

# **SISTEMA DE SALUD EN ARGENTINA POS CRISIS DEL 2001: EL PAPEL DEL TRABAJO SOCIAL EN LA FORMULACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS SANITARIAS QUE GARANTICEN EL DERECHO A LA SALUD.**

Lic. Virginia Michelli(\*), Lic. Susan López(\*\*), y Lic. Laura Otero(\*\*\*)

## **RESUMEN:**

El sistema de salud argentino es uno de los más fragmentados del mundo. Se caracteriza por presentar una conformación tripartita: público, seguridad social y privado. Desde mediados de los años '70, el rasgo distintivo que ha caracterizado a la política de salud nacional ha sido el avanzar en la transferencia económica y administrativa del sistema de salud a cada provincia. El proceso de reforma en el sector acentuado durante la década de los '90, y la crisis económico financiera que atravesó el país a principio del milenio, profundizó la desigualdad por cada jurisdicción provincial.

Argentina atravesó una crisis económico financiera entre los años 2001 y 2002 de la cual fue recuperándose en términos macro económicos en los últimos 5 años, sin embargo, aunque puede observarse un mejoramiento de algunos indicadores sociales como la disminución del desempleo, de la pobreza, la indigencia, la mortalidad infantil a nivel nacional, etc., no ha logrado trasladar esa mejoría económica en mayor acceso a la salud de los sectores de menores recursos.

Este trabajo plantea la situación que atraviesa la población de menores recursos de la provincia de Buenos Aires, la que contiene casi el 40% de la población del país con un conglomerado urbano de cerca de 9 millones de personas.

Se discuten los criterios en la distribución de recursos en materia de política sanitaria, los planes implementados en el contexto del Plan Federal y la desigualdad en el acceso a la salud, interperándose el concepto de ética en el desarrollo de programas de alto costo en salud y de bajo impacto epidemiológico. Pensar la salud en términos donde la dimensión social en toda su complejidad no esté contemplada o se la disfrace e ignore con tecnicismos, es producir daño, iatrogenia institucional.

Se tiene en cuenta que el 50% de los trabajadores sociales matriculados en Argentina reside en la provincia de Buenos Aires, y es el sector salud el que históricamente ha sido el mayor empleador y formador de trabajadores sociales para el sector, donde el requerimiento de mano de obra intensiva es insustituible.

Se sostiene que el Trabajador Social posee una formación específica que permite traducir lo caótico a otras disciplinas, instituciones, programas y niveles de decisión, dotarlo de sentido y favorecer procesos de cambio, tanto en el nivel "microsocial" como "macrosocial". Se promueve la participación y la intervención del trabajo social como disciplina fundamental para facilitar la implementación diferentes estrategias políticas, sociales y culturales, para la consecución de un mayor acceso a la salud por parte de la población.

El trabajo intenta delinear nuevas formas posibles de intervención, como así también, valorar y resaltar aquellas que han contribuido y contribuyen a lograr más eficazmente el derecho a la salud.

## **PALABRAS CLAVES:**

Acceso a la Salud – Pobreza – Políticas Públicas

---

\* Virginia Michelli. Licenciada en Trabajo Social. UNLP. Docente de la Facultad de Trabajo Social. UNLP. E-mail: virginia@iw.inds.com.ar

\*\* Susan López. Licenciada en Sociología. UBA. Docente de la Facultad de Trabajo Social. UNLP. E-mail: lsusan@ciudad.com.ar

\*\*\* Laura Otero. Licenciada en Trabajo Social. UNLP. Docente de la Facultad de Trabajo Social. UNLP. E-mail: lauraoteroz@yahoo.com.ar

## INTRODUCCIÓN

Con las políticas neoliberales aplicadas a partir del golpe militar del '76 y profundizadas la década de los '90, las desigualdades sociales y económicas se han ido acentuando en la Argentina. Algunos sectores sociales, los de mayores ingresos han podido acceder a servicios de salud de mejor nivel o por lo menos de más alto costo y mayor complejidad, mientras que los sectores más pobres cada vez han tenido más dificultades para alcanzar los servicios mínimos.

Argentina tiene un sistema sanitario sumamente ineficiente, con un subsector público fragmentado en jurisdicciones provinciales y municipales, que atiende a partir de los hospitales público acerca de la mitad de la población; una seguridad social muy heterogénea en afiliados, en recursos financieros y servicios que prestan y un subsector privado sin control por parte del Estado y con prestaciones y precios abusivos.

Para paliar los efectos del achicamiento del Estado, que tuvo un alto y negativo impacto en las áreas sociales y particularmente en salud, se aplicaron políticas de focalización por programa, dirigidos a los sectores más castigados y excluidos de la sociedad y un programa médico obligatorio (PMO) que obligaba a las Obras Sociales (seguridad social argentina) y más tarde a las prepagas a brindar una cantidad mínima de prestaciones asistenciales, de manera obligatoria, siendo todas las demás discrecionales.

Las recetas bancomundialistas aplicadas fueron consolidándose con diferentes "reformas": la reforma económica y la convertibilidad monetaria, la reducción del déficit fiscal, el achicamiento del estado, las privatizaciones, la flexibilización laboral, la reforma en salud con la desregulación de las obras sociales, planes sociales focalizados, cortoplacistas y de impacto acotado.

Las políticas neoliberales fueron sumando desclasados, excluidos, desempleados, pobres, indigentes, desnutridos y muertos por causas evitables.

El experimento económico no tuvo éxito y la convertibilidad creó un mundo de fantasías interno y una burbuja extremadamente vulnerable a los factores externos de la economía mundial. Como fue de prever, la misma estalló y el país ingresó en una crisis económica nunca vista.

El impacto fue tan alto que se declararon la emergencia económica y financiera, la laboral, de la salud, etc. Así, entramos en un período de EMERGENCIAS. Todo se hacía para socorrer lo inmediato, con lo cual todo lo que se había deteriorado hasta entonces, se terminó de derrumbar. La ausencia de políticas de estado mostró su cara más cruel, al punto tal que en un país productor de alimento como Argentina, la desnutrición se transformó de rareza a una epidemia.

El punto crítico de la crisis económica, financiera y política fue hacia el final del año 2001 y el impacto en la sociedad argentina se hizo sentir con toda su crudeza en el año 2002.

La crisis económico-financiera profundizó la desigualdad social, recrudeció la pobreza y la indigencia que ya habían aumentado las políticas neoliberales implementadas por un estado cooptado por la lógica del mercado del paradigma económico de final del siglo XX.

Esa lógica ha expresado, reiteradamente, que el mejoramiento social se produce con crecimiento económico, que cuando al país y a sus clases dirigentes y ricos le va bien, a todos sus habitantes también por los goteo y derrame. Sin embargo, esto no es así, mientras tanto exista concentración de capital y se favorezcan el oligopolio y la injusticia social.

A partir del año 2003 la economía de Argentina mejoró notablemente, sin embargo la redistribución de ingresos sigue concentrada y el modelo de políticas de salud no cambió su eje ideológico, se continúa con la aplicación de planes sociales focalizados y selectivos, y con la carencia de inversiones estatales para la salud desmercantilizada y universal que ofrece el subsector público. Cabe hacer notar que, las reservas de dinero que el país dispone en su Banco Central son hoy las más elevadas en la historia económica argentina.

Es en este contexto, donde el Trabajador Social en salud enfrenta el desafío de crear nuevos espacios y modos de intervención que incidan en que más población accedan a diferentes derechos sociales, en particular de salud.

## **DESARROLLO**

Es a partir del año 2003 y con la asunción del gobierno de Néstor Kirchner cuando la economía comenzó a recomponerse lentamente. Ayudados por un contexto internacional demandante de productos primarios, principalmente de la agricultura y algunos de sus derivados, y por el default de la deuda externa más elevada y la quita de capital más altas en la historia económica mundial, Argentina logra revertir la tendencia deficitaria de la balanza de

pagos y comercial y su estado dispone de dinero para eventualmente distribuir en el conjunto de la sociedad.

Así desde 2003 Argentina ingresó en un sostenido crecimiento económico, con un PBI que crece a 8.5% anual y un PBI per cápita del 7% anual.

Así llegamos al año 2007 con una floreciente economía macrosocial, sin embargo esto no se refleja del mismo modo en el acceso a los diferentes derechos sociales principalmente y paradójicamente en Argentina, el de la alimentación.

En cuanto a la actividad laboral, podemos observar un mejoramiento de este indicador bastante significativo, ya que la tasa de empleo para 2002 era del 33,5% y para el 2007 del 42%, mientras que el desempleo pasó de 23,3% en 2002 a 7,5% con una subocupación del 9% en 2007.

La pobreza creció exponencialmente en los últimos 30 años. Mientras que en 1974 aproximadamente el 8% de las personas estaban bajo la línea de la pobreza, en 1991 se llegó al 21,5 % y en el 2002 el 56,1%. Con respecto a la línea indigencia (la imposibilidad de comprar la canasta de alimentos normatizada) subió desde aproximadamente del 3% al 26,7% de la población.

Mientras que estos indicadores fueron mejorando, para el primer semestre 2007 aún tenemos que el 22% de la población esta debajo de la línea de pobreza y el 8,2% de indigencia y una gran parte de ellos son niños. Los menores de 14 años representan el 23,5% de la población. El 40 % de los pobres son menores y el 14% son indigentes, pero estos datos ascienden al 43% y al 14,8% en el conurbano bonaerense.

Es decir, que hoy tenemos más pobres de toda pobreza que cuando comenzó la estricta aplicación de las políticas neoliberales.

El estado de salud de la población depende de una adecuada alimentación, vivienda, trabajo digno, salario, las condiciones laborales, el medio ambiente y la educación. Por lo tanto, hasta que no existe una redistribución económica progresiva y justa, nada hace pensar que mejoren ciertos indicadores sociales de nuestro país.

Así observamos que, con respecto a salud las cosas no han mejorado. Según algunos datos extraídos de un informe realizado por el Instituto de Estudios y Formación de la Central

de Trabajadores Argentinos (CTA) y otros seleccionados a partir del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INDEC) y el Ministerio de Salud:

- En el 2005 la población argentina alcanzaba los 38.592.150 y en la Pcia. de Buenos Aires llegaba a los 14.654.379 habitantes
- Argentina tiene un gasto en salud equiparable al de algunos países desarrollados: 8,9% del PBI.
- El gasto en medicamentos en Argentina es del 30% a 40% sobre el total del gasto en salud, mientras que en países centrales ese gasto varía entre el 7% y el 20%.
- En Argentina hay 32 médicos por mil habitantes, pero mientras en la Provincia de Buenos Aires ese indicador es de 25 por mil; en Formosa es de 14 por mil y en el Chaco es de 17 por mil.
- La mitad de la población depende del hospital público para su atención en salud. Mientras que en Formosa y en Chaco llega a dos tercios (2/3), en Ciudad de Buenos Aires y Santa Cruz es de un cuarto (1/4) de la población
- Por lo menos un tercio (1/3) de la población tiene problemas de alimentación.
- El 3% de los menores de 18 años padecen de desnutrición aguda por hambre, porcentaje que asciende al 6% en el noroeste y noreste argentino (NOA y NEA.)<sup>1</sup>
- 1 de cada 5 niños tiene problemas de desnutrición en el Gran Buenos Aires
- El 18% de la población total y el 16% en la Pcia. de Buenos Aires tiene Necesidades Básicas Insatisfechas (2001). Más del 70% de los hogares con necesidades básicas insatisfechas cuentan con menores de 14 años o menos.
- La mortalidad infantil pasó del 16,8‰ para 2002, 13,3‰ para 2005 y de 12,9‰ para 2007. Estos valores no son auspiciosos en comparación con otros países de la región que, para el año 2005 tenían: Cuba 7,3‰, Chile 8‰, Uruguay 13‰
- En el 2003 el 58,2% de las muertes pos-neonatales eran reducibles y el 56% en 2006
- Cada día mueren nueve niños menores de 1 año por causas evitables: un niño cada tres horas.
- La mortalidad materna aumentó de 4,6 por cada 10.000 nacidos vivos en 2002 a 4,8 por cada 10.000 nacidos vivos en 2006.
- Entre el 5% y el 9% de los niños de 5 a 13 años trabajan y el 12% no completa el sexto grado en el Gran Buenos Aires.

---

<sup>1</sup> NOA: Comprende las provincias de: Catamarca, Jujuy, Salta, Santiago del Estero y Tucumán  
NEA: Comprende las provincias de: Corrientes, Chaco, Formosa y Misiones

Estos datos nos están demostrando y confirmando lo que sostiene el documento de la CTA (2007), “no es el crecimiento económico el que garantiza la eficiencia global del sistema económico y social, sino, por el contrario, la firme voluntad política de implementar y sostener políticas sociales redistributivas que coadyuven en el desarrollo social”. Las desigualdades sociales en salud son consecuencia de la desigual distribución de poder impuesta por la forma de organización económica dominante. Con una alta concentración del capital encontramos que en el período 2003-2007, el 20% de la población de mayores recursos se apropiaron del 50% de los ingresos generados por el proceso de crecimiento económico. Por su parte el 40% de la población con ingresos más bajos sólo se apropiaron del 12,8% de los ingresos generados. En conclusión, “en el marco de la recuperación de la actividad económica, las condiciones de funcionamiento de la economía local (elevada concentración y extrema desigualdad) no se modifican” (CTA. 2007)

### ***¿Cuál es el papel del Trabajo Social en todo esto?***

Se tiene en cuenta que el 50% de los trabajadores sociales matriculados en Argentina reside en la provincia de Buenos Aires, y es el sector salud<sup>2</sup> el que históricamente ha sido el mayor empleador y formador de trabajadores sociales para el sector, donde el requerimiento de mano de obra intensiva es insustituible.

Además, y tal como lo señala lamamoto, afirmamos que la materia prima del Trabajo Social es la cuestión social, entendida como la producción de la desigualdad en un contexto de acumulación de capital. En este sentido, lo que acontece en salud es una expresión de la cuestión social que provoca la necesidad de conocer para intervenir, de accionar sobre ella: la investigación para producir procesos de transformación. Es decir, la producción de un saber específico que aporte elementos para la construcción de categorías analíticas, y de intervención que contemplen hoy más que nunca, el proceso de salud enfermedad como un proceso social e históricamente determinado. Este saber específico en el marco de indicadores socio económicos que no retroceden, cobra preponderancia, al traducir aquello que acontece en la vida cotidiana de los sujetos a otras disciplinas que comparten el campo de la salud. Pareciera que, a mayor crisis económica, más asépticas y reduccionistas se tornan las teorías explicativas acerca de por qué ocurre lo que ocurre y también las acciones en salud para revertir la situación.

---

<sup>2</sup> A modo de ejemplo, el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, ofrece un sistema de capacitación en servicio bajo la modalidad de becas de residencia de posgrado desde hace más de dos décadas.

Las políticas focalizadas implementadas para paliar los efectos del achicamiento del Estado, fueron acompañadas también con programas de formación de recursos humanos, también financiados en algunos casos por organismos internacionales, aun vigentes, en el marco del Plan Federal de Salud. La medicina basada en la evidencia, la utilización de sofisticados softwares para procesamiento de datos estadísticos, y la multiplicación de protocolos de investigación en salud y en atención primaria (Programa de Reforma de la Atención Primaria, Programa de Salud Social y Comunitaria, Programa de Metodología de Investigación para la Salud Social y Comunitaria) en particular, donde se escinde lo social como un determinante de la salud. Aun hoy aparece como novedoso en algunos centros de formación académica en la provincia de Buenos Aires, ligar el saneamiento ambiental o la alimentación con el estado de salud de la población. Ligar la pobreza con el proceso salud enfermedad aparece con un cliché, que respetan las diferentes disciplinas vinculadas al modelo médico “como algo que no debe faltar”, produciéndose un vaciamiento y mecanización en el uso de categorías teóricaspreciadas a las ciencias sociales y salud pública, que en el escenario actual están lejos de asociarse a procesos de cambio, de liberación de otras épocas<sup>3</sup>: atención primaria “renovada”, promotores de salud, participación comunitaria, derechos humanos, integralidad, intersectorialidad, la realización de talleres como finalidad en si misma, oportunidades perdidas en salud, entre otras. Es interesante señalar como estos principios aparecen en las propuestas de políticas de Estado, mientras que los programas sanitarios de tipo selectivo (focalizado) rompen en la práctica con esta lógica.

Desde otra perspectiva, frecuentemente para las instituciones y equipos de salud (muy especialmente para los médicos más “permeables” y otros trabajadores de la salud cercanos a ese modelo) lo social se presenta como lo caótico, lo inasible, lo imprevisto, lo que interpela, indigna, incomoda y confronta desvaneciendo saberes previos. El saber médico no alcanza. Es bueno que haya buenos médicos, pero no alcanza para producir salud. Es por eso que afirmamos que, pensar la salud en términos donde la dimensión social en toda su

---

<sup>3</sup> “...Durante los años 60 y 70 grupos comprometidos de promotores de salud y organizadores de la comunidad comenzaron a establecer las bases de lo que se acabó llamando «Programas de Salud Basados en la Comunidad» (PSBC). Estas iniciativas populares participativas y concienciadoras surgieron en unas cuantas regiones, como Nicaragua, Costa Rica, Guatemala, Honduras, México, Sudáfrica, India, Bangladesh y Filipinas. La mayoría de estos programas comenzaron como una respuesta humanitaria a las tremendas necesidades sin cubrir, con unos objetivos más humanitarios que políticos. Pero la explotación institucionalizada y la violación rutinaria de los derechos básicos de las personas pobres contribuían con tanta claridad a la falta de salud y a las altas tasas de mortalidad (especialmente en los niños) que muchos de estos programas basados en la comunidad incorporaron componentes sociopolíticos...” En Werner, David y Sanders, David y col. 2000. *Questionando la Solución: Las Políticas de Atención Primaria De Salud Y Supervivencia Infantil*. Capitulo 1 a 5. De: <http://www.healthwrights.org/spanish/Libros/question.htm>

complejidad no esté contemplada (o se la disfrace e ignore con tecnicismos), es producir daño, iatrogenia institucional.

Entendemos la necesaria revisión crítica de las categorías teóricas aplicadas al campo de la salud como paso ineludible, la resignificación de estos en torno la posibilidad de promocionar la salud como estrategia política que incluye la capacidad de organización de los sujetos en su lucha por el acceso a los derechos fundamentales.

En este sentido, se advierten desde hace algunos años los esfuerzos de los trabajadores sociales por sortear los compartimentos estancos que ofrecen las políticas de salud focalizadas que, en su lógica selectiva, fragmentan a los sujetos según dolencias o recursos disponibles.-Como así también promueven el acceso a la salud de minorías desplazadas históricamente de los circuitos oficiales de atención (pueblos originarios, trabajadoras sexuales, transgénero), mediante la participación en propuestas interdisciplinarias, innovadoras y creativas que faciliten el acceso libre y sin discriminación a la atención a la salud.

Experiencias que fomentan la participación mediante la instalación de dispositivos de intervención comunitaria en las organizaciones sociales que habilitan y den lugar a la palabra en un cotidiano signado por condiciones materiales de existencia, características de la pobreza estructural. Palabra que permita nombrar, contar denunciar para poner de manifiesto que el malestar que aqueja al cuerpo obedece a un proceso de salud enfermedad quebrantado por la vulneración de derechos. Vulneración que condena a los sujetos a recurrir a la atención médica frente a la urgencia con consecuencias frecuentemente irreversibles, con alto costo en sufrimiento humano, con el desborde de los equipos de salud y un sistema sanitario que complejiza y encarece las repuestas para aquello que podría haberse prevenido.

La naturaleza esencialmente interventiva de la profesión, la formación académica específica que se combina con el dominio de herramientas devenidas de la investigación y la planificación social, de la teoría, la política y la medicina social en sincronía con la dimensión política de su quehacer, es que adquiere un peso específico y privilegiado, El trabajo social no sólo es un pilar importante en el área de la salud sino que su accionar e intervención tiene en sí la capacidad de transformar o incidir en los modos de alcanzar mejor salud.

También entendemos que la Universidad Nacional, debe ser una herramienta de transformación social. Mediante la articulación de saberes académicos y saberes populares que propicien transformaciones que, desde los distintos espacios de intervención garanticen el



derecho a la salud. En este marco, resulta importante dejar expresado que, nuestra labor queda comprometida en auspiciar políticas universales, públicas y gratuitas.

## BIBLIOGRAFÍA.

1. Ministerio de Economía y Producción. (2008) . “Argentina: indicadores económicos” . Marzo de 2008.
2. Ministerio de Salud. (2007) “Indicadores básicos. Argentina 2007.”
3. Lozano, C; Rameri, A; Raffo, T. (2005). “ El hambre es un crimen. La infantilización de la pobreza en la argentina” . Instituto de Estudios y formación- CTA. Buenos Aires. Disponible en: [www.cta.org.ar/base/IMG/doc/hambreocrimen290605.doc](http://www.cta.org.ar/base/IMG/doc/hambreocrimen290605.doc)
4. Lozano, C; Rameri, A; Raffo, T. (2007). “Crecimiento y distribución. Notas sobre el recorrido 2003-2007”. CTA. Disponible en: <http://www.institutocta.org.ar>
5. CTA- FNS. (2007) “Salud es distribución justa de la riqueza, autonomía y participación”. Buenos Aires. Disponible en: <http://www.cta.org.ar/base/article8403.html>
6. Escudero, José Carlos. (2008) “¿Por qué es tan mala nuestra salud colectiva?”. Mimeo. Buenos Aires.
7. Escudero, José Carlos y Diloretto, Mariela. (2004). “Números de la pobreza” . En: **Conciencia Social** de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba
8. INDEC. (2008). Datos extraídos de [www.indec.gov.ar](http://www.indec.gov.ar)
9. Escudero, J y Massa C. (2006). “Cifras del retroceso: el deterioro relativo de la tasa de mortalidad infantil de argentina en la segunda mitad del siglo veinte”. En: **Salud Colectiva. Vol. 2, No.3 set-dic de 2006**, Bs As.
10. Werner, David y Sanders, David y col. (2000). Questionando la Solución: Las Políticas de Atención Primaria De Salud Y Supervivencia Infantil. Capitulo 1 a 5\_ De: <http://www.healthwrights.org/spanish/Libros/question.htm>
11. Iamamoto, Marilda. (2003) “ La práctica como trabajo y la inserción del Asistente Social en los procesos de trabajo.” De. **El servicio social en la contemporaneidad** Edit. Cortez. Brasil.