

Año 2016

**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 ^(**)

TERCERA PARTE

EVOLUCION DEL SECTOR SALUD EN ARGENTINA

PERIODO 1.970-1.989

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

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

estimaban necesarios cambios profundos en su estructuración.

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

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

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

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

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

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

(**) Directora General Consultora ExcelGess

manifiesto, a su entender, la intención meramente comercial de la prestación.

El prepago gremial aparece entonces justificado tanto por la proliferación de los prepagos comerciales como por los proyectos de la esfera estatal (hospitales de comunidad) que podrían significar la estatización del ejercicio profesional médico, y en parte como señala Belmartino, S., como posible alternativa a la generalmente conflictiva relación con las obras sociales y las mutualidades. ⁽²³⁾

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

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

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

En mayo de 1.970 la Cámara de Instituciones Médicas de Medicina Prepaga (CIMAP) organiza la Primera Reunión Nacional de Entidades Privadas de Medicina por Abono, en ese momento estiman que otorgan cobertura a una población de 2.000.000 de personas, a través de 5.000 profesionales. El Ministro, Dr. Holmberg pronuncia el discurso de apertura destacando que el Congreso es la culminación de una etapa “auspiciosa por los entendimientos logrados”. ⁽²⁴⁾

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

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

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

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

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

⁽²³⁾ Belmartino, S.; Bloch C. “El Sector Salud en Argentina. Actores, conflictos de intereses y modelos organizativos 1.960-

1.985”. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Nro. 40. pág. 213.

⁽²⁴⁾ citado en ídem pág. 159.

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

También en el año 1.971, en un nuevo intento de recobrar protagonismo en la organización del sector la Secretaría de Salud Pública convoca una Comisión para el Estudio del Sistema de Atención Médica y su Financiación, la que de acuerdo con Belmartino, Susana ⁽²⁵⁾ no se sabe si se llegó a integrar.

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

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

Frente a este tipo de amenazas la Confederación Médica Argentina (COMRA) reacciona proponiendo la organización de un seguro social nacional de atención médica. El carácter de la prestación era exclusivamente un acto médico. Los recursos se recaudaban sobre el aporte tripartito de asegurados, empleadores y Estado. La contribución del Estado se destinaría a financiar la organización administrativa previa del sistema, a subsidiar emergencias financieras que se pudieran producir por epidemias, catástrofes, etc, y a la cobertura de la población carente de

recursos. Pero las dificultades de la implementación del seguro de enfermedad propuesto impidieron su concreción.

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

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

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

Finalmente, y a pesar de la fuerte oposición del gremio médico, en junio de 1.972 se sanciona la ley 19.710. La citada norma aconseja la creación y reglamentación de un sistema plural de remuneración profesional: relación de dependencia con monto fijo, capitación,

⁽²⁵⁾ Belmartino, S.; Bloch C. "El Sector Saludop.cit.

cartera fija, pago por prestación y formas mixtas. El arbitraje se encomendaría al Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y se reconoce a la Confederación General del Trabajo (CGT) como única entidad representativa de la totalidad de las instituciones prestatarias en el seno de las comisiones paritarias y las condiciones de creación del Registro Nacional de prestadores. Se reconoce a la Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la República Argentina (CIMARA) como entidad representativa de los prestadores con derecho a participar en la Comisión Paritaria Nacional.

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

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

Por esta época, tal como lo señala Jorge Katz ⁽²⁶⁾ se produce “una profunda transformación en el pensamiento predominante entre los sanitaristas argentinos, que en los orígenes de la década del setenta, pasan de la doctrina del “seguro”, destinado a la financiación de la demanda –doctrina que impera en

los años sesenta-, a la del “servicio”, que implica, “además del manejo del financiamiento, la coordinación y organización por parte de las agencias públicas de la oferta de servicios en los niveles estatal, privado y de las Obras Sociales”.

La citada transformación se ve reflejada en el documento elaborado en 1.972 por el Consejo Federal de Salud (COFESA), que reunía periódicamente a las autoridades del área, el cual es difundido por el Ministerio de Bienestar Social, y que establece las bases doctrinarias y organizativas de un Seguro Social de Salud. Entendiendo a la salud como un valor social y derecho humano que debe ser garantizado por el Estado, el que debe preceder a la planificación y ejecución de las políticas necesarias para lograrlo, se propone la creación de un sistema nacional, universal, y obligatorio, integrado por subsistemas provinciales que tendrá en cuenta la capacidad instalada oficial, el desarrollo de las obras sociales y considerará las posibilidades de integración del sector privado. Se señala también la necesidad de una ley nacional de Medicamentos que otorgue primacía al valor social respecto de su producción y comercialización.

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

Por su parte la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires, hace pública en ese mismo año su propuesta con pautas tendientes a la complementación de los sectores público, de obras sociales

⁽²⁶⁾ Katz, J.; Muñoz A. “Organización del Sector Salud.....op.cit. pág 45.

y privado a efectos de lograr una medicina igualitaria para todos los habitantes.

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

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

Liotta, un prestigioso cardiólogo a nivel nacional e internacional, aprovecha las VII Jornadas Angiológicas Argentinas reunidas en Posadas en junio de 1.973 para anunciar una "Reforma Sanitaria Nacional" ⁽²⁷⁾, y habla de la necesidad de integrar todos los recursos y servicios en un Sistema Nacional de Salud, que garantice una sola medicina para quien la necesite cualquiera sea su condición económica o situación geográfica, reintroduce el concepto del Estado como garante de la salud y principal financiador del sistema de servicios.

De acuerdo con Belmartino y Bloch, Liotta al conocer su futura designación en

el área de salud decidió no introducirse en la interna partidaria y convocar a un grupo de prestigiosos sanitaristas ^(*) a quienes encomendó un proyecto de organización para el sector.

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

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

En la versión difundida por la Subsecretaría de Salud Pública a las provincias con el fin de informar a los sectores interesados, se le encomienda al sistema la función de organizar y efectuar las prestaciones de atención médica integral para todos los habitantes del país en todo el territorio nacional. Se otorga al sistema autarquía financiera e individualidad jurídica. Se establece un Fondo Financiero Sanitario Nacional, integrado con fondos provenientes de los aportes del Estado, de los trabajadores independientes y en relación de dependencia, de los empleadores, de los pagos por servicios presados y con los derivados de leyes e impuestos especiales. El aporte de los empleadores y trabajadores en relación de dependencia o independientes se realizaría a través de las correspondientes obras sociales, o en su defecto a través de las cajas de previsión. El aporte de las

⁽²⁷⁾ Belmartino,S.; Bloch C. "El Sector Saludop.cit. pág.240.

^(*) al parecer el Dr. Carlos Canitrot, quien había sido el autor del discurso de Posadas, era el que mantenía contacto directo con el Subsecretario y fue quien vinculó al proyecto al Director de la Escuela de Salud Pública Aldo Neri, al ex-presidente de la COMRA y

Director del Centro de Estudios Médicos Sociales Alberto Prieto, al Presidente de la Comisión Interhospitalaria Jorge Voskin, María Teresa Bea y un grupo de funcionarios de carrera del Ministerio de Bienestar Social. Mario Testa en ese momento Decano de la Facultad de Medicina, si bien no formó parte del grupo actuó como asesor del proyecto.

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

De acuerdo con Katz, J. "el Consejo Federal era la pieza clave en el diseño de la política de prestaciones de salud y de su control de gestión. Fue pensado como un gran y poderoso ente institucional, constituido por el Ministro de Bienestar Social –que lo presidía-, los Secretarios de Estado del Ministerio de Bienestar Social de la Nación, un representante de cada Jurisdicción Provincial, un representante del Ministerio de Defensa, un representante de las Universidades Nacionales, seis representantes de la CGT, dos de la CGE, tres representantes del personal profesional de la salud –de los cuales uno por lo menos debía ser médico- designados a propuesta de las entidades gremiales mayoritarias en el orden nacional con personería gremial, y un representante de las entidades privadas adheridas al sistema" (28).

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

En una versión posterior a la comentada, si bien la administración federal del Sistema Nacional Integrado de Salud sigue siendo autárquica ya no

asume la totalidad de las atribuciones conferidas por la legislación a los organismos estatales, lo que atenta contra la unidad de conducción. Además se suprime la incorporación inmediata de las obras sociales paraestatales y mixtas y de los servicios de Capital Federal y el Territorio Nacional de Tierra del Fuego, por ende el Foro Sanitario Nacional sólo recibe contribuciones del Estado Nacional y aquellas jurisdicciones que hayan decidido su incorporación al Sistema.

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

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

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

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

1.978 se derogó la ley de creación del SNIS.

El gobierno militar que asume en marzo de 1976, decide intervenir en el subsector de obras sociales. Mediante el decreto 3046/76 se le otorgaba al Instituto Nacional de Previsión Social (INPS) la potestad de intervenir sobre las modalidades de contratación y prestación de los servicios de atención médica para los beneficiarios de obras sociales, y se eliminaba el mecanismo paritario puesto en marcha por la ley 19.710, además, se otorgaba a los servicios de atención médica comprendidos en los convenios entre las obras sociales y los prestadores el carácter de "servicio público de asistencia social".

En el año 1978 el gobierno decide informar sobre su intención de reformar la ley 18.610, fundamentando tal necesidad en: la desigualdad de recursos de las diferentes obras sociales originada en la distinta capacidad de presión de los gremios y la consiguiente desigualdad en las prestaciones, la irregular distribución de la capacidad instalada, el carácter oligopólico de la oferta de servicios, son entre otros los argumentos utilizados a tal fin.

Sobre la base de este diagnóstico el Ministerio de Bienestar Social, conducido por el contralmirante Bardi elabora un proyecto de ley en el que propone la desvinculación de los organismos encargados de administrar las contribuciones destinadas a la cobertura de atención médica de las asociaciones profesionales, organizándolas regionalmente bajo la conducción de un organismo de nivel federal. El gobierno del sistema estaría a cargo de cuerpos colegiados integrados por representantes del Estado, de los afiliados, empresarios, jubilados y pensionados. Se prevé la incorporación de grupos no cubiertos y la adhesión voluntaria de obras sociales no

incorporadas al régimen 18.610. Los entes de obras sociales así creados tendrían funciones de financiación y salvo casos excepcionales no podrían desarrollar capacidad instalada propia. Las prestaciones se realizarían mediante la contratación con efectores públicos y privados, lo que excluye la posibilidad de contratar con las corporaciones profesionales. Este proyecto pierde actualidad con la renuncia del Ministro.

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

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

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

El Ministerio de Bienestar Social no está de acuerdo con la propuesta del Ministerio de Economía, produciéndose de esta manera un conflicto interministerial que se canaliza, de acuerdo con Belmartino ⁽²⁹⁾, a través de la discusión de diferentes proyectos de ley que no sólo presentan diferencias en términos organizativos sino que también presentan fuertes discrepancias en la concepción del papel del Estado en la protección de los riesgos vitales.

Mientras el Ministerio de Bienestar Social propone un proyecto de ley que introducía cambios importantes en la organización y estructura de las obras sociales pero sin violar el principio de la solidaridad social, el proyecto de la

⁽²⁹⁾ Belmartino, S.; Bloch C. "El Sector Saludop.cit. pág. 277.

Comisión Interministerial, formada por Economía, Interior, y Justicia, proponía autorizar al afiliado a llevarse el noventa por ciento de sus aportes para hacerse atender en alguna otra parte (seguros médicos, mutuales, planes de asistencia integral de clínicas, organizaciones de colectividades, etc) de acuerdo a sus preferencias.

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

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

En 1.982 el gobierno reconoce la imposibilidad de modificar radicalmente el statu quo a través de una ley y comienza a aceptar la posibilidad de revisarla, es en ese momento cuando Santiago de Estrada, todavía a cargo de la Secretaría de Seguridad Social, reconoce dos características del sistema argentino de obras sociales de imposible

eliminación: la división por actividad y la participación de los sectores en la conducción de las obras sociales. Pero tampoco el gobierno militar logra concretar su intención de reformar la ley 22.269.

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

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

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

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

El equipo de trabajo bajo su conducción aborda desde el principio de

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

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

En febrero de 1.984 el Ministro aparece en las primeras noticias vinculadas al proyecto del Seguro destinado a reorganizar el sistema de obras sociales. La propuesta recupera el papel del Estado como conductor de las políticas diseñadas por los órganos deliberativos del gobierno constitucional, y como prestador de servicios. Una pieza fundamental en la redefinición del papel del Estado es la recuperación de las instituciones del subsector público, para lo cual propone privilegiar la atención primaria de la salud integrándola en todas las instancias de sistemas de servicios de salud y especialmente en el de la seguridad social. El Estado será el encargado de asegurar prestaciones de atención médica sin injerencia de la conducción de los gremios y en igualdad de oportunidades tanto para los afiliados de los gremios poderosos como para los pertenecientes a entidades con menores recursos, por ello propone otorgar individualidad jurídica a las obras sociales y entregar su conducción a los beneficiarios con participación del Estado. Todos los prestadores, públicos,

privados o propios de las obras sociales, deberán constituir una red integral de servicios disponible para los beneficiarios del Seguro. Se asegura la cobertura universal para el acceso al sistema de servicios de salud, incorporando a los trabajadores autónomos e incluyendo a las personas sin cobertura bajo la responsabilidad financiera del Estado. Con la intención de federalizar el sistema, propone otorgar protagonismo a las provincias en la definición de las políticas de salud.

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

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

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

proyecto de ley de Seguro Nacional de Salud.

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

Además, la inflación y la agudización de la crisis económica profundizan “la puja distributiva” dentro del sector, a la que hacen referencia Jorge Katz y Alberto Muñoz ⁽³⁰⁾. A finales de la década del ochenta estos autores estimaban que cuatro mercados se disputaban el total de los recursos: un mercado de servicios de internación, un mercado de servicios ambulatorios (médicos), un mercado de aseguramiento y un mercado de medicamentos e insumos. Señalaban además que: “... es el conflicto distributivo y no las necesidades médico-asistenciales de la población lo que está determinando las pautas de funcionamiento del mercado de la salud, ante la creciente falta de capacidad de regulación por parte de la autoridad pública”

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

En la década de los '80, el crecimiento continuo del sector prestador privado llevó a una situación de paulatina saturación y posterior sobreoferta de servicios, que ya no pudo ser financiada por un sistema de seguridad social cuyos

⁽³⁰⁾ Katz, J.; Muñoz, A. “Organización del Sector Salud: puja distributiva y equidad” CEPAL Buenos Aires 1.988.

recursos dejaron de crecer en la segunda mitad de la misma. Se produce entonces un punto de inflexión del sistema de salud, la crisis financiera impone la contención de costos, paralelamente a la necesidad de incrementar la cobertura y mejorar la productividad y la eficiencia.

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

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