

Año 2015



**BOLETIN DE
SISTEMAS Y POLÍTICAS
DE SALUD**

Boletín N° 2

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

Lic. María Teresa Rossi^(*) Lic. Amanda N Rubilar ^(**)

SEGUNDA PARTE

EVOLUCION DEL SECTOR SALUD EN ARGENTINA

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

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

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

PERÍODO 1.920-1.945

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

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

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

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

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

El pasaje de la medicina de una profesión liberal a una asalariada, junto a la baja en la retribución de los servicios médicos contribuyeron a que los

^(*) Directora Asociada Consultora ExcelGess
<http://www.consultora-excelgess.com/>

^(**) Directora General Consultora ExcelGess

médicos dejaran de estar como hasta entonces atomizados y se agremiaran.

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

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

De acuerdo con un estudio del Dr. Augusto Bunge sobre mutualidades y seudo mutualidades en la Ciudad de Buenos Aires realizado en 1.910 ⁽¹¹⁾, las primeras (mutualidades) se dividían en “argentinas” (sociedades obreras con 16.000 socios y cajas patronales iniciadas en 1.876 con el Ferrocarril Central Argentino con 72.000 socios) y “cosmopolitas” (españolas, italianas, francesas, suiza e israelitas, con 68.700 socios). Las segundas (seudomutualidades) que totalizaban unos 80.000 socios, eran de la variedad

“empresas médicas”, tipo pre-pago que se habían originado en 1890 y que Bunge creía oriundas de España; o políticas-religiosas (Círculos Católicos de obreros con algo más de 10.000 socios).

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

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

Como lo señala Katz, J.,”el incipiente sistema de seguridad social

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

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

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

Disponible en:

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

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

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

presentaba desde su origen rasgos de desigualdad e inequidad”⁽¹³⁾.

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

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

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

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

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

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

A partir de 1930, las asociaciones en las que el núcleo convocante es el

vínculo laboral, comienzan a multiplicarse, así nuevas mutualidades se orientan a nuclear empujados de diferentes reparticiones estatales, o a empleados que pertenecen al mismo oficio o actividad laboral, también se generan durante ese período instituciones que reúnen al personal de grandes empresas industriales, comerciales o de servicios.

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

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

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

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

A partir de 1.943 cobra fuerza la idea de centralización normativa o “unidad de comando”, asimismo se considera indispensable la coordinación de las funciones de asistencia social, atención médica y previsión. También se estima como necesaria la adecuación de salud, trabajo y bienestar como respuesta integral a la crisis de las instituciones del

⁽¹³⁾ Katz, J.; Muñoz A. “ Organización del Sector Salud: Puja Distributiva y Equidad”. Bibliotecas Universitarias. Centro Editor de

América Latina. CEPAL. Buenos Aires, 1.988. pág. 71.

sector salud, producto ésta de la mala asignación de los recursos derivada de la superposición de funciones entre diferentes instituciones, problemas éstos que ya trascienden los límites de la práctica pensada como curativa y orientada al enfermo.

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

Este intento de construir una verdadera “unidad de comando” a efectos de eliminar la fragmentación de funciones y la superposición de instituciones, se ve rápidamente frustrado ya que en 1944 las funciones de asistencia social se trasladan a la Secretaría de Trabajo y Previsión, se crea el Instituto Nacional de Previsión Social, incorporándose al mismo ámbito la aplicación de la medicina social, de acuerdo con los métodos de la medicina preventiva y curativa; recortándose de este modo las atribuciones de la Dirección Nacional de Salud Pública.

PERIODO 1.945-1.955

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

asistencia médica de la población de menores recursos.

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

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

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

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

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

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

De acuerdo con Belamitino, S; y colaboradores⁽¹⁶⁾ los seguros sociales en general y el enfermedad en particular habían sido difundidos en Argentina por Augusto Bunge desde 1.917. En la década de 1930 es retomado por sectores que ven con preocupación las dificultades de financiación a las que está sometido el sistema de atención médica y consideran al seguro de enfermedad o un sistema de cobertura unificada de la totalidad de los riesgos vitales, como estrategias viables para la solución integral del problema.

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

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

En mayo de 1.954 y con motivo de la inauguración del Policlínico Ferroviario de Puerto Nuevo, el General Juan D. Perón dice lo siguiente: ".....queremos que en

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

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

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

Se produce de este modo una situación particular: el mismo Estado postula dos perspectivas diferentes en cuanto a la estrategia a desarrollar para el ordenamiento del sector salud, una técnica sostenida por Carrillo en la que el Ministerio de Salud Pública era el

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

Salud. Representación Argentina, 1.991; pág. 117.

Disponible en:

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

encargado de regular el sector, y otra política sostenida por el Ministerio de Trabajo y Previsión tendiente a financiar y promover importantes obras de infraestructura para ampliar la capacidad instalada propia dedicada a la atención de la salud de los trabajadores mejor organizados y a las mutuales con mayor número de beneficiarios. Situación ésta que dio lugar a un crecimiento desordenado del sector y que, lamentablemente, se repetirá en décadas posteriores.

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

La ausencia de coordinación entre los Ministerios de Salud y de Trabajo llevó a que el sistema de seguridad social tendiera al desarrollo de la capacidad instalada propia en los casos de instituciones con mayor número de beneficiarios y a la contratación de servicios con efectores privados en las instituciones con menor cantidad de afiliados, así los rasgos de desigualdad tanto en la financiación como en la prestación de servicios, que ya en 1.910 había detectado Bunge a través de su pormenorizado estudio sobre las mutualidades, no sólo siguieron predominando en las nuevas entidades creadas, sino que el otorgamiento

discrecional de beneficios a los sectores mejor organizados de la clase trabajadora introducen elementos fuertemente diferenciadores, profundizando de esta forma la fragmentación e inequidad.

PERIODO 1.955-1.970

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

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

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

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

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

(17) Belmatino, S. ; Bloch C. "El Sector Salud en Argentina. Actores, conflicto de intereses y modelos organizativos. 1.960-1.985". Organización Panamericana de la Salud.

Nro. 40/1.994. pág. 23. Disponible en: http://www.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/Pub40.pdf

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

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

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

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

En la Provincia de Buenos Aires, el médico gremialista Dr. Sergio Provenzano, como Subsecretario de Asistencia Social del Ministerio de Salud de la misma, posibilita el surgimiento de una organización capaz de integrar la aspiración de larga data de los médicos de autonomía profesional y retribución

acorde, con una cobertura de atención médica a un número significativo de afiliados. De este modo Provenzano hace dos cosas al mismo tiempo: dar respuesta a los reclamos del gremio médico y, concretar en los hechos el interés de los militares por crear instituciones de asistencia social capaces de competir con las desarrolladas por el peronismo.

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

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

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

Frondizi, confía el área de salud al Dr. Héctor Virgilio Noblía, quien asume como Ministro de Asistencia Social y Salud Pública con el convencimiento que el proceso demográfico registrado en el S

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

XIX, como consecuencia de los prodigiosos avances de la medicina, ratificaba la urgencia del desarrollo económico.

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

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

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

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

A lo largo de 1.958 y 1.959 la mortalidad infantil, que tiene su origen en su mayor parte en problemas gastrointestinales (diarrea infantil) y

expresa condiciones de vida inaceptables para buena parte de la población trabajadora, se constituye en prioritaria para las autoridades de salud pública, organizándose a tal efecto, campañas verticales encaminadas a la educación sanitaria de las madres.

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

En consonancia con su pensamiento en el año 1.959 se crean los Servicios de Medicina Social y Preventiva en todos los establecimientos médico-asistenciales y la Escuela de Salud Pública dependiente del Ministerio, para la formación de los recursos humanos en administración hospitalaria y salud pública.

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

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

Allende eligió al Dr. Osvaldo Mammone, quien había sido elegido por los médicos como Presidente del Colegio Médico de la Provincia, para ocupar el Ministerio de Salud de la Provincia quien

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

en ese carácter dirigió la Regionalización Sanitaria y la Reforma Hospitalaria.

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

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

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

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

De este modo los profesionales de la salud perdieron la posibilidad de

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

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

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

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

En 1.961 se firma un convenio tripartito que comprometía el apoyo del Gobierno Nacional, OPS/OMS y UNICEF. Pero por motivos políticos, y a pesar de la buena disposición del Ministro Noblía, así como de los buenos resultados obtenidos, este ambicioso proyecto, ante un cambio de gobierno y signo político, se modifica

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

profundamente, y termina no prosperando

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

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

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

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

Como lo había hecho Noblía en su momento, Oñativía proponía integrar la

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

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

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

El proyecto de ley de “Reforma del régimen técnico-administrativo de los organismos asistenciales y sanitarios del Ministerio de Asistencia Social y Salud. Pública Creación del Servicio de Atención Médica para la Comunidad”, proponía un nuevo régimen jurídico para los hospitales al que podían incorporarse los organismos asistenciales y sanitarios existentes o a crearse cuando los estudios realizados sobre sus condiciones técnicas, económicas, sociales y las características de las áreas de influencia así lo aconsejaran. Este nuevo régimen

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

jurídico constituía el paso previo para la integración de un futuro sistema de Seguro de Salud, y tenía por objeto el incremento de la financiación por racionalización de los presupuestos y retribución de prestaciones, la descentralización de la administración para agilizar y flexibilizar la utilización de los recursos y la participación a través del Consejo de Administración de representantes de la comunidad. Pero el citado proyecto sólo obtuvo media sanción en el Congreso de la Nación.

En sintonía con esta forma de pensar sobre el progreso del país en 1.964, solicita al Banco Interamericano de Desarrollo un crédito para el "Plan Nacional de Abastecimiento de Agua Potable en zonas rurales" y en diciembre de ese mismo año, cuando el crédito es aprobado, crea el "Servicio Nacional de Agua Potable y Saneamiento Rural" dependiente del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, organismo que en coordinación con la Secretaría de Estado de Obras Públicas y Obras Sanitarias debía establecer convenios con las provincias que decidieran adherirse para la provisión de agua potable o saneamiento de las localidades que carecían de estos servicios. A fines del año 1.965 se habían realizado obras en 234 localidades de siete provincias.

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

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

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

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

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

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

Provenzano compartía con el Ministro no sólo la idea de explorar y promover los mecanismos de participación de la comunidad similares a los que existían en los países anglosajones, sino también el deseo de separar definitivamente la organización sanitaria basada en el

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

seguro de enfermedad o de salud de todo organismo corporativo, como lo había hecho al crear el IOMA para todos los funcionarios de la provincia de Buenos Aires.

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

En la gestión de Oñativia, el precio de los medicamentos, tal como había ya

ocurrido en la época de Noblía, aparece como problema fundamental de salud pública.

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

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

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

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

La idea era regular el mercado de los medicamentos, a través de un proceso que se llevaría a cabo de manera progresiva, a efectos de eliminar los factores distorsivos que afectaban los precios de los mismos en las etapas de producción y comercialización, y cuya

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

existencia se había detectado al analizar la información presentada por los propios laboratorios ante el requerimiento que oportunamente le hiciera el Ministerio.

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

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

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

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

Con el objeto de reformar y reorganización el subsector público, la Secretaría de Salud, dependiente del Ministerio de Bienestar Social, a cargo del Dr. Ezequiel Holmberg, decide la creación de "hospitales de comunidad". A tal efecto eleva al Presidente para su aprobación el texto de la ley 17.102 que se aprueba en 1.966, sancionando de este modo la creación de los "Servicios de

Atención Médica Integral para la Comunidad", con una fundamentación y un articulado muy similar al utilizado oportunamente por la gestión anterior, en el que seguramente el Dr. Mondet, Alberto Subsecretario del área, había participado en su carácter de asesor del Ministro Oñativia. La medida al igual que en la gestión de Oñativia, suscitó la oposición del gremio médico así como de las organizaciones de clínicas y sanatorios, debido al fantasma de obligatoriedad de contratación con el Estado de las prestaciones requeridas por las obras sociales.

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

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

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

Por sugerencia de la misma Comisión, en 1.968 se sanciona una ley que congela al 31 de diciembre de 1.967 los aranceles de las prestaciones médicas y paramédicas con un incremento del 15%, y establece como fecha máxima el 31 de diciembre de 1.968 para presentar los instrumentos técnico-jurídicos que permitieran el ordenamiento de las relaciones contractuales entre obras sociales, servicios sociales, mutuales y los organismos profesionales encargados de realizar las prestaciones médicas, entre

los cuales figuraban: nomenclador uniforme de prestaciones, aranceles, implementación de auditoría de los servicios, normas de trabajo, técnicas y administrativas uniformes, un mecanismo de conciliación y arbitraje obligatorio, así como toda otra disposición tendiente a asegurar el ordenamiento de las prestaciones médicas y paramédicas que se convengan entre ambas partes.

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

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

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

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

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

Paralelamente a la creación de la Comisión Nacional de Obras Sociales (Ley 17.230), por decreto 2318 del año 1.967, se crea la Comisión Coordinadora de Servicios Sociales Sindicales, integrada por representantes del Ministerio de Trabajo, de Salud Pública y de la recientemente creada Secretaría de Promoción y Asistencia a la Comunidad, todas ellas bajo la dependencia del Ministerio de Bienestar Social. Esta Comisión realizó un análisis de la actividad de 368 obras y servicios sociales, organizadas por las asociaciones profesionales de trabajadores, que efectuaban prestación de servicios médico-asistenciales a más de tres millones y medio de habitantes.

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

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

de Servicios Sociales y Sindicales recomienda la creación de un órgano con representación del Estado, de los trabajadores y empleadores contribuyentes con atribuciones de planificación y decisión, encargado de coordinar el intercambio y complementación de servicios, desestimando modificaciones estructurales. En este caso la intervención del Estado se legitima en el ejercicio de su responsabilidad de garantizar el derecho a la salud.