

## EL ESTADO Y LA ATENCIÓN MÉDICA

*Horacio Luis Barragán*

### 1.- El Estado: garante de la salud

La Constitución Nacional de 1994 establece un nuevo derecho a “un ambiente sano, equilibrado, apto para el desarrollo humano...” (art. 41 nuevo) y al de los consumidores y usuarios “en relación al consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos, a una información adecuada y veraz...” (art. 42 nuevo). El 14 bis establece que “El Estado otorgará los beneficios de la seguridad social, que tendrá carácter de integral e irrenunciable...”. La Constitución atribuye al Congreso dictar un Código de Seguridad Social (art. 75, inc. 12). Si bien no hay referencia explícita a la Salud Pública puede entenderse que la organización sanitaria queda involucrada en la Seguridad Social (Veronelli, 1975:113).

Las constituciones provinciales dictadas entre 1957 y 1962 (vg. Neuquén, Chaco) (Veronelli, 1975:119) hacen referencia explícita al derecho a la salud. La **Constitución de la Provincia de Buenos Aires** de 1994 reconoce los derechos sociales en el artículo 34 y su inciso 8 se refiere a la salud: “La Provincia garantiza a todos sus habitantes el acceso a la salud en sus aspectos preventivos, asistenciales y terapéuticos, sostiene el hospital público y gratuito... El medicamento por su condición de bien social integra el derecho a la salud...”. El artículo 40 avanza sobre el sistema de seguridad social “para los agentes públicos (que) estará a cargo de entidades con autonomía económica y financiera administrada por la Provincia con la participación en las mismas de representantes de los afiliados conforme lo establezca la ley...”. La norma constitucional involucra al Instituto de Previsión y al de Obra Médico Asistencial (IOMA)<sup>1</sup>.

### 2.- La rectoría y regulación compete al Estado

La Directora General de la OMS llama rectoría a la “función de establecer las reglas de juego y hacerlas cumplir, proporcionando orientación estratégica a los distintos actores involucrados”. La Dra. Gro H. Brundtland completa:

“La responsabilidad última del desempeño del sistema de salud de un país incumbe al gobierno. La gestión prudente y responsable del bienestar de la población –en otras palabras, la rectoría– es lo esencial de un buen gobierno. La salud de la población es siempre una prioridad nacional, y el gobierno tiene en ello una responsabilidad continua y permanente”.

“En los gobiernos, muchos ministerios de salud se ocupan tan solo del sector público y no prestan atención al financiamiento y la atención privados, a menudo mucho más importantes. Es cada vez más imperativo que los gobiernos aprovechen la energía de los sectores privados y benéfico para mejorar el desempeño de los sistemas de salud, compensando al mismo tiempo las fallas de los mercados privados”.

“La rectoría consiste en última instancia en supervisar la totalidad del sistema, evitando la miopía, la estrechez de miras y el error de hacer la vista gorda ante las fallas detectadas...” (OMS, 2000).

---

<sup>1</sup> La normativa constitucional está lejos de cumplirse, como surge de la experiencia cotidiana. Es cierto que hay emprendimientos tendientes a dar respuesta a los derechos enunciados, pero no parecen sistemáticos ni han logrado concreciones sólidas.

A medida que los sistemas de Atención Médica iban ampliando cobertura y prestaciones, desde la segunda mitad del siglo XX, comenzaron los procesos de reforma. Ya entonces la OMS advertía a los gobiernos “remenen menos y conduzcan más” (González García y Tobar, 2004:156), gestando el concepto de rectoría que comprende definir prioridades y objetivos (conducción), establecer reglas de juego (regulación), velar por la sustentabilidad y la asignación de recursos según prioridades (adecuación financiera), asegurar el cumplimiento de las reglas y evitar las barreras de accesibilidad (vigilancia del aseguramiento), programar la armonía de servicios y subsectores en red o en sistemas así como definir parámetros de referencia-contrarreferencia (armonización de servicios) y cumplir las funciones esenciales de Salud Pública (González García y Tobar, 2004:156).

La rectoría en salud es asumida por los gobiernos de los países desarrollados, con diferencias de grado y más allá de las confrontaciones ideológicas, toda vez que en ese campo se reconoce que la demanda de servicios, en términos de mercado, no refleja la necesidad real de las poblaciones (González García y Tobar, 2004:172).

Con pie en la Constitución, la legislación nacional desarrolló las funciones del Ministerio de Salud. Tiene vigencia la Ley 23.930 (1991, TO Decreto 438/92) con modificaciones.

En ámbito de ese Ministerio se crearon los siguientes organismos:

- La **Administración Nacional de Medicamentos**, Alimentos y Tecnología (ANMAT, decr. 1490/92).
- La **Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud “Dr. Carlos Malbrán”** (ANLIS, decr. 1628/96) del que dependen los Institutos Nacionales de: Enfermedades Infecciosas, Producción de Biológicos, de Enfermedades Virales Humanas “Dr. Julio Maiztegui” (Pergamino), de Parasitología “Dr. Mario Fatala Chaben”, de Enfermedades Respiratorias “Dr. Emilio Coni” (Recreo, Santa Fe), de Epidemiología “Dr. Juan Jara” (Mar del Plata), de Investigaciones Nutricionales, y los Centros Nacionales de Genética Médica, de Diagnóstico e Investigación Endemoepidémica (CEDIE), de Red de Laboratorios de la República, y de Control de Calidad Biológicos.

Se agruparon asimismo:

- El **Centro Nacional de Rehabilitación Social**, orientado a adicciones (CENARESO) y el Instituto Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Discapacidad (Mar del Plata).
- El **Instituto Nacional Centro Único Coordinador de Ablación e Implante** (INCUCAI, Ley 24.193) encargado de la normatización y fiscalización de la obtención y trasplante de órganos así como de mantener una lista única de pacientes que los requieren.
- La **Administración de Programas Especiales** (APE, Decreto 53/98) con funciones de cobertura de alta complejidad y prestaciones básicas para personas con discapacidad.

Los organismos mencionados tienen responsabilidades de contralor sanitario, con excepción del CENARESO y el Centro de Rehabilitación que dan prestaciones directas.

Todos ellos sufrieron sucesivos recortes presupuestarios en las últimas décadas, aunque hay planes de fortificarlos. El **Instituto Nacional de Microbiología “Dr. Carlos Malbrán”**, fundado en 1916, fue referencia para Argentina y América Latina hasta la década de 1960<sup>2</sup>. Se ocupó de estudios diagnósticos y epidemiológicos, producción y contralor de vacunas, sueros, reactivos y otros biológicos<sup>3</sup>.

El Estado regula al subsector privado, a través de la fijación de nomencladores y aranceles básicos, mediando –a través del Ministerio de Trabajo– en los convenios colectivos respecto a planteles y salarios de personal, estableciendo precios de medicamentos -a través de la Secretaría de Comercio-, regulando los de los Servicios Públicos, así como el mercado cambiario para insumos importados, y presiones impositivas y previsionales.

---

2 El **Dr. César Milstein**, egresado de la UBA, perfeccionado en Cambridge y profesional de ese Instituto, regresó a Gran Bretaña en 1962 y obtuvo el **Premio Nobel de Medicina en 1984**.

3 Hasta 1996 su presupuesto era del orden de 15 millones de pesos, 8 se destinaban a retribución de 362 profesionales, técnicos y auxiliares, y 7 millones a funcionamiento de programas. Estos 7 millones se redujeron en 1996 a 1,8 millones de pesos (*Clarín*, 7 de diciembre de 1996).

En las últimas décadas en Argentina, se ha incrementado no sólo la conciencia de las posibilidades de AM, sino también la de los derechos de la población a sus servicios, fruto del desarrollo de la Seguridad Social.

Sin embargo no se ha logrado una organización que favorezca la accesibilidad de una AM eficaz, equitativa y eficiente.

El aumento de recursos de la AM y su costo creciente han atraído hacia ella el interés de los principales factores de poder, grupos de presión y de capitales financieros.

Los grupos de presión cuyos legítimos intereses se concentran en la AM son los profesionales de salud y las instituciones que los agrupan, las instituciones prestadoras de AM y sus asociaciones, las empresas que producen bienes de salud y las cámaras que las agrupan (laboratorios farmacéuticos, productores e importadores de equipos, instrumental y materiales diversos), así como las organizaciones de trabajadores y las que representan a la población, objetivo último de la AM.

En este marco la AM en la Argentina constituye no sólo un servicio a la población sino un núcleo de concentración de recursos y de poder.

La definición de una política de salud y de AM por el Estado se funda en un marco teórico, se desarrolla por una forma operativa y requiere una cuota de poder suficiente y duradero para concretarla, negociando con factores de poder y grupos de presión en vistas al logro de mejores niveles de salud. Teoría, forma operativa y poder, permiten una estrategia de negociación.

A lo largo de décadas la AM en Argentina se desarrolló en forma anárquica impidiendo su eficiencia.

Una causa de esta anarquía es que el Estado, como expresión de la comunidad organizada, no definió con suficiente poder y duración una política global al respecto.

Esta hipótesis no deja de reconocer las distintas etapas en que se definieron y aplicaron políticas globales.

No obstante los logros de tales gestiones y los de otros protagonistas, no se ha alcanzado el impacto posible.

El Estado nacional y los provinciales no asumieron sistemáticamente su papel irrenunciable de rectoría: orientar, regular y coordinar una política global de AM en sus jurisdicciones.

### 3.- El Estado Nacional opera como prestador/proveedor

El Poder Ejecutivo Nacional (PEN) promovió, en etapas, entre 1957 y 1992 la transferencia de sus hospitales. La Ley 21.883 (1978) transfirió, sin apoyo presupuestario, 65 hospitales nacionales a las provincias. En 1990 se hizo lo mismo con 20 establecimientos más. El apoyo financiero vendría por el régimen de coparticipación federal. La Ley 24.061 (1992) sin las correspondientes partidas, transfería los últimos hospitales nacionales a las jurisdicciones junto a las escuelas primarias, secundarias e institutos de minoridad. La Nación hoy carece de hospitales con excepción de dos con estatus compartido, el "Hospital Alejandro Posadas"<sup>4</sup> de Morón y el Hospital Nacional de Pediatría "Juan P. Garrahan"<sup>5</sup> (MSNA - CABA), y dos institutos de pacientes crónicos: el hospital "Baldomero Sommer" y la colonia "Dr. Manuel Montes de Oca".

El Ministerio Nacional dictó, en la década de 1990, normas de regulación, en su mayoría inaplicables o inaplicadas. Coordina la información epidemiológica y provee insumos para programas de inmunización, control del SIDA y otras patologías prevalentes.

El presupuesto nacional sostiene, a favor de los Ministerios de Defensa, Interior y Educación, la sanidad militar y de servicios de seguridad, de la Policía Federal y de establecimientos propios de las Universidades de Buenos Aires, Córdoba y Rosario. Entre ellos cuentan hospitales de alta complejidad: el Militar Central y el de Campo de Mayo, el Naval Central y el de la Base Naval de Puerto Belgrano, el Aeronáutico Central y el Complejo Churrucá-Visca de la Policía Federal, otros hospitales y servicios de esos organismos de defensa y seguridad.

---

4 La crisis del Posadas, de larga data, ha sido expuesta con crudeza de enfoque en la obra de uno de los miembros de la comisión normalizadora designada por el ministro Héctor Lombardo, el doctor **Ignacio Katz**. La obra se titula "Argentina hospital. El rostro oscuro de la Salud" (Edhasa, Bs. As., Nov. 2004) y tratándose de un autor experimentado en Salud Pública, puede considerarse como un curso breve de administración hospitalaria a partir de la descripción de los graves defectos y carencias del conjunto y de determinados servicios del Hospital Posadas.

5 Con el título "Un hospital no debe pasar sustos", se captó la inquietud sobre una insuficiencia presupuestaria que lo pusiera al borde del cierre (*Clarín*, 1995).

Entre los Universitarios se destaca el Hospital de Clínicas (UBA) que, en 1999, atendía 800.000 consultas y 12.000 internaciones al año (*Clarín*, 1999). De la UBA depende también el Hospital Oncológico “Ángel Roffo”. Hay partidas menores para servicios de salud propios de otras universidades.

El liderazgo del organismo nacional de salud fue siempre conflictivo, aún en sus momentos más sólidos. La gestión Carrillo no logró la centralización que la doctrina de la década de 1950 preconizaba. La descentralización de la doctrina de la década de 1960, planteó políticas claras y globales en las gestiones de Noblia, Oñativia y Holmberg.

Los programas de apoyo en salud instaurados desde el presupuesto de 1969 y administrados por el Ministerio nacional, no superaban el 6% del gasto estatal. Tuvieron demoras de ejecución y consecuente distorsión de objetivos en los niveles provinciales. Los subsidios en especie a través de la provisión de vacunas tuvieron demoras episódicas de gestión que postergaron los operativos. En el presupuesto de 1991 las transferencias se redujeron y en 1992 se suprimieron operando a través de la coparticipación federal (Arce, 1993:196). Quedó sólo apoyo en especie a los programas de enfermedad de Chagas-Mazza, HIV-SIDA, Maternoinfantiles y de Inmunización. Los enfoques de las gestiones posteriores se verán a propósito de las Obras Sociales.

La gestión nacional del ministro Gines González García encontró una situación de emergencia sanitaria extrema de la que el hospital Garrahan es penosa expresión. El ministro describió los recursos fragmentados en subsectores, desarticulados entre las provincias, sin regulación de tecnología, insuficientes y escasos recursos de prevención. El perfil epidemiológico se presentó con mortalidad y morbilidad evitables, inequidades y brechas escondidas por promedios estadísticos.

La gestión planteó un Plan Federal de Salud 2004-2007 consensuado en el Consejo Federal de Salud (COFESA), en una Mesa de Diálogo en Salud y un Acuerdo firmado en San Nicolás, tendiendo a una financiación equitativa, una organización en redes asistenciales integradas con población a cargo y un seguro básico universal capitado según riesgo, que garantice el acceso a la atención.

Se priorizó la Atención Primaria fortaleciendo los Centros Periféricos de Salud (CAPs) con el programa “Remediar” por el que se los provee de medicamentos esenciales en forma regular. Además se agregó el programa de médicos comunitarios para los CAPs de áreas más críticas, con 7.000 becarios para asistencia, trabajo en terreno delimitado para cada unidad en paralelo a un modelo formativo en Salud Comunitaria a cargo de 17 universidades.

Una política definida en medicamentos fue la legislación que estableció la prescripción por genéricos, que aún discutida por instituciones de jerarquía como la Asociación Médica Argentina (AMA)<sup>6</sup>, racionalizó el uso de esos bienes de salud. El acceso a los mismos fue planteado por la misma gestión, desde 2002, a través del Programa Remediar, en el marco de una Política Nacional de Medicamentos, que en un año proveyó 100.000 botiquines con 46 medicamentos esenciales a casi 5.000 Centros de Atención Primaria, con un consecuente impacto redistributivo hacia los sectores por debajo de la línea de pobreza (González García y Tobar, 2004:163).

El Plan Federal promueve asimismo la categorización de efectores en red, la competencia regulada entre sistemas y servicios, la definición de indicadores y documentación y la promoción de la calidad.

#### **4.- Las jurisdicciones operan como prestadoras**

Los estados provinciales con sus municipios y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) tienen una estructura prestacional propia: hospitales, unidades sanitarias y programas especiales.

En su conjunto asumen 3/4 del gasto estatal de AM. La reducción del gasto fiscal de 1995 no involucró, en este sector, una racionalización.

La demanda de AM no reconoce límites jurisdiccionales. En el conurbano de la Ciudad de Buenos Aires se entrecruzan la Provincia de Buenos Aires, 21 de sus municipios y el gobierno de la Ciudad Autónoma.

---

<sup>6</sup> El presidente de la AMA, Elías Hurtado Hoyos, consideraba que “es necesario educar a los médicos para que sepan utilizar bien los recursos y no hagan medicina de más” al mismo tiempo que reclamaba acciones en los campos de la alimentación, el trabajo, la seguridad y la justicia. Al advertir que al default económico seguía un default sanitario, sostenía “Hay 20 millones de personas que son cautivas en cuanto a la atención que pueden recibir, pero que también el equipo de salud lo es de las decisiones políticas del gobierno (Consultor de Salud n° 290).

Este entrecruzamiento generó conflictos permanentes entre esas jurisdicciones que suelen reclamar pagos a las vecinas cuyos habitantes se atienden en sus servicios<sup>7</sup>.

Las confrontaciones se repiten entre municipios vecinos de la provincia cuando uno tiene hospital propio y atiende vecinos del otro<sup>8</sup>.

## 5.- El Subsector Estatal cuenta con gran estructura

Estructuralmente, en 1980, el subsector estatal disponía de más del 63% de las camas de internación. Funcionalmente producía menos del 50% de los egresos. Para la asistencia ambulatoria disponía del área externa de los hospitales y de las unidades sanitarias.

La dependencia de los efectores variaba según la propiedad fuera nacional, provincial o municipal. En esta última categoría se computó la estructura de la Ciudad de Buenos Aires. En "otras dependencias" se consideró la perteneciente a las Fuerzas Armadas y de Seguridad [Cuadro 5.a].

### Argentina Camas hospitalarias. Subsector Estatal s/dependencia. 1980 y 1995

Año	1980 (a)		1995 (b)	
	Camas (n°)	Distribución (%)	Camas (n°)	Distribución (%)
Subsector Estatal				
Nacional	10.580	11,15	2.341	2,78
Provincial	57.096	60,6	55.252	65,70
Municipal	17.416	18,35	20.137	23,94
Otras depend.	9.811	10,34	6.364	7,58
Total	94.903	100,00	84.094	100,00

(a) INDEC y (b) Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, 1995

Cuadro 5.a

En 1970, la Nación siguió transfiriendo sus establecimientos a las provincias y a la Capital Federal. La provincia de Buenos Aires, a través del SAMO<sup>9</sup>, transfirió hospitales de baja y mediana complejidad a los municipios con apoyo presupuestario.

Esta diversidad de dependencias y la magnitud de su estructura, caracterizan al subsector estatal. Este no logró implementar la autonomía de los establecimientos a pesar de las recomendaciones de la OPS (1955), del intento del Hospital de la Reforma en Buenos Aires, bajo la gobernación de Alende (1961) y del Decreto-Ley de servicios de atención de la comunidad (Decreto-Ley 17.102) bajo la gestión Holmberg (1968). La descentralización no alcanzó, excepto en gestiones transitorias como las mencionadas, ejecución periférica bajo normatización central. Si bien el proceso de regionalización sanitaria contribuyó a un cierto grado de descentralización de trámites, no fue decisiva en aspectos esenciales como la administración de personal y el manejo presupuestario. Estos aspectos se mantienen centralizados bajo la autoridad jurisdiccional.

Desde una perspectiva crítica pueden señalarse las siguientes características comunes a la mayoría de las jurisdicciones:

- desarticulación entre subsectores y aún dependencias estatales;
- carencia de planificación de la función de cada establecimiento en una red estatal y aún menos con la red privada;

7 En 1978 la Secretaría Ortega de la entonces Capital Federal, reclamó el pago por prestaciones a pacientes bonaerenses en hospitales capitalinos al Ministro provincial Ustarán. Este rechazó el requerimiento argumentando, con razón, que había una migración diaria desde Provincia a CF que pagaba impuestos indirectos contribuyendo a sostener sus hospitales. El reclamo continuó alentado por las campañas electorales. En el 2001, se decía desde la CABA: "la asistencia brindada por el gobierno es un derecho de los vecinos, ellos la sostienen". En 1996, el candidato a intendente de la CABA por el FREPASO, Norberto La Porta, reclamaba al entonces gobernador Duhalde, que "colabore con nuestro sistema hospitalario" (*Clarín*, 5/06/96). En 2001, discutieron en los medios el secretario Neri y el ministro Mussi. Lo harían más tarde Ibarra (CABA) y Ruckauf (PBA) (*La Nación*, 2001).

8 El intendente Rousselot, en diciembre de 1995, despidió 247 trabajadores del Hospital de Morón y debilitó la UTI inaugurada en 1994. La disfunción emergente trasladó consultas e ingresos de Morón y municipios vecinos a servicios de la CABA. También la Municipalidad de Quilmes produjo 170 despidos en el Hospital Materno - Infantil de San Francisco Solano (*Clarín*, 3 de enero de 1996).

9 El Sistema de Atención Médica Organizado (SAMO) se estableció en la provincia de Bs. As. por el Decreto-Ley 8.801 de 1978.

- proyectos sobredimensionados de plantas físicas y lenta construcción de los edificios, con incremento del gasto por “mayores costos”;
- períodos de larga latencia entre la conclusión de obras y puesta en funcionamiento, lo que no obsta el “corte de cintas”<sup>10</sup>;
- imprevisión del mantenimiento reparador y preventivo;
- insuficiencia en las instalaciones y equipos que genera numerosos “cuellos de botella” en la producción de servicios, vg. un servicio de radiología puede anularse si se descompone una única procesadora de placas;
- provisión inoportuna y desarmónica de bienes y servicios de funcionamiento (Larguía, 1986);
- procedimientos de contratación de bienes o servicios complejos y dilemáticos. La contratación directa, es eficaz en manos honestas y se presta a corrupción en las deshonestas, pero está limitada. Lo mismo ocurre con la centralización en rubros mayores: se supone que debe lograr menores precios por el gran número de unidades, lo que depende de las manos que intervengan. Las licitaciones, aún más las públicas involucran una complejidad de trámite que funciona sólo si se programan el stock y los plazos<sup>11</sup>;
- estructura complicada y rígida de los organigramas y plantas de personal;
- regímenes de personal adaptados a los reclamos sectoriales, compensatorios de bajos niveles de remuneración;
- remuneraciones bajas y fijas, con bonificaciones sólo por antigüedad y contingencias, no por producción, rendimiento ni perfeccionamiento;
- dedicación horaria reducida de los profesionales, entre 4 y 6 hs. diarias, con algunas ampliaciones para determinadas funciones;
- cobertura parcial de vacantes según normas de restricción de gastos al ritmo de la ejecución presupuestaria;
- funcionamiento reducido de las estructuras, en una cuarta parte de la jornada, por la reducción horaria;
- ausencia de normas de funcionamiento de servicios y dilución de responsabilidades en niveles ramificados de conducción;
- dependencia de la autoridad jurisdiccional para las decisiones sobre personal y fondos
- manejo ineficaz de los fondos menores descentralizados, atados a normas rígidas de contabilidad;
- manejo ineficaz de los bienes de funcionamiento y patrimoniales por la rigidez de las normas administrativas;
- tercerización de servicios de alimentación, limpieza y seguridad a empresas, que aún con contratos caros, trabajan con contratados en negro y retribuciones muy bajas con consecuentes cortes de servicios;
- falta de evaluación formal de los establecimientos y sus prestaciones;
- Gerencia Social ausente (administración en sentido amplio y no en sentido burocrático);
- falta de criterio informático en red (referencia y contrarreferencia informática);
- vallas a la accesibilidad en ambulatorio por turnos limitados y en general matutinos que generan colas desde las 5 de la madrugada, producto de la carencia en la articulación de los niveles de atención. Esto sobrecarga las guardias con pacientes que quieren evitar las colas o acceder fuera del horario de trabajo del paciente o su familia.

La financiación del subsector se basa en los presupuestos del órgano político del cual dependen. La Nación dedicó en la última década entre 2 y 4% de su presupuesto a salud, las provincias entre 8 y 12%, salvo la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que gasta más del 20% y los municipios alrededor del 2% si no tienen hospital y entre 10 y 35% si lo tienen. La mayor parte de estos presupuestos se vuelcan en los hospitales. Las construcciones suelen computarse en los presupuestos de Obras Públicas.

10 En la provincia de Buenos Aires el 29/12/96 se inauguró el pabellón de quemados del Hospital “Gral. San Martín” de La Plata, centro de alta complejidad con 28 camas de internación. Sólo tres consultorios estaban en condiciones de asistir pacientes de bajo riesgo. Faltaban las camas y la planta de enfermería para cubrir internación. A los pocos días se detectaron pérdidas de agua, pinturas descascaradas, humedad y fallas en equipos (*La Nación*, 1996).

11 En provincia de Buenos Aires, senadores opositores reclamaron por contrataciones directas y prórrogas de convenios para servicios tercerizados de alimentación y limpieza, sin intervención –según ellos– de la Fiscalía de Estado (*El Día*, 1993).

El presupuesto hospitalario está signado por las siguientes características:

- el grueso se requiere para **pago de sueldos** (circa 70%).
- las partidas para compras de **capital e inversiones son exiguas** y centralizadas.
- las partidas de **mantenimiento son virtualmente inexistentes**.

Las leyes u ordenanzas de presupuesto son aprobadas, inconstitucionalmente, con demora debiendo pasar parte del año con las partidas renovadas del presupuesto anterior. Los fondos están rígidamente encuadrados en partidas y las transferencias requieren decisiones de la autoridad centralizada.

La ejecución presupuestaria está sometida a las normas rígidas de las leyes de contabilidad y patrimonio. Las contrataciones deben implementarse por procedimientos licitatorios o concursales, aún por montos bajos. El régimen de pagos no depende del establecimiento, sino de la tesorería de la autoridad centralizada que tiene sus propios cronogramas. Suele ocurrir que por demora en los pagos, a pesar de la masa de elementos licitados, los precios sean superiores a los de plaza.

Por sospecha para con todo funcionario, la negociación de valores y pagos resulta imposible. En ese marco el buen funcionario no puede contratar en las mejores condiciones. El mal funcionario en vez, si es hábil, puede negociar en su propio provecho sabiendo que quedará impune<sup>12</sup>.

La recepción de los insumos y su control en cantidad y calidad pocas veces está bien implementada.

La segunda fuente de financiación del subsector estatal es el arancelamiento de sus prestaciones implementado en casi todas las jurisdicciones a mediados de la década de 1970.

Los establecimientos estatales atendían entonces alrededor del 40% de las internaciones de beneficiarios de OOSS sin poder reclamar el reintegro de gastos. El manejo del arancelamiento tiene las siguientes dificultades:

- temor de los pacientes a ser rechazados por expresar su cobertura;
- falta de atención de los directivos a la conducción y control de cobros;
- falta de entrenamiento del personal administrativo;
- dificultades en la facturación por nomencladores diferentes de los usados por OOSS;
- atomización de las bonificaciones del personal por distribución indiscriminada sin relación a la productividad;
- evasión o demora de las OOSS, y seguros en el pago de las facturaciones, lo que ha sido corregido por la ANSSAL-SSS;
- falta de computarización descentralizada a nivel hospitalario.

Son pocos los establecimientos estatales en los que rinde el arancelamiento. Lizarraga, director del Hospital "Fernández" (CABA) con plantel de 1.000 agentes, 440 camas y 30 operaciones diarias de producción, manifestaba en 1991 que el procedimiento era eficaz en ese establecimiento y le permitía subvencionar gastos para pacientes sin cobertura (García Lozada, 1991).

Una tercera fuente de financiación de los establecimientos del subsector estatal, de montos menores, son las cooperadoras. Éstas obtienen fondos de donaciones, actos benéficos y de "bonos contribución" voluntarios a los pacientes. Su manejo es dinámico y contribuye a sectores críticos de los establecimientos. Sin embargo las cooperadoras no son ajenas a los conflictos internos.

Una cuarta fuente de ingresos indirecta, en especie, es la indicación a los pacientes internados de medicamentos y material de uso médico, que deben adquirir en forma particular.

El personal alcanza en el hospital estatal una experiencia que después aplica en privado. Los profesionales se forman en él desde el pregrado. La mayoría de las escuelas médicas argentinas, se originaron en ellos.

En el régimen de Carrera Profesional, para evitar el mal mayor de la designación arbitraria, se eligió el de los parámetros rígidos. Para el resto del personal, la compensación de bajos salarios opera por licencias y permisos. Los intereses de los pacientes no se computan en estos regímenes.

La baja dedicación horaria profesional y el alto ausentismo, de hasta el 40%, del resto del personal, las grandes plantas edilicias con desequilibradas instalaciones y equipos generan el bajo rendimiento y calidad del subsector. Sin embargo los establecimientos estatales practican una

---

<sup>12</sup> Es absurdo que personal que maneja cuantiosos fondos estatales sea remunerado con sueldos irrisorios. Merece una reivindicación el funcionario público que resiste las tentaciones de corrupción.

medicina de experiencia y en algunos casos de alta calidad. La existencia de guardias activas es clave en la asistencia de emergencias.

La complejidad de equipamiento del subsector estatal fue pionera pero en las últimas décadas quedó demorada.

La alta complejidad se concentró en el subsector estatal hasta alrededor de 1970. Sus hospitales disponían de los primeros servicios complejos de neuro y cardiocirugía así como de las UTI, neonatología intensiva y los equipos de radioterapia (Neri, 1982).

Entre los años 1977 y 1981, (Arce, 1993:175-178) se concertaron ciertas medidas que volcaron el equipamiento de alta complejidad al subsector privado:

- paridad cambiaria favorable a las importaciones;
- créditos externos disponibles;
- aranceles sobrevaluados de prestaciones con equipamiento;
- adelanto de subsidios estatales a devolver con prestaciones;
- autorizaciones de prestaciones de complejidad a través de los organismos estatales de emergencia;
- exenciones aduaneras para importación de equipos para el caso de las fundaciones.

Pero los bajos presupuestos en el subsector estatal desactualizaron su complejidad.

Esta inversión del subsector privado generó un hábito que llevó a la sobresaturación de complejidad apoyada en indicaciones médicas para esas prestaciones. Como resultado final muchos establecimientos del ámbito privado vieron peligrar sus subsistencias por caer en los siguientes vicios de gestión:

- Organización empresarial deficitaria en cuanto a gerenciamiento y planificación.
- Carencia en la evaluación de proyectos de inversión en equipamiento y estructura.
- Falta de información estadística y de costos.

La docencia de pregrado sobrecarga la vida hospitalaria por los trabajos prácticos, exámenes, presentación en clases y prórroga del tiempo de internaciones. La actividad docente y asistencial deben estar integradas pero hay aspectos que pueden separarse. Un ejemplo son los exámenes finales del ciclo clínico, que puede trastocar por varios días la asistencia. A esta situación contribuyó el ingreso masivo a las universidades que, en Medicina, distorsiona la asistencia hospitalaria.

El confort del paciente y la personalización están afectados, a pesar de la buena actitud del personal, por sobrecarga de tareas, complicaciones funcionales y tiempos insuficientes.

## 6.- Las deficiencias del hospital estatal

La crisis del hospital estatal se incubó desde el fin de la gestión Carrillo. En octubre de 1977 el Ministerio de Planeamiento convocó una comisión de consulta sobre Salud Pública en cuyo seno el Dr. René Favalaro dijo: "En este momento estamos no a nivel 0 sino a nivel menos 100 en materia de salud", señaló "lo desastroso de nuestros hospitales obsoletos, la mayoría de ellos construidos hace 50 o 60 años y sin estructura adecuada ni medicamentos" y que las tasas de mortalidad en algunas zonas "deberían avergonzarnos porque se ubican entre las más altas del mundo" (*El Día*, 1977).

A principios de 1987 la maternidad del Hospital Interzonal General de Agudos (IZGA) "General San Martín" (Policlínico) de La Plata debió ser reacondicionada por lo cual el servicio se trasladó por cuatro meses al Hospital ZGA "Dr. Ricardo Gutiérrez". Transcurridos tres meses más se anunció una adecuación en 150 días adicionales y luego otros 150 días. La situación del Gutiérrez se describía así: una enfermera para 5 salas con 50 camas, un solo baño para ambos sexos, bañera ocupada con baldes plásticos y techos descascarados<sup>13</sup> (Recuadro 1).

---

13 Las salas de neonatología tenían 35 y 25 m<sup>2</sup> cada una, ocupadas por 10 incubadoras más 5 cunas, y 7 incubadoras más una cuna respectivamente, cuando cada incubadora requiere 5-5 ½ m<sup>2</sup> (*El Día*, 1987).



### **Titulares y editoriales de los diarios insisten desde la década de 1980 con esta noticia: "crisis hospitalaria" y la describen con numerosas situaciones**

- Carencias desde medicamentos hasta alimentos y colchones; falta de personal y bajos salarios en hospitales estatales... (Clarín, 05 de septiembre de 1982: editorial).
- FEMEBA: falta de camas hospitalarias en el Gran Buenos Aires y persistencia de interinatos médicos sin concursos (Clarín, 29 de noviembre de 1984).
- La Nación: comparación de internación en un hospital de la CABA con un cuento de Ezequiel Martínez Estrada titulado: "Descenso a los Infiernos" (La Nación, 10 de octubre de 1986).
- Hospital Neuropsiquiátrico "Christófredo Jacob" de Salta: brote de fiebre tifoidea (La Nación, 13 de abril de 1989:13).
- Afirmación del Ministro de Salud y Acción Social, Eduardo Bauzá sobre el hospital Neuropsiquiátrico "Braulio Moyano" de la CABA: "más que como un hospital -me da vergüenza decirlo- funciona como un depósito de personas porque la mayoría de las internaciones son por orden judicial de mujeres abandonadas en las calles por problemas mentales". Renuncia la interventora por falta de recursos y manejos político-gremiales (Clarín, 4 de julio de 1990).
- Expresión de la Subsecretaria de Salud, Matilde Menéndez con motivo de 32 muertes en un mes (Clarín, 2 de julio de 1990:12): "Hoy no sé si la alimentación que se da en el Moyano es la adecuada..." y "... no hemos tenido el presupuesto para revertir fallas estructurales" (Clarín, 4 de julio de 1990).
- Sobre población y falta de recursos en los grandes hospitales provinciales de La Plata (El Día, 21 de enero de 1990:7).
- Demanda en hospitales estatales del Gran La Plata: aumentaba entre un 18 y 19% en el año 1993. Colas para obtener turno desde las 5 hs. de la mañana. Falta de insumos en forma alternada (El Día, 29 de abril de 1993:1, 2º Sección).
- Denuncia sobre deficiencias en el Hospital de E. Infecciosas Muñiz y afirmación de que "la decadencia del sector (estatal de salud) es de sobra conocida" (Clarín, 31 de marzo de 1995: editorial).
- Impulso del Ministerio nacional (MSAS), en 1995, al Programa de Garantía de Calidad de la AM, con exigencias muy distantes a la realidad y posibilidades (La Nación, 20 de abril de 1995:3, 6º sección).
- Nuevas deficiencias:
  - Hospitales del conurbano recibían un 50% más de demanda: el municipal de Laferrere llegaba a las 500 consultas diarias de guardia; el municipal de San Miguel cerraba neonatología por infección intrahospitalaria; el de Polvorines exhibía carteles diciendo "internación cerrada por falta de insumos", "no hay más medicación", "traer agujas y jeringas" (La Nación, 12 de julio de 1995:1).
  - Detección por el Registro Nacional de las Personas en una Colonia Neuropsiquiátrica: 20% de internados sin identificar (alrededor de unas 200 personas) (Clarín, 26 de agosto de 1996: editorial).
  - Cuatro incendios en el Hospital Eva Perón (ex Castex) de San Martín, en 1996 (Clarín, 10 de septiembre de 1996:33).
  - Explosión de demanda en los hospitales chaqueños, por la ruina de las OOSS, los cortes de servicios y la desocupación, en 1995 (Clarín, 22 de abril de 1996:53).
  - Descripción por el Colegio de Médicos del Distrito I sobre hospitales del Gran La Plata: gran cantidad de obras y reformas edilicias con mala calidad de materiales, construcciones inapropiadas, UTI sin cumplir requerimientos, quirófanos sin apoyo de esterilización, equipos embalados, falta de reemplazos de guardia, sueldos impagos en algunos establecimientos municipales (Consultor Salud 03/98 nº 192:14).
  - Sin funcionar el único Tomógrafo Computado estatal durante tres meses y derivación de 35 pacientes por día (El Día, 19 de febrero de 1999:13).
  - Reclamo de la CICOP (Asociación Sindical de Profesionales de Salud. P.B.A.) por el pago de guardias, cobertura de vacantes de médicos y enfermeras, restricción de insumos e inestabilidad de 2000 profesionales. (El Día, 21 de septiembre de 2000: solicitada)
  - Descripción del Dr. J. A. Mazzei, ex director, del "Hospital de Clínicas" de la UBA: ascensores sin funcionar, quirófanos cerrados, carencia de informática, falta de equipos de alta complejidad,

14 Fue creado en 1881 y sostenido por fondos de leyes especiales y desde 1982 incluidos en el presupuesto de la Universidad con alrededor de \$26 millones en 2001. Su estructura es de 2800 empleados, 356 residentes, paso de 4.000 estudiantes, con 400 camas habilitadas y se le calcula un presupuesto necesario de \$100 millones.

escasez de insumos, insuficiencia de personal y atraso de turnos, largas esperas de los pacientes (La Nación, 18 de marzo de 2001: enfoques: 5).

- Instancia de un juez de San Martín al Hospital "Eva Perón" (ex Castex): **"de la manera más enérgica a las autoridades ejecutivas de la Provincia a tomar cabal conciencia de la calamitosa situación en que se encuentra sumido el sistema de salud pública, la que, más allá de la emergencia, por todos conocida, es el resultado de un extenso período de abandono e irresponsabilidad con que ha sido administrado el sector con detrimento de los más desprotegidos"** (El Día, 28 de agosto de 2002:14).
- Reclamo de pacientes de hospitales estatales porque los turnos para algunas prácticas se dan con meses de atraso y de los médicos por insuficiencia de plantales, carencia de insumos, drogas esenciales y deficiencias en la infraestructura (El Día, 27 de julio de 2003:11)
- Dificultades en la instalación de equipos de complejidad por demoras en las remodelaciones necesarias, carencia de aparatos que anulan el funcionamiento de quirófanos, demora en la entrega de descartables y medicamentos (El Día, 30 de enero de 2004:9)
- Crisis del Hospital Pediátrico "Juan P. Garran" en 2005, iniciada hace ya tres años: "en siete meses (tuvimos que soportar un mes de paro) lo que equivaldría a que cerca de 21.000 chicos no pudieron ser atendidos...". Desde abril se debieron suspender 170 cirugías donde se atienden niños de todo el país y con patologías de muy alta complejidad. Los paros impulsados por directivos de ATE (Asociación de Trabajadores del Estado) que agrupa a alrededor de 470 agentes de los 2.500 de la planta hospitalaria, genera una situación inadmisibile en la asistencia de los pacientes. El PEN y aún los jueces se esfuerzan por controlarla. Una sana reacción del personal, aún estando de acuerdo con los reclamos salariales, promueve la normalización. Es posible que una conciliación obligatoria que dicte el Ministerio de Trabajo pueda lograrla, evitando la atención incompleta de los pacientes y una sobrecarga del Poder Judicial por un problema de jurisdicción administrativa (Consultor de Salud. Impacto del Conflicto en el Garrahan. C.S. ? 370:24).
- Sobrecarga en el Hospital de Niños de La Plata: "Hay días que los 6 o 7 médicos que trabajan en la guardia del Hospital de Niños llegan a atender a más de 500 chicos en menos de 24 hs.". Dice el jefe de guardia: "Ves toda esta gente que está afuera esperando. Más de la mitad podría ser atendida en una salita. Pero qué pasa: de allá los mandan para acá porque no tienen aparatos. Entonces la avalancha la recibimos nosotros" (El Día, 8 de mayo de 2005:8).

La extensión del aumento de la demanda, el desabastecimiento de insumos y la falta de nombramientos, así como la designación "política" de los directivos, fue resumida por diversos protagonistas en un cuadro de situación (Consultor de Salud nº 298).

El aumento del costo de los insumos complicó aún más tanto a los hospitales estatales y como a los privados (*Ámbito Financiero*, 2002).

No obstante el hospital público es el efector emblema presente en la contención de las grandes crisis socio-sanitarias de nuestro país. Actualmente es acreedor de la Seguridad Social. Como muestra basta un dato: la transferencia de recursos del subsector público a la Seguridad Social es constante por la asistencia a parte de sus beneficiarios y de valores indeterminados (dada la ausencia de registros), por la demanda espontánea de servicios en consultorios externos e internaciones (Katz, 1998). La misma tesitura subsidiaria es generada con las empresas de medicina prepaga mediante coberturas de alta complejidad o con las aseguradoras de accidentes, atendiendo los siniestros de sus asegurados.

Informando respecto de las críticas el ministro bonaerense, Ismael Pasaglia, anunció medidas de corrección como el fortalecimiento de la Atención Médica Primaria, la habilitación de 250 nuevas camas hospitalarias estatales en el Gran Buenos Aires, un régimen de austeridad ministerial y una significativa reducción de los valores de compra de insumos. Respecto de los salarios, aún reconociendo la justicia del reclamo, señaló la dificultad de hacer un ajuste significativo para una planta provincial de 15.000 profesionales y 25.000 técnicos y empleados para una capacidad instalada de 13.000 camas propias de la jurisdicción (Consultor de Salud nº 319).

## 7.- El modelo de Hospitales Públicos de Autogestión fue un intento hasta ahora fallido

El modelo de hospitales estatales (públicos) de autogestión (HPA) tiene antecedentes piloto en los Hospitales de la Reforma (provincia de Buenos Aires, 1961) y en los de la comunidad nacionales (Decreto-Ley 17.102 de 1966).

El modelo de la gestión Mazza, presentado en 1996, hizo pie en el concepto de hospital-empresa con descentralización de los recursos y la gestión: a la vez que integrado en red y con áreas programáticas (Ministerio de Salud y Acción Social, 1996).

Aun en competencia por beneficiarios de OOSS, el HPA recibe su presupuesto jurisdiccional, facturando a los otros subsectores.

Su fundamentación diferencia los conceptos de desconcentración, delegación y descentralización (Ministerio de Salud y Acción Social, 1996:13).

- a. **Desconcentración:** acto administrativo por el que un nivel superior transfiere facultades y recursos sin un expreso sustento jurídico.
- b. **Delegación:** acto administrativo de transferencia de facultades manteniendo la subordinación.
- c. **Descentralización:** acto político con expreso sustento jurídico que transfiere decisiones, facultades y recursos a un ente de derecho público de otra jerarquía.

Este último proceso propuesto como redes de entes descentralizados tiene connotación de responsabilidad territorial (Ministerio de Salud y Acción Social, 1996:16).

La virtud y las dificultades de la descentralización así entendida es la transferencia y el desprendimiento de poder político del nivel central.

Desde el punto de vista asistencial el HPA busca la calidad y equidad de la AM.

En ese orden la gestión de Mazza promovió las Políticas Sustantivas e Instrumentales de AM (decreto 1269/92) y la implementación del Hospital Público de Autogestión (Decreto 578/93).

Este último decreto estableció un registro de estos efectores, marcó la atención sin discriminaciones y gratuita para pacientes sin cobertura y fijó un mecanismo para asegurar el pago de facturaciones de las OOSS. De no concretar el mismo a los 30 días corridos de la presentación, el HPA puede reclamar a la ANSSAL que lo concreta con débito a la OOSS (Ministerio de Salud y Acción Social, 1996:55).

Los ingresos de este carácter son administrados por el mismo HPA, con destino a:

- a. un fondo solidario,
- b. inversiones, funcionamiento y mantenimiento y
- c. distribución mensual entre el personal según pautas (Ministerio de Salud y Acción Social, 1996:55)

En tanto ente descentralizado, el HPA puede hacer convenios, coordinar servicios con otros efectores, cobrar prestaciones cuando hay capacidad de pago y formar redes asistenciales (Ministerio de Salud y Acción Social, 1996:56).

Sin embargo el HPA no logró éxito. Las normas del Programa de Garantía de Calidad eran en buena parte inaplicables. Los hospitales estatales no estaban preparados para facturar. Los cobros a las OOSS, no obstante el recurso del ANSSES, no fueron significativos. En octubre de 1998 los 33 hospitales de la Ciudad de Buenos Aires eran acreedores de \$6 millones. Sólo tres de ellos habían cobrado escasos \$70.000, cuando la Intendencia de entonces esperaba recaudar \$100 millones al año (Arenas, 1995). El hospital de Clínicas, de la UBA, y el Garrahan, una "empresa pública descentralizada" financiada por el Ministerio Nacional y el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, son de los pocos que lograron cobros significativos.

En el interior del país los logros fueron también magros. El agravante en todas las situaciones fue una discriminación, que aunque no deseada, surgía de la encuesta para definir la situación económica de los pacientes y sus familias. Por otra parte algunos establecimientos pusieron una especie de tope, del orden del 20%, de indigentes para asistir, produciendo el rechazo de otros (*Página/12*, 1995).

## 8.- Nuevas perspectivas

No obstante las situaciones descriptas y la polémica sobre los Hospitales Públicos de Autogestión, debe señalarse que se percibe en el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y en sus equivalentes provinciales, en especial en Buenos Aires, una planificación y un esfuerzo sostenido por dar soluciones a corto y mediano plazo.

### Citas bibliográficas

- *Ámbito Financiero*, 19 de septiembre de 2002, p.8.
- Arce, Hugo E., *El territorio de las decisiones sanitarias*. Buenos Aires, Héctor A. Macchi, 1993.
- Arenes, C., *La autogestión no alivia a los hospitales*, en *La Nación*, 8 de octubre de 1995.
- *Clarín*, 2 de enero de 1999, p. 48.
- *Clarín*, 3 de enero de 1996, p. 16.
- *Clarín*, 5 de junio de 1996, p. 10.
- *Clarín*, 7 de diciembre de 1996, p. 48.
- *Clarín*, 8 de septiembre de 1995, p. 16.
- *Consultor de Salud* 319:6.
- *Consultor de Salud*, nº 290:6.
- *Consultor de Salud*, nº 298:7.
- *El Día*, 3 de febrero de 2003, editorial.
- *El Día*, 5 de agosto de 1993, p. 9.
- *El Día*, 6 de febrero de 1987, p. 4.
- *El Día*, 6 octubre de 1977, p. 3.
- García Lozada, en *La Nación*, 6 de agosto de 1991.
- González García, Ginés y Tobar, Federico, *Salud para los argentinos: economía, política y reforma del sistema de salud en Argentina*. Buenos Aires, ISALUD, 2004.
- INDEC. Anuario estadístico. Buenos Aires, 1980, p. 391.
- Katz, Ignacio, *Al gran pueblo argentino Salud*. Buenos Aires, Eudeba, 1998.
- *La Nación*, 4 de febrero de 1996, p. 2.
- *La Nación*, 7 de agosto de 2001, p. 10 y 11.
- Larguía, Miguel, *Progresiva pérdida del nivel asistencial y académico de los hospitales*, en *La Nación* 22 de febrero de 1986, p. 7.
- Ministerio de Salud y Acción Social. *Guía de establecimientos asistenciales de la República Argentina*. Buenos Aires, 1995.
- Ministerio de Salud y Acción Social. *Hospital Público de Autogestión. Marco conceptual, estrategias e instrumentos operativos*. Buenos Aires, octubre de 1996.
- Neri, Aldo, *Salud y política social*. Buenos Aires, Hachette, 1982, p. 127.
- OMS. *Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Informe sobre la Salud en el Mundo, Estados Unidos, 2000, p. IX-X.
- *Página/12*, 27 de junio de 1995.
- Veronelli, J. C., *Medicina, Gobierno y Sociedad*. Buenos Aires, El Coloquio, 1975.