunitaria.

Respecto a la vertiente vertical del desarrollo de los servicios de salud, es posible identificar fases en su evolución acordes a las etapas del desarrollo capitalista en la región. De acuerdo a un modelo de análisis que busca identificar los determinantes de cada política de salud, pueden distinguirse cuatro grandes fases de las mismas⁵:

1. La primera etapa del desarrollo estaría caracterizada, según este modelo, por la orientación del proceso de acumulación hacia los intereses hegemónicos de la burguesía agroexportadora. La modalidad de ejercicio del poder político instituida por esta clase fue denominada Estado liberal, a pesar de sus características fuertemente autoritarias y excluyentes. Las demandas sociales emergentes solo fueron absorbidas por el Estado cuando se trataba de aquellas medidas que podrían llegar a comprometer al propio proceso de trabajo. En esas situaciones se promulgaron leyes que casi nunca fueron cumplidas con relación a la jornada laboral, a los accidentes y al trabajo femenino e infantil.

2. El inicio del proceso de industrialización inaugura la etapa de crecimiento “hacia fuera”. La misma desplazó a la oligarquía agroexportadora dando lugar a una amplia coalición que incluye a la burguesía industrial, a los sectores medios y aún a los trabajadores urbanos, dando origen al denominado Estado de Compromiso. En esta etapa las demandas de los trabajadores urbanos son incorporadas a través de organismos de Seguridad Social.

3. La etapa siguiente del desarrollo del capitalismo industrial marcada por la internacionalización del capital en un proceso de asociación entre capitales de origen nacional e internacional, da lugar a un Estado burocrático-autoritario, empresarial, militarizado y tecnocrático; que excluyó del poder al movimiento obrero organizado. En lo que se refiere a la política social la misma se subordina a

los intereses de acumulación dando lugar a dos grandes tendencias: la privatización y la incorporación de tecnología.

4. Finalmente, la crisis económica reciente del capitalismo mundial, así como la de los países socialistas, redefine tanto los patrones de acumulación como los modelos de producción y la división internacional del trabajo, configurando grandes bloques. En los países industrializados cuya producción es liderada por los modernos sectores productivos, se abandona el modelo fordista anteriormente preponderante. Se produce entonces el agotamiento del Estado Benefactor y se impone el discurso neoliberal.

Este esquema permite, también, describir la evolución del sector salud en la Argentina. De acuerdo con él podrían identificarse básicamente cuatro modelos de Estado en relación a las políticas sociales, y en particular a las de salud. Cada uno involucra un modelo particular de ciudadanía y privilegia ciertas acciones en desmedro de otras. En conclusión, desde ese esquema, las etapas o fases de la evolución del sector salud argentino son:

1. La policía médica
2. El Estado de Bienestar
3. El Modelo desarrollista
4. El Modelo Neoliberal

1. La policía médica

Durante una extensa primera fase del desarrollo del sector salud la medicina progresaba de forma totalmente independiente a las funciones del Estado. Aunque el progreso del conocimiento médico reforzaba la imagen de poder y prestigio de los médicos, la salud registraba una muy leve presencia en la agenda de políticas públicas. Esto se debe fundamentalmente a que en el Estado liberal la salud no era considerada un problema público sino privado. Las acciones de gobierno en el área se limitaban a garantizar la seguridad de la ciudadanía y sólo fueron expandiéndose a medida que surgía una demanda social organizada que presionaba sobre las estructuras

de gobierno para que la misma expandiera sus responsabilidades sanitarias¹.

El prestigio médico fundamentaba una asimetría de poder entre médico y paciente que justificaba decisiones unilaterales del primero sobre el segundo. Como plantea Susana Murillo: “junto a ese prestigio médico emergió el valor del espacio como agente de ordenamiento social, no solo el del espacio abierto de los intercambios y a partir de allí el valor del urbanismo, sino también el espacio cerrado, al cual se le asignó un valor terapéutico⁶. Durante el siglo XIX se instituía un modelo de atención en salud pública sobre dos ejes de acción vinculados entre sí: Por un lado la psiquiatría alienista y por el otro el higienismo.

Para el Estado liberal la preocupación por la salud no se centraba en curar a la población enferma sino en evitar la propagación de las consecuencias negativas (externalidades negativas) de la enfermedad y en especial de las epidemias. Se trata de un modelo higienista de intervención del Estado pero más preocupado por “aislar a los enfermos” que por prevenir las enfermedades, más relacionado con las prácticas autoritarias que con los derechos y la democracia. Cuidar a la población y sobre todo a sus ejércitos era fundamental. En la antigua Roma las autoridades llegaban hasta a violar las residencias privadas para incautar alimentos “insanos” y fijaban cuotas para la ingestión de grasas y bebidas. El general victorioso sobre el más grande imperio construido por Occidente no fue el bárbaro Alarico. Fue el mosquito del crepús-

¹ En la atención de la salud de la población la transformación de las demandas sociales es el hito que marca el fin de la etapa tradicional de política de salud. Esta transformación da lugar a una preocupación creciente por los servicios de atención médica públicos. El surgimiento de la política está sobredeterminado por dos factores: demandas sociales generadas por la industrialización y urbanización, por un lado, y a la creciente oferta de médicos disponibles para atender los servicios de atención médica, por el otro. Termina en esta etapa la grave insuficiencia de servicios de salud para la población mediante un incremento de la cobertura de servicios.

culo. El paludismo es aún hoy el mayor exponente de la relación entre desarrollo sanitario y desarrollo económico. De hecho la figura del sanitarista es anterior a la del médico como profesional liberal que vende servicios. Aún en este siglo los grandes sanitaristas, como lo fue Oswaldo Cruz en Brasil, formaban brigadas que perseguían a los habitantes para vacunarlos a la fuerza.

Este modelo configura un primer rol del Estado con relación a la salud en el cual, más que como proveedor, financiador o regulador del mercado de salud, pasaba a ejercer funciones de policía. Entre las responsabilidades de esta "policía médica" constaba la de transformar a los pobres en más aptos para el trabajo y menos peligrosos para los ricos. Fue necesario quebrar la hegemonía del modelo higienista para que la salud pasara a integrar los derechos sociales. Hacia fines del siglo pasado esta modalidad higienista de intervención del Estado en salud ya coexistía con una segunda modalidad de carácter asistencial más preocupada por la atención médica a la población enferma. Aunque aquélla resultaba más efectiva en el mantenimiento de la salud era percibida de forma negativa por el conjunto de la sociedad. Bismarck demostró que la expansión de la asistencia médica constituye un poderoso instrumento de legitimación y regulación laboral e industrial. Cuando introduce en 1881 el Seguro Social pretendía tanto aplacar a los socialistas (comandados por el ilustre médico patólogo Rudolf Virchow) como alcanzar la potencia industrial de Inglaterra y Francia. El canciller prusiano había observado que a los trabajadores les faltaban recursos para pagar los servicios médicos que les permitiesen acortar la convalecencia y disminuir, así, su ausentismo laboral.

En conclusión, para el Estado liberal la salud no formaba parte de la "cosa pública". En la primera etapa de las políticas de salud la acción del Estado se limitaba al de "policía médica" ejerciendo el control de vectores en enfermedades transmisibles⁷. Los servicios de atención médica eran prestados como forma de caridad por Sociedades de Beneficencia y, no configuraban una función del gobierno. A esta modalidad particular de relación Estado -

ciudadano los analistas han denominado "ciudadanía invertida"⁸ porque la asistencia médica de carácter colectivo no constituía un derecho de los ciudadanos sino una "dádiva" otorgada a los excluidos, los no ciudadanos. La denominación proviene de la política asistencialista desarrollada a partir de las Leyes de Pobres (*Poor Laws*) inglesas del siglo XVIII, por las cuales para tener acceso a la asistencia social las personas (pobres) perdían sus derechos civiles. Es decir, cuando se recibía ayuda social se perdía la condición de ciudadanía.

2. El Estado de Bienestar y la salud

El surgimiento de nuevas amenazas a la calidad de vida, tales como guerras, epidemias y grandes catástrofes, unido a las expansión de demandas sociales impulsaron una progresiva incorporación del Estado en las cuestiones de salud. Por ejemplo, en la Argentina los primeros hospitales públicos surgen para atender a ex combatientes de las campañas del desierto emprendidas por Juan Manuel de Rosas.

Sin embargo, este proceso no se manifiesta de forma homogénea ni simultánea en todo el mundo. Se han identificado tres grandes trayectorias históricas en el desarrollo de los servicios de salud⁹. Por un lado, el modelo del seguro social bismarckiano. Por otro lado, el modelo del seguro social bismarckiano en Alemania. En tercer lugar el modelo de *Welfare* o Seguridad Social de Inglaterra inspirado en el informe de Lord Beveridge.

2.1 Surgimiento del seguro social

En Europa, con el desarrollo de una clase trabajadora mayoritaria comienzan a surgir mecanismos administrativos y financieros de concesión de beneficios tales como pensiones, seguros por accidente de trabajo, atención de la salud del trabajador y su familia, guarderías, auxilio por natalidad, peculio, entre otros. Los mismos se expanden tanto por iniciativa de los propios trabajadores —de forma autónoma a la que se denominó mutualismo— como de forma conjunta con las empresas y el Estado —esquema tripartito—.

El modelo del seguro social expresa un esquema de protección social cuya principal característica es su vinculación al mundo del trabajo. Desde una perspectiva histórica la modalidad del seguro social se corresponde con las formas clásicas de asociación sindical y mutual. Se inicia con la incorporación de los oficios en la edad media, pero en realidad esas formas organizativas de protección social van creciendo y madurando hasta la época de transición de la fase competitiva a la fase monopólica del capitalismo. Es entonces cuando comienzan a surgir efectivamente nuevos sindicatos y corporaciones profesionales.

Los gremios y sindicatos se hicieron cargo de la salud de los trabajadores mucho antes que el Estado y el mercado¹⁰. Pero lo que transforma este modelo de atención y protección de la salud en un sistema es el pasaje del seguro individual al seguro social. Es decir, la proclamación legal de la obligatoriedad del seguro. El seguro gremial evoluciona hasta la intervención del Estado. Es entonces cuando el gobierno incorpora las funciones de regulación del mercado de trabajo, con una leve regulación de las empresas y adquiere responsabilidad en el financiamiento de las acciones.

En sus inicios se financiaba con la cotización específica de las personas para tener acceso al seguro. Los cotizantes se agrupaban o por categoría profesional o por empresa o ramo de la producción. Sin embargo, en un segundo momento la financiación deja de ser exclusiva de los beneficiarios porque se registra un interés específico de los capitalistas en cofinanciar y hasta financiar integralmente los seguros ya que esto les otorga un margen de regulación sobre el mercado de trabajo. El seguro evoluciona desde la auto-organización voluntaria de un grupo de trabajadores de un mismo oficio, pasando por la organización de un grupo de trabajadores de la misma empresa que en muchos casos logra alguna cofinanciación por parte de los empleadores, hasta la intervención del Estado en ese proceso.

Con la incorporación del Estado, el seguro social adquiere una forma tripartita cuyo origen se detecta en la Alemania que, unifica-

da por el Canciller Otto Von Bismarck, incorpora una forma de protección social financiada de manera conjunta por el Estado, los trabajadores y las empresas.

El modelo del seguro social bismarckiano no fue adoptado con la misma intensidad en Inglaterra, donde convivió con las formas autónomas, liberales y asistenciales de políticas sociales. Inglaterra continuó con una forma de asistencialismo combinada con el seguro (en las grandes empresas) hasta la segunda guerra mundial. Mientras que Alemania, así también como otros estados de Europa y posteriormente de América Latina, que siguieron el mismo modelo, marcharon hacia formas más centralizadas de política social.

A pesar de su extraordinario avance científico y técnico en medicina, los Estados Unidos de Norteamérica han persistido en la definición de los cuidados de salud como un problema privado. Sólo a partir de los desastrosos efectos sociales de la crisis de 1929, el país del norte avanzó hacia la incorporación de esquemas de protección social en general y de salud, en particular. El modelo existente de seguros sociales recién se institucionaliza en Estados Unidos en 1935. Fue necesario que aquel país atravesara otra catástrofe, como la derrota de Vietnam, para que se tolere el surgimiento de los programas de salud dentro de la estructura del seguro social. Así se pasó de programas de asistencia para pobres, ancianos y ex combatientes a la institucionalización, en 1965, del Medicare -seguro de salud para ancianos- y del Medicaid -seguros de salud para carenciados-. El Estado incorporó nuevas funciones cada vez que se verificó que acciones públicas podrían evitar un gran número de muertes. La mayoría de las veces tal verificación fue aceptada *ex post facto*.

En el caso Argentino, también en el desarrollo del seguro social, la vía alternativa antecedió a lo que luego se convirtió en el camino hegemónico para el desarrollo de la asistencia médica. En contraste con acciones asistencialistas por las cuales los sectores más poderosos concretaban ayuda social y sanita-

ria en favor de los sectores desfavorecidos (en general a través de asociaciones benéficas); surgían expresiones de solidaridad mecánica² desde abajo. Esta modalidad bautizada de Socorros Mutuos o mutuales, de carácter no estatal era una asociación voluntaria en la que los miembros aportaban a un fondo común para recibir ciertos beneficios en el momento en que lo necesitaran. Esas modalidades que habían prosperado en las naciones europeas donde el capitalismo industrial estaba más avanzado (Alemania e Inglaterra) se propagaron de forma inmediata en el Río de la Plata¹¹.

En sus comienzos los esquemas mutuales se organizaron por la nacionalidad de origen de los inmigrantes que las creaban y hasta por credo religioso, luego junto a una creciente industrialización prosperó su organización por rubro laboral. Antes que alentar la constitución de un mercado prestador de servicios de asistencia médica, los esquemas mutuales promovían la integración vertical de financiación y provisión¹². En contraposición, en Europa los hospitales de mutuales buscaban explotar su capacidad instalada atendiendo clientelas ajenas al grupo de origen para ocupar su capacidad ociosa¹³.

Las formas autónomas de protección social en salud se expandieron mucho antes que la incorporación del Estado en la construcción de derechos sociales. Las primeras constituciones nacionales en la región no incluían la proclamación del Derecho a la salud y ni siquiera hacían mención a los derechos sociales. Estos últimos comienzan a aparecer en la Constitución de Perú (1933), Colombia (1936), Uruguay (1938). En Centroamérica tanto la Ley fundamental de Costa Rica como las Guatemala y Nicaragua reformuladas entre 1945 y 1948. A su vez, el derecho a la salud aparece

de forma explícita en la Constitución de Panamá (1946), Venezuela (1947), Chile (1948). Es de resaltar que Argentina recién lo incorpora en la efímera constitución de 1949.

El seguro gremial, de contribución voluntaria evolucionó hasta la incorporación del Estado. Se convirtió en seguro social cuando la contribución se hizo obligatoria. Al hacerlo, el Estado incorporó funciones de regulación del mercado de trabajo, con una leve regulación de las empresas y adquirió responsabilidad en la financiación de las acciones. En América Latina esto ocurrió después que en Europa, pero mucho antes que otros países en desarrollo en África, Asia y Oriente Medio; a fines de los años setenta todos los países de la región tenían dichos programas en vigor pero con diferencias notables entre ellos. Carmelo Mesa-Lago clasificó a los países de América Latina en tres categorías en función de su avance en la incorporación de programas de seguro social en pensiones y enfermedad-maternidad, así como el grado de desarrollo alcanzado en esos programas: pionero-alto, intermedio, y tardío-bajo. El grupo pionero-alto (Uruguay, Argentina, Chile, Cuba, Brasil y Costa Rica) fue el primero en establecer los sistemas de seguros sociales en la región, en los años veinte y en los años treinta, alcanzó la mayor cobertura y desarrollo de dichos sistemas, su población estaba relativamente más envejecida y su esperanza de vida era mayor, pero los sistemas adolecían de estratificación, altos costos, déficit creciente y desequilibrio financiero y actuarial¹⁴.

El grupo intermedio (Panamá, México, Perú, Colombia, Bolivia, Ecuador y Venezuela) implementó sus programas principalmente en los años cuarenta y cincuenta. Influenciado por el Informe Beveridge y los convenios de la Organización Internacional del Trabajo, logró una cobertura y desarrollo medio de sus sistemas, estos estaban menos estratificados, su costo era menor y su situación financiera mejor que en el primer grupo, aunque algunos ya enfrentaban desequilibrio.

El grupo tardío-bajo (Paraguay, República Dominicana, Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Honduras y Haití) fue el último que in-

² Se utiliza aquí la expresión "solidaridad mecánica" en el sentido atribuido al término por Emile Durkheim, para aludir a expresiones solidarias dentro de un grupo social que no registran diferencias significativas más que entre las edades (los económicamente activos son solidarios con aquellos miembros del grupo que no lo son) o por géneros (en general los hombres, que ejercían una actividad laboral aportaban recursos a las viudas de sus compañeros).

trodujo sus programas, en los años sesenta y setenta, su población era la más joven y su esperanza de vida la menor en la región, sus sistemas eran relativamente más unificados y adolecían de menos problemas financieros, pero tenían la menor cobertura y desarrollo de sus sistemas.

Antes del seguro social, la salud no constituía un Derecho y la asistencia médica pública no superaba un asistencialismo de corte residual. La lucha gremial priorizó a la conquista de la salud como un derecho incluso por encima de las reivindicaciones salariales. Por este motivo, en América latina, la integralidad e incluso la extensión de la cobertura en salud resulta proporcional a los niveles de agremiación de los trabajadores en cada país.

La influencia del discurso reformista también afectó a la organización de los seguros sociales de salud en América Latina. Por un lado, en aquellos países donde hay más de un seguro (Argentina, Colombia, Chile y Uruguay) se promovió la libre elección del asegurador. Por otro lado, se abandonó de forma progresiva la integración vertical entre financiador y proveedor para favorecer la consolidación de un mercado de prestaciones médicas transformando lo que hasta entonces era un gasto directo en un gasto indirecto. Por otro lado, dadas las restricciones del mercado de trabajo formal para incorporar nuevos beneficiarios (extensión de cobertura horizontal) se buscó incorporar regímenes de cobertura no contributivos que permiten avanzar en la inclusión de sectores de la economía informal.

2.2 El Estado de Bienestar

A medida que el mercado de trabajo formal crecía el seguro social como esquema de protección se expandía y redefinía. Desde la unificación de Alemania, en la década de 1870, hasta la década que transcurre entre 1930 y 1940 se registró una dinámica económica que promovió una gran formalización del mercado de trabajo de modo que alrededor del 90% de la población económicamente activa europea pertenecía al sector asalariado formal.

Las guerras en Europa ocasionaron una transformación en el comportamiento de las personas y afectaron el funcionamiento de los esquemas de protección social. Cuando una ciudad era bombardeada no existía forma de distinguir entre los heridos aquellos que contaban con protección social de los que no la tenían. Esta situación originó formas de solidaridad diferentes a las tradicionales que impulsaron a los esquemas de protección asistencialista y del seguro social. Se formuló entonces la salud como un derecho universal y el acceso a los servicios pasó a ser garantizado y financiado con recursos públicos. Esta forma de organización de los sistemas de salud se tornó hegemónica en Europa a partir de los años cincuenta. Desde el punto de vista de la financiación la universalización de la protección de la salud que surge en la postguerra se apoyó en cierta facilidad para lograr solventar a esa porción minoritaria de la población que no contaba con ninguna forma de protección social. Financiar esa nueva obligación del Estado a través de recursos fiscales obtenidos vía impuestos y contribuciones laborales no resultaba muy difícil en países que pasaban por una fase de franca recuperación económica. Además de eso, dentro de los programas de reconstrucción europea diseñados en el Plan Marshall se preveía la cobertura de determinados riesgos sociales. Por lo tanto la cuestión de la universalización no imponía un costo económico muy alto a los países europeos. Además, aquella fase de los años cincuenta hasta la primer mitad de los setenta fue un período de gran crecimiento económico y desarrollo social. El Producto Bruto de los países del viejo continente crecía de forma sostenida a razón de cuatro al cinco por ciento al año, las tasas de inflación eran muy bajas, el desempleo era mínimo y los sindicatos conseguían negociar condiciones salariales adecuadas a sus necesidades. Estos son los principales motivos por los cuales en esa fase dorada de la economía Europea se hizo hegemónico el modelo universalista o de la seguridad social.

En sentido estricto se diferencia el sistema del "seguro social" del de "seguridad social". En los países que han incorporado

reformas de sus sistemas de salud avanzando desde el primero hacia la segunda tales como Italia, España y Brasil tal distinción es de uso corriente. No obstante, en la mayoría de los países de América Latina se les suele usar como sinónimos¹⁵. El modelo universalista o de seguridad social, involucra la adopción del *Welfare State*, cuya primera formulación legal aparece con el informe del Lord Beveridge (1942) y las leyes consecuentes en Inglaterra. Se caracteriza por tener financiación pública con recursos procedentes de impuestos y acceso universal a los servicios que, generalmente, son suministrados por proveedores públicos. Los trabajadores profesionales y no profesionales dependen del Estado, que tiene una gran responsabilidad en la conducción y gestión del sistema. Con frecuencia en su financiación existen otras fuentes además de los impuestos, como el pago directo de los usuarios y otros aportes, y lo mismo sucede en su organización y gestión, que está tomando formas más participativas y comunitarias. No obstante, siguen siendo básicamente estatales en su financiación, organización y gestión. En comparación con los otros, este modelo privilegia la función del Estado como proveedor.

2.3 El estigma de la fragmentación de las respuestas sanitarias en Argentina

Hemos señalado que una vertiente comunitaria que impulsó una expansión precoz de hospitales y dispensarios vecinales así como la propagación de organizaciones mutuales, se enfrentó en forma sostenida a una vertiente institucional de base vertical y burocrática del desarrollo de respuestas sanitarias. Esa tensión sedimentó en una matriz de respuestas fragmentadas a las necesidades de salud de la población.

¿Por qué Argentina no siguió la trayectoria de los países Europeos desde el Seguro Social hacia el Estado de Bienestar?. La respuesta es, porque la integración social resultó incompleta. Coexistieron dos edificios diferentes de protección social en salud (el de la asistencia pública y el del seguro social). La particularidad del caso argentino

reside en la dificultad para construir puentes de integración entre ambos subsistemas. Y mientras cada uno atendía su juego ambos perdían, porque sus costos operativos se disparaban al tiempo que se duplicaban estructuras prestacionales. Por otro lado, de la misma forma que las obras sociales (o mejor dicho, sus dirigentes y beneficiarios) no se preocuparon por el progresivo desfinanciamiento de los servicios públicos, luego las estructuras gubernamentales resultaron simétricamente insensibles al “descreme” de las obras sociales a favor de la medicina privada prepaga. De forma que surge luego un tercer edificio de protección social en salud en Argentina: el de la medicina prepaga.

En los Estados de Bienestar (europeos, canadiense y australiano) una dinámica progresiva de extensión de beneficios, tanto vertical (más protecciones) como horizontal (más protegidos) generaba sinergias que redundaban en mejoras de calidad y cobertura. Esto se daba por una alianza de clases porque cuando tanto ricos como pobres concurren a los mismos servicios de salud, para las autoridades representa un alto costo político permitir el deterioro de la asistencia. En contrapartida, si los servicios públicos solo atienden a quienes resultan excluidos del seguro social o privado (que pasan a ser llamados “carenciados”), su mantenimiento y extensión pierde prioridad política y se registra un deterioro progresivo.

Siguiendo a Albert Hirschman podríamos afirmar que los servicios sociales como escuelas y hospitales públicos comienzan a deteriorarse cuando los sectores más acomodados encuentran una “salida” y esto resquebraja su “lealtad” a la respuesta común¹⁶.

Por estos motivos, la construcción del derecho a la salud no sigue la misma trayectoria en Argentina que en Europa. Luego de la crisis del 29 aumenta rápidamente la presencia del Estado en diferentes áreas de la vida social. Comienza entonces la expansión de los servicios de salud asociada a la ampliación de los derechos del ciudadano. Hasta 1943 la salud era competencia del Departamento Nacional de Higiene del Ministerio del

Interior. Ese mismo año se dio el primer paso hacia el reconocimiento de la Salud Pública como problema de interés específico con la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social que en 1949 se transformó en Ministerio.

Como en casi todos los aspectos de nuestra historia, también en el sanitario, el primer y segundo gobierno de Perón configuraron un punto de inflexión rotundo en el curso de las políticas. Pero también es entonces cuando esta matriz de respuestas fragmentadas se consolida. Por un lado, se inicia una contundente inclusión social junto a la expansión de los derechos sociales en general y de una multiplicación de la oferta pública universal y gratuita de servicios de salud, aproximándose notablemente al modelo del Estado de Bienestar. Pero, por otro lado, se expande la lógica del seguro social focalizado en un grupo de trabajadores formales asalariados.

Es posible encontrar evidencias en favor de considerar que la Argentina avanzaba entonces hacia la construcción de un estado de Bienestar. Tanto en el discurso presidencial que proclamaba “donde hay una necesidad hay un derecho”, como en las acciones de gobierno. Entre 1946 y 1951 se construyeron 4.229 establecimientos sanitarios, entre ellos 35 grandes policlínicos en todo el país¹⁷. Esto representó la duplicación de las camas hospitalarias públicas, que pasaron de 76.300 en 1946 a 134.218 en 1954¹⁸. Esto significa 7,4 camas cada 1000 habitantes¹⁹, que es casi el doble de la relación actual (de 3,9 camas cada 1000 habitantes)²⁰. En una década prácticamente se triplicó la cantidad de enfermeras y la de médicos se duplicó²¹.

Pero las conquistas sanitarias obtenidas hasta la primera mitad de la década del cincuenta no se limitan a las inversiones públicas. Es posible identificar avances en cada una de las tres dimensiones centrales para el análisis del sector salud: Situación de salud, política de salud y sistema de salud. Por ejemplo, la mortalidad infantil había descendido un 24,4% en una década. Adolfo Sanchez de León destaca que el país estaba entre los 20 y 25 del mundo con menor morta-

lidad infantil²². En el 2010 había descendido a la posición 69²³. Algo similar ocurrió con la Esperanza de vida al Nacer, Argentina conquistaba un promedio de 62,5 años cuando el promedio regional era apenas de 51,8. Es decir, los argentinos vivían en promedio unos 11 años más que la media del continente. En aquel momento solo Uruguay nos superaba con 66,3 años y Paraguay prácticamente nos igualaba. Pero desde entonces hasta el 2010, la región ganó en promedio unos 22 años de esperanza de vida y Argentina solo 12,8²⁴. En 2010 Argentina había descendido al séptimo lugar en el ranking regional de esperanza de vida y al puesto 73 en el ranking mundial.

En términos de políticas de salud el país alcanzaba su apogeo. Porque por primera, y tal vez única vez, había una política integral e integrada de salud con un plan analítico (1946). Federico Pégola destaca que en las casi 2000 páginas del Plan Analítico de Salud se destacaba no solo qué se debía hacer para lograr cada meta sanitaria en cada provincia, sino también quién debería ser el responsable por el logro de dicho cumplimiento²⁵. Esto se implementaba 20 años antes que las agencias de cooperación internacional incorporaran el marco lógico como herramienta de programación.

Los logros de las políticas de salud fueron contundentes. En comienzos de los 50 se había erradicado el paludismo que solo cuatro años antes afectaba a trescientos mil argentinos²⁶. Félix Luna señalaba en su libro “el 45” que solo ese logro hubiera bastado para justificar la reelección de Perón²⁷.

Durante los nueve años de la gestión de Ramón Carrillo al mando de la cartera sanitaria se institucionaliza una concepción propia de la Medicina Social. Durante el Primer Plan Quinquenal de Desarrollo (1947-1951) se sancionan las leyes de sanidad pública (N° 13.012) y de construcción, habilitación y funcionamiento de servicios de salud (N° 13.019). A través de las mismas se garantiza la financiación y sostenibilidad de los servicios públicos para ofrecer asistencia médica, completa, y gratuita al 65% de la población argentina que era considerada no pudiente,

y para ofrecer servicios a tarifas reducidos a otro 20% de la población en mejor posición económica²⁸. El acta fundacional del Servicio Nacional de Salud británico, que hoy se considera paradigma de un sistema universal y público, data de 1949. Para ese entonces el sistema público de salud argentino superaba al británico tanto en recursos como en resultados obtenidos. Es decir, Ramón Carrillo leyó antes el informe Beveridge (publicado en 1942) que el propio gobierno británico que lo encomendó.

No puede adjudicarse a Carrillo la responsabilidad por imponer la vía burocrática a la vía comunitaria en el desarrollo del sistema de salud. Si bien su plan analítico de salud apuntaba a la construcción de un sistema nacional de salud, preservó un enfoque de medicina social y asumió una visión alternativa para la integración del sistema. El pensamiento del Ministro de Salud de Perón era categórico al respecto “no podía existir medicina sin medicina social y esta última tampoco sin una política social del Estado”. La estrategia propuesta consistía en complementar dos pilares de la estructura asistencial. Por un lado, el médico de familia que atendería una población cuya asistencia médica primaria estaría a su cargo a la cual atendería en su consultorio particular. Por otro lado, para la atención especializada postulaba que aquel incremento sostenido en la respuesta pública sería la plataforma para captar profesionales de la medicina que podrían atender a sus clientes particulares o de la obra social en el mismo consultorio del hospital y recibiendo una remuneración complementaria por ello. Pero el modelo de Carrillo quedó trunco y las respuestas se polarizaron.

En 1974, durante el tercer gobierno de Perón, se intentó nuevamente una solución con el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), creado a través de la Ley 20.748, que entre otras cosas atribuía al Estado la responsabilidad de hacer efectivo el derecho a la salud, como financiador y garante económico en la dirección de un sistema único. Este seguro permitía la incorporación de provincias, universidades y del sector privado por

medio de convenios. El SNIS no prosperó por falta de apoyo de las organizaciones sindicales y del sector privado prestador.

Esta expansión segmentada y contrapuesta de los servicios de salud, que como vemos es diferente al modelo igualitario y universal del Estado de Bienestar Europeo, condujo a que en la literatura especializada se eluda la referencia a un Estado de Bienestar en Argentina. Así, Susana Belmartino habla de un “Estado de compromiso” y Emilio Tenti Fañani de un “*Welfare State* a la criolla”²⁹.

Poco después de la gestión de Ramón Carrillo con sus avances en la implementación de un sistema público de salud, la dirección del sistema comenzó a avanzar en el sentido de un modelo de seguros de salud. A partir de la década del cincuenta se expande y consolida el sistema de obras sociales estrechamente vinculados con sistemas solidarios de financiamiento de servicios de atención médica; con los gremios profesionales y los sindicatos de obreros y empleados. Pero al mismo tiempo, primero se detiene la expansión de la oferta pública y luego comienza su progresivo deterioro.

El surgimiento del sindicalismo como actor reconocido en el interior del sistema político, que se encuentra en la base del “Estado de Compromiso”, no solo representa una de las diferencias más importante con las condiciones vigentes bajo el Estado liberal; constituirá además un dato sustantivo en las formas de organización de los sistemas de salud y atención médica³⁰.

La predisposición a incorporar nuevos actores en el debate sobre las políticas públicas permite la inclusión de modelos técnicos modernos en la gestión del Estado. De esta manera, el gobierno asume un amplio conjunto de funciones en el área de salud, como la de proveedor de servicios de atención, la regulación de recursos y tecnología, la fiscalización y control del ambiente, etc... No obstante, al mismo tiempo, persisten instituciones de salud propias de la Argentina liberal, hospitales, instituciones de beneficencia, mutualidades, etc., de poca vinculación con la política estatal, de carácter clientelista, y de baja racionalidad en su gestión. Aunque

la salud como cosa pública aumenta la legislación social referida a salud se restringe a los accidentes de trabajo. En otras palabras, el rol del Estado se redefine en términos globales incluyendo al bienestar de la población como premisa y una amplia convocatoria social. A pesar de ello se consolida un sistema heterogéneo y fragmentado que luego se constituirá en el principal condicionante de la formulación de políticas de salud.

3. El Estado desarrollista y la salud

El rol distribucionista del Estado es reemplazado, en el desarrollismo, por el de garantizar la acumulación del capital.

“El sector salud sufre el impacto de las políticas de austeridad fiscal. Los intentos por disminuir el gasto del Estado nacional conducen a propuestas de racionalización del sector público, que en la práctica, se traducen en la paralización del crecimiento de su capacidad instalada, e incluso en el deterioro de la existente. Las propuestas de descentralización y desburocratización - específicamente dirigidas al cuestionamiento del modelo organizativo peronista- concluyen por trasladar bajo la responsabilidad de los estados provinciales la administración de la red hospitalaria nacional. Esta “política de transferencia” que impacta diferencialmente a los servicios según capacidad de gasto y de gestión de los respectivos gobiernos provinciales, profundiza las carencias de una red de servicios que en buena medida se había conformado bajo el imperio de la discrecionalidad y la improvisación”³¹.

No obstante, la contracción de la actividad social del Estado no involucra un “achicamiento” ni una privatización:

“Por el contrario, los organismos estatales se expanden, cubriendo nuevos ámbitos de intervención. Comienza a desarrollarse en su interior una capa tecnoburocrática, con vinculaciones en el sector empresario nacional e internacional, directamente comprometida en tareas de planificación del desarrollo a partir del estímulo a la iniciativa privada. El discurso

“modernizante” y “eficientista” pone el acento en la distribución racional de recursos por definición insuficientes”³².

4. El Estado Neoliberal y la salud

El modelo de Estado burocrático-autoritario que se instala en la Argentina a partir de 1976 asume características fundacionales y desarrolla todos sus esfuerzos en erradicar las bases del Estado de compromiso que asumía funciones de intervención, de mediación de intereses conflictivos, con un fuerte rol en la distribución del ingreso a través de instrumentos fiscales, que asumía un compromiso activo con el desarrollo industrial y donde las políticas sociales tenían un papel fundamental. Las Fuerzas Armadas reinstauran el discurso del liberalismo económico, pero no el político. Esto repercute en la esfera de salud primando los componentes liberales y tecnocráticos, avalando el desmantelamiento de los servicios sociales en manos del Estado, y su traspaso a la actividad privada.

La esencia del modelo neoliberal en salud consiste en implantar una definición de salud como mercancía. No como un bien tutelar cuya producción, circulación y distribución requiere una activa participación del Estado sino un bien de consumo. La receta que se extendió a las políticas públicas buscaba mercantilizar al máximo posible la provisión de bienes y servicios de salud. Esto requería instaurar flujos estables de financiación pero con una mínima intervención del Estado. Las acciones que involucró el arsenal neoliberal en salud fueron las siguientes:

a) **Fragmentar al sistema.** La primera medida significativa del gobierno militar, en este contexto fue la eliminación del Sistema Nacional Integrado de Salud –SNIS- a través de la Ley 21.902 en noviembre de 1978. A partir de entonces se destruía cualquier puente entre la financiación, el modelo de atención o la gestión de los subsectores público y del seguro social.

b) **Descentralizar los servicios.** Después de 1976 muchos establecimientos hospitalarios nacionales pasaron al ámbito provin-

cial o municipal. Durante los años 90 se ahondó el proceso de descentralización de la salud. Esta figura de la “devolución” de los servicios (porque en rigor la salud no es una competencia delegada por las provincias al gobierno nacional) no es un principio exclusivo del neoliberalismo. Sin embargo, si lo es cuando la misma se da bajo sin la correspondiente transferencia de los recursos a las jurisdicciones que pasan a asumir la responsabilidad por financiar los servicios³³.

c) **Fortalecimiento del sector privado.** En particular por *default*, esto significa al reducir la financiación de los servicios públicos de salud y afectando, por tanto, su capacidad de respuesta.

d) **Focalización de la provisión pública.** El principal cambio que se da en esta época es el cambio en la concepción de la prestación de la salud: anteriormente se consideraba que el hospital público debía proveer salud en forma universalista mientras que a partir de ese momento se dirigió exclusivamente a la población de recursos más bajos y sin otra cobertura.

e) **Arancelamiento de servicios públicos.** Bajo el contexto autoritario que sofocaba reclamos sociales era posible incorporar un golpe de gracia a la lógica liberal: el arancelamiento de los servicios públicos de salud. Con la recuperación de la democracia esta medida fue revertida de forma lenta y desaparece en las diferentes jurisdicciones.

f) **Abordaje tecnocrático.** Tanto el funcionamiento de los servicios como la construcción de las políticas sanitarias se limita a una cuestión técnica, de especialistas. No hay espacios de participación ni de los trabajadores ni de la comunidad. Al mismo tiempo se incorporan al discurso oficial principios modernizadores como la jerarquización de la red sanitaria, también el desarrollo de redes y de sistemas locales aparecen esbozados. Aunque en la práctica esto no ocurre y lo que se opera es una descentralización de los hospitales que transfiere el conflicto a la esfera provincial liberando al presupuesto fiscal de toda responsabilidad por la salud de la población, inclusive del sostenimiento del hospital público, al que se otorga la posibilidad de finan-

ciamiento mediante el arancelamiento y la contratación con las obras sociales.

4.1. Obstáculos en la democratización de las políticas de salud en Argentina

Con la recuperación de la democracia surge un nuevo proyecto que intenta integrar al sistema a través de un Seguro Nacional de Salud por medio de la unificación financiera del sistema, admitiendo en su interior una oferta pluralista de servicios de atención médica. Por otra parte, se proponía universalizar la cobertura del seguro de salud complementando los aportes y contribuciones con fondos públicos³⁴. El proyecto fue muy resistido por los sectores sindicales.

El impulso integrador del Seguro Nacional de Salud se pierde en las leyes finalmente fueron sancionadas en 1988 (Ley de obras sociales Nro 23.660 y de creación del Sistema Nacional del Seguro de Salud, Nro 23.661) que aunque asumieron algunas pautas regulatorias del sistema solo dejan como puente para una posible integración la posibilidad de que los fondos de aportes y contribuciones sean complementados con recursos del tesoro nacional para avanzar hacia la universalidad del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Esto último nunca fue instrumentado.

Como resultado de una dinámica política sectorial en la que cada cual atendió su juego sin empatías con los demás actores, gran parte de los componentes del modelo neoliberal permanecen aún hoy incólumes en la organización de los servicios de salud en Argentina:

a) En primer lugar, el país ha asistido a **un crecimiento progresivo de la oferta de servicios privados de salud.** Antes de Carrillo, las camas privadas representaban el 36% de la oferta disponible en el país. Luego de Carrillo las camas en mutuales y otras entidades privadas habían reducido su participación en la oferta, tanto en términos absolutos (pasando de a 18.000 camas)³⁵ como relativos (llegando al 13%).

En el 2000 había 67.233 camas hospitalarias privadas, en el 2004 había 60.697 y, en el 2004 eran 60.697, representando el 47% de la oferta disponible y durante los últimos años

se continuó incrementando en forma sostenida alcanzando en el 2011 un total de 67.293 y alcanzando el 50% de la oferta total disponible³⁶.

b) En segundo lugar, **creció de forma sostenida y estimulada por el Estado, la cobertura de la medicina prepaga**. Aunque se registra existencia de empresas de medicina prepaga desde mitades del siglo pasado, las mismas solo adquieren vigor durante los últimos veinte años. Según el Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991, en ese año un total de 6 millones de argentinos contaban con afiliación voluntaria a empresas de medicina prepaga o mutuales³, diez años más tarde este número había descendido a 3,7 millones. El Censo de 2010 la cantidad de argentinos con cobertura de prepagas había aumentado a 6,2 millones (16,7%), pero lo más notable es que entre ellos 4,2 millones de argentinos, derivan hacia las empresas de medicina prepaga sus aportes al seguro social. Se trata de sectores asalariados que en general tienen altos ingresos, y representan un 10% de la población nacional o un 17% de quienes tienen aseguramiento. Esa transformación que se operó durante los últimos diez años constituye lo que se ha denominado el *descrime* de las obras sociales³⁷.

c) En tercer lugar, **la regulación de la medicina prepaga reafirma la noción de la salud como una mercancía**. La medicina prepaga continuó funcionando sin regulación específica hasta 2011 cuando se promulgó la ley 26.682 que provee el marco regulatorio para esta actividad. Pero a diferencia de los criterios utilizados en otros países, la ley omite cualquier criterio sanitario y se limita a proteger los derechos del consumidor.

d) **Perduran acciones que fragmentan al sistema**. Con la creación del hospital Público de Autogestión, luego rebautizado como

Hospital Público de Gestión Descentralizada, surgía una nueva posibilidad para avanzar en la coordinación entre el sector público y las obras sociales. El Decreto 578 de 1993 instituye la figura de la recuperación de costos o cobro a los seguros de salud por las prestaciones brindadas a sus afiliados. Esto permitiría reducir los subsidios cruzados entre el sector público y las obras sociales y generarían recursos genuinos para estimular la recuperación de los servicios públicos. Sin embargo, en el contexto de la crisis económica del 2001 y 2002 se resolvió congelar los valores del nomenclador de prestaciones utilizado para valorar los montos a ser restituidos. En un contexto inflacionario esto significó (y aún lo hace), la anulación de la política.

III. Trayectorias históricas en la organización de los servicios de salud en Argentina

En conclusión, pueden identificarse en nuestro país cuatro modelos de Estado en relación a las políticas de salud. En el primero (liberal), la salud es totalmente subsidiaria y el rol del Estado se limita a garantizar que esta, así como las demás problemáticas sociales, no afecte el ritmo "natural" del mercado. El financiamiento de las pocas acciones existentes no es público sino privado por la vía de las donaciones, y la salud no constituye un derecho de la población.

En el segundo, durante la década del cuarenta, las principales transformaciones en la estructura social del país consolidan las bases sociales de un nuevo Estado (de compromiso). Este incorpora la premisa de la "modernización" pero más en la acción que en el discurso (puesto que no se asume como "progresista" sino como "revolucionario"). La esfera pública crece exponencialmente, y dentro de ella la salud en su carácter de "cosa pública". Este crecimiento es enteramente mediatizado por un Estado centralista y con un Poder Ejecutivo hiperdesarrollado. Los derechos sociales, y en particular los de salud, se expanden pero el acceso no se plantea de manera universal

³ El censo permitía desagregar dos grupos. El primero, de 1,5 millones de argentinos (un 5% de la población) tenían cobertura de afiliación voluntaria en empresas de medicina prepaga o mutuales, mientras que unos 4,5 millones (14%) contaban con doble cobertura sumando el aporte a una obra social a la adquisición voluntaria de coberturas de prepagas o mutuales.

sino de forma regulada por el Estado. La coexistencia de acciones públicas con el desarrollo del sistema de seguro de salud (obras sociales) incorpora una gran fragmentación del sistema. La modalidad financiera apropiada para las acciones de salud de este tipo son los recursos fiscales, por un lado, y las contribuciones sobre el salario, por el otro.

En el tercer modelo, durante el desarrollismo provoca un giro en el rol del Estado por el cual el compromiso con el proceso de acumulación es anterior al compromiso con los derechos sociales. La premisa de la modernización se consolida para ser reeditada por todos los gobiernos posteriores. No obstante, se incorpora como novedad la tendencia centrífuga de las acciones estatales. El sistema de salud comienza a ser descentralizado con la transferencia de los hospitales nacionales a las provincias en 1957. Al año siguiente los mismos son devueltos a Nación por causa de la baja capacidad técnica y financiera de las provincias.

En el cuarto modelo, neoliberal, es incorporado en la formulación de políticas públicas bajo el régimen autoritario. El mismo incorpora el espíritu de la contención del gasto, la focalización, la descentralización de los servicios (aún como medida contencionista) e intenta introducir una cuña en el sistema solidario de seguridad social, permitiendo la salida del mismo de los sectores de mayores recursos mediante su incorporación a los seguros privados, que se convierten en una pujante área de valorización del capital³⁸.

Los Gobiernos nacionales y locales que se sucedieron en los períodos de transición y consolidación de la democracia no consiguieron encontrar aún fórmulas superadoras de las recetas básicas centradas en la contención del gasto, en la fragmentación de los derechos, en la privatización de los servicios y en la desvinculación de la esfera central de cualquier compromiso de gestión que pudiera involucrar conflictos. Se consolidan así las tendencias hacia la descentralización y la desmercantilización mínima de los servicios,

incorporando la tercerización y la compra y venta de servicios desde la esfera pública.

La descentralización permanece como resultado de la confluencia de esta premisa en dos grandes discursos ideológicos, el neoliberal y el de la reforma progresista que se despliega en los sistemas de salud bajo la consigna de incorporar un modelo de *Welfare State* (Estado de Bienestar).

No obstante, la democratización incorpora en la reformulación de los servicios la premisa de promover la participación social en el ámbito de la salud. Sin embargo, esta participación recién está dando sus primeros pasos y las pocas experiencias desarrolladas con éxito dificultan la identificación de estrategias apropiadas para todos los contextos. En la formulación de las políticas de salud la participación difícilmente supera el carácter declarativo. Sin embargo, los analistas internacionales coinciden en que es por ese camino que se debe avanzar para encontrar el antídoto contra los principales problemas que aquejan a nuestros sistemas de salud.

Estos sumarios antecedentes permiten explicar la transformación profunda que se da en el campo de las políticas y servicios de salud. Desde la situación inicial caracterizada por un poder político del Estado que considera primero la protección sanitaria y el control de enfermedades transmisibles considerando competencia de la atención médica a la población sin recursos económicos una función social de caridad. En esta época las políticas de salud están fuertemente vinculadas a un arte y una ciencia, que es patrimonio de los médicos, y que por otro lado no tiene mayor trascendencia en el campo político. La salud o mejor dicho la enfermedad como concepto general en esa época es totalmente compartido, indiscutido y de responsabilidad médica.

Cuando la evolución social da lugar a una creciente demanda de servicios médicos y de salud colectiva, a la que se suma la exigencia de control por la autoridad de salud sobre otros campos que se relacionan con la producción, el trabajo y la satisfacción social, surge la mayor importancia de las políticas de salud.

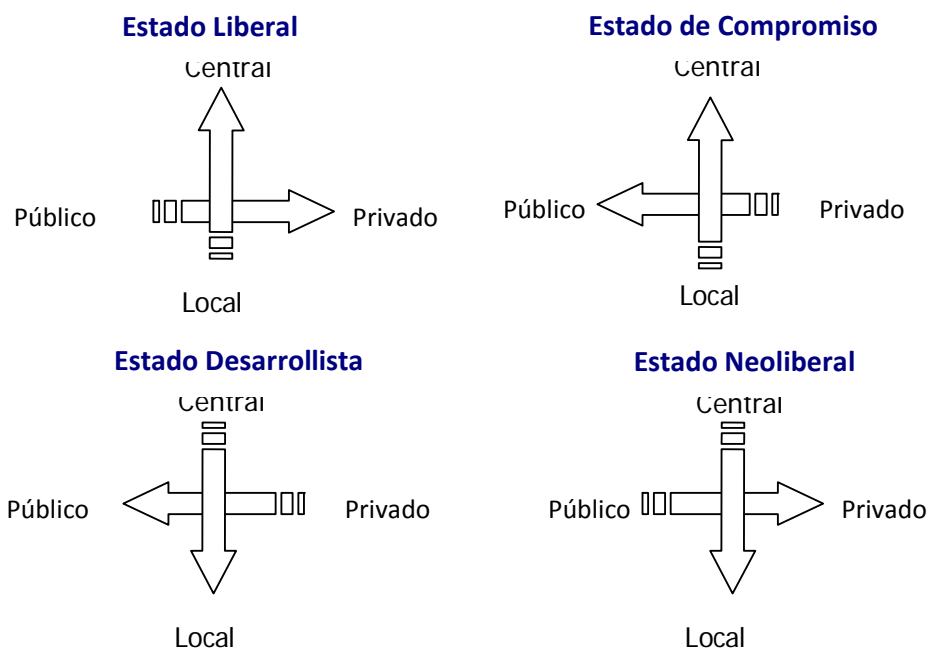
En la actualidad el campo de la salud no es solamente de competencia médica sino que se amplía al quehacer de otras disciplinas y a la sociedad plena. Además adquiere importancia en la industrialización y exportación de bienes (medicamentos, alimentos y equipo médico) ampliando su clásico cometido de atender el cuidado de la salud y la reparación de la enfermedad en la población. En el presente mantener y mejorar la salud es una inversión indiscutible.

Es un error interpretar la política de salud dentro del campo restringido de la satisfacción de necesidades de atención médica, aunque éste área sea el que consume más del noventa por ciento del gasto social de los

La crisis económica, el pago de la deuda externa y las políticas de ajuste, repercuten desde hace unos años fuertemente en el campo de la salud, y especialmente en los servicios de atención médica, que paulatinamente quedan rezagados del avance tecnológico. La deuda económica se paga en gran proporción incrementando la deuda social.

La tradición de privilegiar la atención médica, ampliamente justificada por su carácter de necesidad sentida y expresada por la comunidad, genera un conflicto durante la aplicación de estas políticas de ajuste por el aumento de la brecha en la satisfacción de necesidades expresadas por la población, la insuficiencia de los servicios públicos y el

Cuatro trayectorias en el desarrollo de los servicios de salud



servicios de salud. Paradójicamente este gasto tiene una contrapartida no identificada que es el valor agregado que permiten y promueven las acciones de control de calidad de medicamentos y alimentos en los que participa el sector salud, y especialmente los Ministerios de Salud. La tendencia es a que el sector salud siga aumentando su participación en el producto bruto interno y en la capacidad de empleo comparativamente con otros sectores.

crecimiento progresivo de la oferta de servicios privados. Por otro lado se debilita la función de la fiscalización que es una competencia indelegable del Estado, para el control de: la calidad de los servicios médicos, la producción de medicamentos y los riesgos en el campo de la industria de la alimentación y de productos agrícolas por consumo de bienes y servicios.

Todas estas actividades directa o indirectamente constituyen una forma de retorno

económico en la contribución del sector salud al desarrollo.

La modernización del Estado y los estilos económicos y sociales contemporáneos, repercuten especialmente en el campo de la salud. Lamentablemente las propuestas políticas de soluciones en el sector salud continúan siendo tradicionales, de inspiración básicamente médica, matizadas en parte por la incorporación de conceptos multidisciplinarios en la salud. No obstante, la interpretación del fenómeno político en el campo de la salud y el tipo de respuestas continúa siendo de corte profesionalmente sectario y fuertemente teñidas por la ideología médica.

Conclusiones

La historia de la organización de los servicios de salud en Argentina puede ser contada como una dinámica de avances y retrocesos hacia un sistema integrado. Hemos defendido que la complejidad y la fragmentación constituyen los rasgos más marcados del sistema de salud Argentino, entendiendo por esta última no a la multiplicidad de actores sino a la disolución de la responsabilidad por los cuidados de salud de la población, para construir su derecho a la salud³⁹.

Podríamos identificar tres grandes hitos en la búsqueda de la integración del sistema de salud argentino. El primero de ellos consistió en un proyecto de un servicio nacional de salud centralizado que compartía parte de su capacidad instalada y sus recursos humanos con un sistema extendido de múltiples seguros sociales. En este caso “los puentes” entre subsectores se darían principalmente desde la provisión. Aunque su mayor impulsor, nuestro primer ministro de salud, también vislumbraba un posible resarcimiento a los servicios públicos por las prestaciones que estos brindarían a beneficiarios de los seguros sociales e incluso del sector privado.

Un segundo proyecto integrador adquirió fuerza veinte años más tarde buscando la integración, también con eje en el modelo de

atención, pero esta vez en forma descentralizada y con comando provincial.

El tercer gran proyecto para integrar al sistema proponía unificar la financiación de manera de universalizar un esquema de múltiples seguros que brindan las mismas protecciones.

Es posible identificar virtudes y limitaciones en cada una de estas tres figuras estratégicas aunque, lo más probable es que cualquiera de las tres hubiera permitido avanzar hacia una función más adecuada para producir salud en Argentina. Tanto en términos de eficiencia, como de equidad y calidad. Pero las dificultades para su implementación no han sido la inconsistencia sanitaria de las propuestas sino su inviabilidad política.

Esta inviabilidad política se expresó de diversas formas, desde conflictos y enfrentamientos discursivos, presiones para la destitución de autoridades sanitarias, hasta movilizaciones y huelgas. El resultado de estas tensiones no benefició a ninguna parte. En la historia de la organización de los servicios de salud en Argentina no hay vencedores, pero sí hay vencidos. Los vencidos son, en primer lugar, los ciudadanos, porque los resultados de salud son hoy inferiores a los conquistados por otros países que avanzaron hacia la integración de sus sistemas de salud. En segundo lugar, tanto los servicios públicos, que operan en condiciones inferiores a las que habían conquistado hace cincuenta años, como también las obras sociales, que enfrentan costos crecientes con restricciones en su financiación y con una fuga creciente de beneficiarios hacia el sector prepago. Pero también perdieron las prepagas si se considera que las condiciones para el ejercicio de esa actividad en el país son bastante precarias.

Las condiciones han cambiado porque hoy, como se lamentaba Jorge Luis Borges... “No nos une el amor sino el espanto...”. Los más lúcidos protagonistas de los tres subsectores (público, obras sociales y prepago) reconocen que hace falta quebrar esta hegemonía de la salud como mercancía.

En conclusión, la lucha social por la salud aún no ha comenzado. Argentina tiene un extraordinario potencial para conquistar el

derecho efectivo de la población a iguales cuidados de salud frente a idénticas necesidades. Es una bandera que está lista y a la espera de una nación con voluntad de izarla. Si la enfermedad del sistema de salud es política, también lo será su cura.

Referencias

- ¹ TOBAR, Federico. "Herramientas para el análisis del Sector Salud". *Medicina y Sociedad*. 2001.
- ² DEVER, Alan. *A Epidemiologia na Administração dos serviços de saúde*. São Paulo, Pionera.. 1988.
- ³ SANCHEZ DE LEON, Adolfo. *Más salud más derechos: el desafío de la Argentina que viene*. La Plata. El autor. 2011. Páginas 10 a 15.
- ⁴ YANKILEVICH, Angel. *Hospital y Comunidad: de la colonia a la independencia y de la Constitución a la república corporativa*. Buenos Aires.1999. Página 20.
- ⁵ Ver: GARCIA, J. CESAR; "O Estado e as Políticas de Saúde na América Latina". *Textos de apoio- ciencias sociais*. Rio de Janeiro: Abrasco/PEC-ENSP, n° 2, 1984.
Ver también: FLEURY TEIXEIRA, Sonia. "Estado, Poder e Democratização da Saúde", in: FLEURY TEIXEIRA, S. *Saúde: Coletiva. Questionando a Onipotencia do Social*. Rio de Janeiro, Relume, Dumará, 1992, páginas 13-44.
- ⁶ Ver: MURILLO, Susana. "Influencias del higienismo en políticas sociales en Argentina.1871/1913." En: DOMÍNGUEZ MON, A *et alt. La salud en Crisis*. Buenos Aires. Dunken. 2000. Página 24.
- ⁷ Para una profunda caracterización del modelo de policía médica, ver: ROSEN, G. *De la policía médica a la medicina social*. México. D.F. Siglo XXI.1985.
- ⁸ FLEURY TEIXEIRA, Sonia. *Estados sin Ciudadanos: Seguridad Social y Salud en América Latina*. Buenos Aires. Lugar editorial. 1997.
- ⁹ Para una excelente caracterización de los procesos históricos de conformación de los esquemas de protección social ver: FLEURY TEIXEIRA, 1997. *Op. Cit.*
- ¹⁰ ABEL -SMITH, Brian. *¿Cuánto cuesta la salud?*. Salamanca. Mapfre.1982.
- ¹¹ ARCE, H. *El sistema de salud: de dónde viene y hacia dónde va*". Buenos Aires. Prometeo. 2012. Página 57.
- ¹² ARCE, *Op.Cit.* Página 70
- ¹³ ROEMER, M. *Perspectiva mundial de los sistemas de salud*. México D.F. Siglo XXI. 1980. Páginas 342 a 370.
- ¹⁴ MESA-LAGO, C. *El desarrollo de la seguridad social en América Latina*. Santiago: CEPAL, Estudios e Informes No 43. 1985.
- ¹⁵ ZERDA, A. *Et alt. Sistemas de seguros de salud y acceso a medicamentos*. Washington. OPS/OMS. 2001.
- ¹⁶ HIRSCHMAN, Albert. *Salida, Voz y Lealtad*. Fondo de Cultura Económica. México D.F. 1977
- ¹⁷ CARRILLO, Ramón. *Plan Sintético de Salud Pública 1952 – 1958*. Honorable Cámara de Di-

putados de la Nación. Secretaría Parlamentaria. Dirección de Información Parlamentaria. Buenos Aires. DG 109.05.00-1.

¹⁸ JANKILEVICH, Op Cit. Página 254.

¹⁹ Según las estimaciones oficiales intercensales la población argentina en 1951 era de 17.441340 habitantes (Ver: GERMANI, GINO. *Estructura social de la Argentina. Análisis estadístico*. Buenos Aires. Ediciones del Solar. 1987. página 31), en ese entonces la oferta de camas hospitalarias había ascendido a 130.127 (Ver: ALZUGARAY, R.A. *Ramón Carrillo, el fundador del sanitarismo nacional 2*. Buenos Aires. Centro Editor de América Latina. 1988. Páginas 228 a 231).

²⁰ Ministerio de Salud de la Nación / Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos: Argentina 2008. Buenos Aires. 2011.

²¹ En el presente el país registra una de las menores razones de enfermeras por médico del mundo.

²² SANCHEZ DE LEON, Adolfo. Más salud más derechos: el desafío de la Argentina que viene. La Plata. El autor. 2011. Página 23.

²³ Según la base de datos de Mortalidad de Menores de Cinco Años del Banco Mundial. Disponible en <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DY.N.MORT/countries?display=default>. Visitado el 7 de septiembre de 2012.

²⁴ SANCHEZ DE LEON, 2011. *Op. Cit.* Página 12.

²⁵ PERGOLA, Federico. Historia de la Salud Social en la Argentina, Superintendencia de Servicios de Salud. Buenos Aires. 2004.

²⁶ Ver: TOBAR, F. "Tendencias de reforma del sistema de salud en Argentina". *Salud para todos* Año 7. Número 70. Mayo. Páginas 18-19.

²⁷ LUNA, Félix. El 45. Editorial Sudamericana. Buenos Aires. 1968.

²⁸ NOVICK, Susana. "La salud en los planes nacionales de Desarrollo: Argentina 1964-1989". En: DOMÍNGUEZ MON, A *et al.*. 2000. Página 41.

²⁹ Ver: BELMARTINO, 1991. *Op. Cit.* BELMARTINO, Susana; BLOCH, Carlos. *El Sector Salud en la Argentina: Actores, Conflictos de intereses y modelos organizativos, 1960-1985*. Buenos Aires. OPS. N° 40. 1994. Ver también: TENTI FANFANI, E. "Welfare State a la Criolla". *La ciudad futura*. 1996.

³⁰ BELMARTINO, 1991. *Op. Cit.* Página 14.

³¹ BELMARTINO, 1991. *Op. Cit.* Página 18.

³² BELMARTINO, 1991. *Op. Cit.* página 18

³³ TOBAR, Federico. 2004. Política de descentralización en Salud. Tesis de Doctorado en ciencia Política. Buenos Aires. Universidad del Salvador.

³⁴ Arce. 2010. *Op. Cit.* Página 217.

³⁵ Fuente. Cooperativas de salud blogspot. Origen de la medicina prepaga en Argentina. Disponible en: <http://coopsalud.blogspot.com.ar/2007/04/argentina-medicina-prepaga.html>. visitado el 7 de septiembre de 2012.

³⁶ Datos elaborados por Key Market en base a la Dirección de Estadísticas e informaciones en Salud del ministerio de Salud de la Nación, y a las cámaras empresarias sectoriales: Confeclisa y Adepra.

³⁷ Tobar, Federico, Olaviaga, Sofía & Solano, Romina. "Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino". CIPPEC. Documentos de Políticas Públicas Número 108. 2012.

³⁸ BELMARTINO, 1991, *Op. Cit.* página 24

³⁹ Tobar, Federico, Olaviaga, Sofía & Solano, Romina. "Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino". CIPPEC. Documentos de Políticas Públicas Número 108. 2012. Página 1.