

LOS PROYECTOS DE SEGUROS Y SERVICIOS

Horacio Luis Barragán

Jorge Luis Rossotti

1.- Los prolegómenos y las alternativas

1.1.- Las Obras Sociales comenzaron a mediados de la década de 1940

Hasta comienzos de la década de 1940, excepto las mutuales, no se habían desarrollado en Argentina seguros de salud que permitieran, mediante el pago de una prima, transferir a un fondo financiero el riesgo de la contingencia-enfermedad. La población de altos ingresos asumía esa contingencia en forma directa ante los prestadores privados de Atención Médica. En tanto los grupos de menores recursos asistían al hospital estatal, que aunque transformado en servicio público, mantenía características de entidad caritativa.

Mutuales sin fines de lucro intentaron dar respuesta a una demanda insatisfecha. Así surgieron seguros de salud vinculados a las asociaciones gremiales de trabajadores.

En paralelo al desarrollo económico, la urbanización y la sindicalización, crecieron los seguros de salud voluntarios de índole gremial. En tanto, el cese de la corriente inmigratoria y el costo creciente de la Atención Médica propiciaron que las mutuales de connacionales ampliaran su mercado incluyendo sectores poblacionales externos a sus comunidades.

En 1946, durante el primer gobierno del General Perón, y con el Dr. Ramón Carrillo al frente de la Secretaría de Estado de Salud Pública¹, se había alentado una mayor participación del subsector estatal en la provisión de los servicios de Atención Médica.

Se produjo así el aumento de la capacidad en los hospitales estatales. Esta expansión estatal en la oferta de servicios se detendría al inicio de la década de 1970, reduciendo su preeminencia frente a los restantes subsectores.

A fines de la década de 1940 la medicina asistencial tendió a ser más integral con la aparición de acciones de promoción y protección de la salud y su organización se profesionalizó. El aumento del costo de la Atención Médica, sumado a una creciente cantidad de población asegurada, derivó en una reducción en la utilización de los servicios privados por pago directo. Esta merma en los ingresos directos fue compensada por el aumento en la demanda de servicios financiados por las Obras Sociales en formación, que se inclinaron por contratar las prestaciones privadas y no las estatales, como lo esperaba Carrillo.

1.2.- Una compleja trama política

En septiembre de 1955 la llamada “Revolución Libertadora” derrocó al General Perón. Asumió la presidencia, el General Eduardo **Lonardi**, de extracción nacionalista, que proclamó “ni vencedores ni vencidos”. De esta manera pensó en lograr un entendimiento con los sindicatos y la CGT. Pero esa misma política llevó al General Pedro E. **Aramburu**, de extracción liberal, a reemplazar a Lonardi en noviembre del mismo año.

¹ La Secretaría alcanzaría categoría de Ministerio en 1949.

El Gobierno Provisional convocó a los partidos políticos a una Junta Consultiva donde prevalecía la idea de que el justicialismo era un fenómeno artificial y por consiguiente se hacía posible una “desperonización” general (Di Tella, 1998:293). Así, se proscribió el peronismo y fueron intervenidas la CGT y los sindicatos, convocando a los sindicalistas “libres”, que se habían opuesto a Perón, para que controlaran algunos de ellos.

En economía se implementó el **Plan Prebisch**² para controlar la inflación y las demandas salariales, así como estimular las inversiones. El problema salarial impulsó la protesta sindical. Perón en el exilio llamó a la resistencia y en 1956 se formó un comando Sindical Peronista que, evolucionó a las “62 Organizaciones”. Los gremios no peronistas y menos opositores conformaron las “32 Organizaciones”.

En 1955, el gobierno de Aramburu (1955-1958), como se dijo, adoptó medidas tendientes a la descentralización de los servicios del subsector estatal, transfiriéndose hospitales nacionales a jurisdicciones provinciales y municipales. De esta forma se trataba de disminuir el papel centralizador que había llegado a tener el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social³.

Proscrito el Peronismo, el Radicalismo (UCR) fue el partido principal pero las diferencias internas lo llevaron a su división en UCR del Pueblo y UCR Intransigente (UCRI) lideradas respectivamente por Ricardo Balbín y Arturo Frondizi. Este último, al tiempo que conformaba un grupo intelectual de planificación política y se oponía al Gobierno Provisional, buscaba un acuerdo con Perón en el exilio. Así fue como, en las elecciones de 1958, Frondizi ganó la presidencia con apoyo del voto peronista, en virtud de un pacto con su líder⁴. Ese pacto lo obligaba a legitimar al movimiento proscrito y promover una legislación favorable al sindicalismo.

Frondizi llamó a elecciones en los gremios intervenidos e impulsó la unidad de CGT, aunque ella se mantuvo dividida en las 62 y las 32 organizaciones. El gobierno logró la aprobación de una ley de Asociaciones Profesionales favorable al sindicato único, al tiempo que otorgó un importante aumento salarial.

El gobierno de Frondizi, promovió la industria y autorizó la creación de algunos sindicatos de empresa (vg. de FIAT, en Córdoba). De esos sindicatos, que nucleaban operarios nuevos y mejor pagos, nació un movimiento obrero independiente. Dócil, al principio, a las empresas, se hizo, a poco, militante “clasista” y fuerte opositor del gobierno y de las “burocracias” sindicales centrales (James, 2003).

1.3.- El ordenamiento de las OOSS se hizo en un complejo marco político y sindical

Durante la presidencia de Frondizi (1958-1962) cobró relevancia la nueva teoría de Atención Médica orientada por el sanitarismo norteamericano. Se capacitaron recursos humanos y se suscribieron convenios con la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Durante el gobierno del Dr. Arturo Illia (1963-1966) y el ministerio de Arturo Oñativia, se intentó dar respuesta a la atomización de OOSS al hacer una Encuesta Preliminar sobre ellas en 1965. El estudio concluyó que el Estado Nacional era el financiador más importante de las Obras Sociales, y que la heterogeneidad dominaba el sistema. En efecto, las entidades financiadoras tenían una multiplicidad de regímenes y las prestaciones variaban de alcance. Asimismo, detectó insuficiencia de información sobre el funcionamiento del sistema y de la población cubierta.

En junio de 1966 las Fuerzas Armadas depusieron al Dr. Illia y designaron presidente de facto al General Juan Carlos Onganía (1966-1970).

Con el antecedente de los conflictos sindicales que habían jaqueado al gobierno del Dr. Illia, se hizo un acercamiento a los sindicalistas⁵.

Así, se mantuvo la ley de Asociaciones Profesionales, contra la opinión del sector liberal que propugnaba el gremialismo libre al estilo europeo, pero se estableció un régimen de arbitraje

2 Raúl Prebisch era un economista tucumano que trabajaba en la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) con gran prestigio internacional.

3 Las transferencias serían revertidas en 1958 y vueltas a promover en 1961 (Veronelli, 1975:75).

4 Intervinieron Rogelio Frigerio por la UCRI y John William Cooke por Perón.

5 José Alonso (sastre) y Augusto Vandor (metalúrgico), que tendían a cierta autonomía respecto de Perón, se presentaron en la asunción de Onganía dispuestos al diálogo con el gobierno de facto. No les interesaba formar el gobierno sino mantener el control y las prerrogativas de los sindicatos (Di Tella, 1998:312).

obligatorio que dificultaba las huelgas. En estas condiciones los sindicalistas lanzaron un Plan de Acción que fue reprimido con dureza por el gobierno.

El ministro de economía Krieger Vasena (marzo 1967) lanzó un plan antiinflacionario, suspendió las convenciones colectivas, hizo un módico aumento de salarios y un inmediato congelamiento por dos años junto con tarifas y combustibles (Romero, 1998:235). Esta era parte de la política de racionalización económica y modernización del Estado (James, 2003:154).

En marzo de 1968 el gráfico Raimundo Ongaro, de orientación socialcristiana ganó la Secretaría General de la CGT frente al candidato de tendencia dialoguista con el gobierno. Entonces se dividió la conducción sindical en una "CGT de los Argentinos" liderada por Ongaro y opositora al gobierno, y una CGT "de la calle Azopardo" que reunía a los sindicatos en diálogo con el gobierno.

La encuesta del gobierno Illia sirvió de antecedente para el gobierno de Onganía. Se constituyó la "Comisión Coordinadora de los Servicios Sociales Sindicales", y se encomendó una investigación sobre los mismos a la Comisión Nacional de Obras y Servicios Sociales⁶.

El informe final arribó a conclusiones similares: los logros obtenidos por las OOSS eran desalentadores, las variaciones de eficiencia entre ellas eran extremas, y la administración no se ajustaba a técnicas de organización.

El gobierno Onganía dio relevancia a las políticas sociales creando un Ministerio de Bienestar Social, que incluyó la Secretaría de Salud Pública a cargo del Dr. Ezequiel Holmberg. Éste, apoyado por un prestigioso grupo de sanitaristas, intentó poner en marcha un programa de reorganización de las instituciones del sector.

La Secretaría de Estado se propuso racionalizar a un sistema heterogéneo, que otorgaba beneficios dispares y era ineficiente en el uso de los recursos. Decidió una estrategia fundada en la intervención reguladora del Estado.

La Secretaría promovió un ordenamiento financiero y administrativo uniforme, agrupando a las diferentes instituciones en una entidad única organizada en cada provincia y Capital Federal, garantizando a sus beneficiarios prestaciones prioritarias de Atención Médica. Buscando el saneamiento financiero de las Obras Sociales, reguló el costo de los servicios contratados al subsector privado, con la fijación de nomencladores, aranceles, pautas de contratación y normas administrativas a nivel nacional.

La iniciativa contó en principio con la adhesión de las Obras Sociales, favorecidas con la sanción de leyes que establecían la homogeneización y el congelamiento de aranceles.

Por su parte las organizaciones gremiales de profesionales de salud, se opusieron.

1.4.- El Decreto-Ley 18.610: un sistema de OOSS

Hacia 1970 algunas OOSS desarrollaban una estrategia directa de prestaciones con sanatorios de internación, policlínicos ambulatorios, médicos a domicilio y farmacias propias. Ferroviarios, bancarios, metalúrgicos y obreros de la carne eran algunos ejemplos de esta forma de organización. Otros gremios desarrollaban la estrategia indirecta a través de convenios con federaciones médicas, con sanatorios privados y farmacias.

El gobierno de Onganía se fijó como objetivo financiar las prestaciones de salud, mediante seguros solidarios, lo que contribuía a un acercamiento a los gremialistas "negociadores".

La década de 1960 finalizó con un subsector de obras sociales en pleno crecimiento financiero; con un subsector estatal que luego de su expansión fue perdiendo participación en la oferta total; y con el subsector privado que enfrentaba un cambio cualitativo en la demanda, la demanda directa era menor y mayores los contratos con Obras Sociales, lo que generó cambios en las modalidades de trabajo.

El Decreto-Ley 18.610 fue preparado en los Ministerios de Bienestar Social (Carlos A. Consigli) y de Trabajo (Rubens San Sebastián) y en la Secretaría de Seguridad Social (Santiago de Estrada). Reconoció las Obras Sociales existentes, dispuso su clasificación, determinó aportes y contribuciones mínimas y priorizó el otorgamiento de prestaciones médico asistenciales. Asimismo admitió el carácter privado de parte de ellas, en especial las sindicales, que agrupaban más del 50% de los beneficiarios, y no legisló respecto de su conducción.

6 Decretos 2318/67 y 17230/68.

La misma norma creó el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y, en su ámbito, el Registro Nacional de Obras Sociales y el Fondo de Redistribución (FR).

Su aplicación ordenó el campo de las obras sociales al margen de la autoridad sanitaria y del hospital estatal, pero consolidó la fragmentación del sistema argentino de OOSS.

1.5.- Las OOSS fueron encuadradas en una clasificación

El Decreto-Ley 18.610 tendía, a sistematizar y coordinar el funcionamiento de las obras sociales, otorgando prioridad al seguro de salud. Determinó la constitución obligatoria de obras sociales para todos los trabajadores en relación de dependencia.

Las Obras Sociales comprendían las de la Administración Central del Estado, Organismos del Estado y Empresas Descentralizadas; de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, de Administración Mixta y de las Asociaciones Profesionales de Trabajadores con Personería Gremial, cualquiera fuera su naturaleza, organización jurídica o denominación; así como a las Obras Sociales de Personal de Dirección. Excluía, aunque podían adherirse, las Obras Sociales provinciales, las municipales y las de las Fuerzas Armadas.

Las Obras Sociales Estatales, se habían originado dentro de organismos oficiales; las Privadas fueron definidas como asociaciones civiles sin fines de lucro, comprendiendo a las Sindicales, las de Convenio y las de Personal de Dirección. Las de Convenio fueron creadas a raíz de la existencia de servicios de Atención Médica organizados por las propias empresas para sus trabajadores. Las de Administración Mixta, eran dirigidas por cuerpos colegiados con participación del Estado, del sector laboral y, según cada caso, del empresario.

De esta forma se agrupaban tanto las Obras Sociales de origen estatal como las de origen privado.

1.6.- Los beneficios de las OOSS

Los aportantes tenían derecho al goce de los beneficios emergentes, el personal en relación de dependencia de la actividad respectiva y su grupo familiar primario. Integraban dicho grupo familiar, el cónyuge, los hijos menores de 18 años y las hijas menores de 21 años⁷.

El titular del beneficio debía ser un trabajador en relación de dependencia cualquiera fuera su categoría⁸.

En las Obras Sociales de Personal de Dirección se incluían los integrantes de directorios, gerentes, subgerentes, contadores generales y jefes superiores.

Conforme a su reglamentación, se establecieron dos categorías de beneficiarios: titulares y familiares. Los beneficiarios mantenían tal carácter aún en caso de cese del contrato de trabajo por un plazo de cobertura de 90 días⁹.

1.7.- Contribuciones y aportes

Los recursos financieros que establecía la ley para las Obras Sociales provenían del 2% de contribución patronal por la remuneración de cada trabajador a su cargo y el aporte del 1% de la remuneración de cada trabajador más otro 1% cuando hubiere familiares a cargo del mismo. Se fijaba un 2% de los haberes previsionales de jubilados y pensionados que se incorporaran al sistema.

Los empleadores se constituían en agentes de retención de los aportes correspondientes a los trabajadores debiendo depositarlos juntamente con sus contribuciones.

7 Se consideraban incluidos los ascendientes en primer grado cuando se encontraban a cargo del titular. Los límites de edad no regían en el caso de que los hijos estuvieran incapacitados y a cargo del aportante.

8 Se preveía además la inclusión de los trabajadores a domicilio y talleristas (Decreto-Ley 12.713) y los distribuidores y vendedores de diarios y revistas siempre que estuvieran representados por una entidad gremial.

9 Los beneficiarios familiares de un titular fallecido podían optar por continuar en la Obra Social efectuando los aportes realizados por el causante.

Las asociaciones profesionales de trabajadores destinatarias de los recursos podían crear o adecuar su respectiva Obra Social. Esas Obras Sociales serían conducidas por las respectivas asociaciones, con la única condición de poseer individualidad administrativa, contable y financiera en forma independiente de la actividad sindical.

Las Obras Sociales debían destinar sus recursos en forma prioritaria al otorgamiento de prestaciones médico asistenciales mínimas, pudiendo además ofrecer servicios de carácter social, cultural y recreativo.

1.8.- Las funciones del INOS

La autoridad de aplicación del régimen era el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), organismo descentralizado del Ministerio de Bienestar Social. Su misión era la de promover, coordinar e integrar las actividades de las Obras Sociales, así como controlarlas en sus aspectos técnicos, administrativos, financieros y contables.

El Instituto sería conducido por un directorio integrado por un presidente y diez vocales (5 representando al Estado, 3 a los trabajadores, y 2 a los empresarios) designados por el Poder Ejecutivo. Las decisiones que adoptara el Instituto serían obligatorias para las entidades comprendidas en su jurisdicción.

El INOS administraba el Fondo de Redistribución (FR) que funcionaría como cuenta especial en su jurisdicción. Se integraba con los siguientes recursos:

- 1) A cargo del empleador: una contribución del 3% de la remuneración que percibieran sus trabajadores en el sueldo anual complementario (SAC) o aguinaldo.
- 2) A cargo del trabajador: un aporte del 3% de su remuneración correspondiente al sueldo anual complementario (SAC).
- 3) Los recursos provenientes de afectar hasta un 35% de los aumentos salariales del primer mes –dispuestos por convenio– de las contribuciones y aportes para las Obras Sociales.
- 4) Los reintegros de los préstamos a las obras sociales.
- 5) Otros (vg. subsidios, subvenciones, multas).

Estos recursos debían destinarse a incrementar o mejorar la capacidad instalada propia de las OOS o asistirlos económicamente.

1.9.- El Decreto-Ley 18.610: fruto de una negociación política

La sanción del Decreto-Ley 18.610 fue, en parte, una concesión a los sindicatos por un gobierno debilitado¹⁰ luego de la revuelta de trabajadores y estudiantes conocida como “el Cordobazo”, a comienzos de 1969.

La ley otorgaba a los sindicatos un fuerte poder económico, ya que serían ellos mismos quienes administraran los recursos de sus obras sociales. Si bien es cierto que el INOS importaba una instancia de control, estaría por verse si tendría el poder para ejercerlo.

Las organizaciones sindicales pasaron a ser el interlocutor principal del gobierno en materia de salud y quedaron postergados los subsectores estatal y privado de prestadores. Se fortaleció el desarrollo de las Obras Sociales Sindicales, ya que al ampliar la población de contribución obligatoria, se incrementaron sus fondos. Ello alentó, en un primer momento, a que se ampliaran las instalaciones propias para brindar prestaciones de manera directa. El paso del tiempo descartó este mecanismo como solución integral, optándose por la contratación del subsector privado que, por ello, se expandió.

10 En 1967 la reforma previsional había eliminado a los representantes sindicales de la administración de las cajas previsionales, por lo que el gobierno de Onganía otorgó, como compensación, una porción de poder a los sindicatos. Holmberg afirmó que el proyecto originario se trabajó durante los años anteriores al de su sanción, pero fue modificado desde una perspectiva provincializadora a una corporativista (Veronelli, 2004:639).

El subsector privado se reorganizaba en el marco de su expansión y comenzó a desempeñar un rol preponderante en los programas médico-asistenciales a través de convenios entre las OOSS y las organizaciones profesionales y sanatoriales. Su flexibilidad para ajustarse a los cambios y expectativas impulsó su mayor participación en la oferta de servicios.

El subsector estatal, que contaba con más recursos pero menos flexibilidad funcional, no se adaptó a los nuevos enfoques de la Atención Médica. Esto lo privó de modificar las estructuras y funciones de sus efectores, según las nuevas características de la demanda.

1.10.- Las leyes aumentaron la población de las OOSS

En junio de 1970, en el marco de grandes confrontaciones civiles, Onganía fue depuesto y reemplazado por el Gral. Roberto M. Levingston. En marzo de 1971 fue reemplazado por el General Agustín Lanusse que restableció la actividad partidaria e inició la retirada de las FFAA del gobierno (Romero, 1998:257).

Desde 1971, con relación a aspiraciones electorales del gobierno de facto y del ministro Manrique, se transfirió el INOS desde Bienestar Social al Ministerio de Trabajo, apartándolo aún más de la Salud Pública y se crearon OOSS destinadas a cubrir sectores poblacionales extensos, los contratados para obras públicas o concesiones para ellas, jubilados y pensionados nacionales, trabajadores rurales, docentes y empleados de comercio [Cuadro 1.10].

R. Argentina. OOSS incorporadas al régimen del dec.-ley 18.610 con posterioridad a 1970.

OOSS	Decreto-Ley	Beneficiarios
Personal contratado	18.825	Personal contratado para obras públicas nacionales o concesiones
INSSJP	19.032	Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Conocido como PAMI.
ISSARA	19.316	Instituto Nacional de Servicios Sociales para Trabajadores Rurales y Afines. R. Argentina
OSPLAD	19.655	Obra Social para la Actividad Docente
OSACAC	19.772	Obra Social para Empleados de Comercio y Actividades Civiles

Cuadro 1.10

En 1971 se sancionó el Decreto-Ley 18.980 que alentaba la creación de Obras Sociales para el personal jerarquizado no incluido en convenios colectivos de trabajo. En ese mismo año, el decreto-Ley 19.032 creó el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), que extendía la cobertura asistencial obligatoria a jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión, incluyendo autónomos, y a sus grupos familiares primarios. Este Instituto elaboró un Programa de Asistencia Médica Integral conocido por su sigla PAMI.

La tendencia continuó con la sucesiva creación de otras OOSS para trabajadores sin cobertura: conductores de taxis (Decreto-Ley 20.283/73) y trabajadores de temporada (Decreto-Ley 21.092/73).

En 1970 las OOSS cubrían alrededor del 30% de la población del país y en 1976 alcanzaban al 80 % (Veronelli, 2004:640).

En 1974-1975 el sistema estaba constituido por 392 OOSS del INOS con una población beneficiaria de 14.400.000 personas.

Por estos años, comenzaron a desarrollarse sistemas de salud privados, cuyo objetivo era captar a la población de ingresos medios y altos, descontentos con los servicios obligatorios, o sin esa cobertura. Se produjo así un incremento del flujo de capitales hacia el sector de AM.

1.11.- Las formas de retribución a la AM se diversificaron

La tradición reconocía el pago por prestación como modalidad única de retribución a los prestadores. En vez el Decreto-Ley 19.710 (marzo de 1972) con el fin de lograr “el mejor nivel (de prestaciones) al menor costo y máximo aprovechamiento de recursos”, estableció diferentes formas de pago a los prestadores [Cuadro 1.11].

R. Argentina. OOSS. Formas de pago de prestaciones. Decreto-ley 19.710 (1972)

FORMAS	CARACTERÍSTICA PRINCIPAL
Remuneración fija	Sueldo con o sin bonificaciones
Cápita	Número de inscriptos en prestadores de 1° nivel por un valor por inscripto en \$
Cartera fija	Número de inscriptos en prestadores de 2° nivel por un valor por inscripto en \$
Prestación	Un valor por cada acto profesional, cada insumo médico y día de internación
Mixtas	Combinación de las anteriores

Cuadro 1.11

Así como el Decreto-Ley 18.610 había creado un registro de OOSS, el Decreto-Ley 19.710 creó uno de prestadores. Habiendo sido dictada al tiempo de la creación de los hospitales estatales de autogestión (Decreto-Ley 19.337) estos podían requerir a las OOSS el pago por prestaciones a los beneficiarios que atendían. Esta apertura generó un conflicto con las instituciones profesionales y sanatorias.

El Decreto-Ley 19.710 creó también una Comisión Paritaria Nacional conformada por representantes de la CGT y de las confederaciones de prestadores bajo la presidencia de un funcionario público y sometidas sus conclusiones al laudo del Ministerio de Trabajo.

1.12.- El Seguro Nacional Integrado de Salud

Durante la tercera presidencia de Perón (1973-1974) la reforma del sector salud se instrumentó a través del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), proyecto a cargo del Secretario de Salud Pública Doctor Domingo Liotta.

En junio de 1973 Liotta hizo público el proyecto de reforma sanitaria. Analizaba la situación del sector, se refería al órgano de conducción, y a la financiación del futuro sistema.

Liotta señaló el desorden en la organización y distribución hospitalaria, el descreimiento entre los integrantes del equipo de salud, los magros resultados obtenidos en la protección de los grupos sociales vulnerables, la falta de acceso igualitario a una medicina dispar en cantidad y calidad, entre otros aspectos de la realidad sanitaria del país.

Proponía la conducción normativa, financiera y administrativa del Sistema Nacional Integrado de Salud como responsabilidad directa del Estado. Se constituía un Consejo Nacional de Salud con participación de los distintos actores del sector.

La financiación se sustentaría en los principios de solidaridad social y justicia distributiva. Liotta proponía aumentar los presupuestos estatales para salud con fondos de rentas generales y reordenar los recursos de otros sectores para conformar un Fondo Financiero Sanitario Nacional.

Finalmente, organizaba una Carrera Médica Nacional y otra para el equipo profesional y técnico: ingreso por concurso, estabilidad, posibilidad de ascenso y retribución justa.

La reacción ante este programa no se hizo esperar, y Liotta debió enfrentarse con los escollos de los intereses sectoriales. Si bien el Secretario no lo explicitó, se deducía que la infraestructura de las Obras Sociales sindicales sería incorporada al sistema proyectado. Así, los representantes sindicales gestionaron ante los legisladores la excepción de sus OOSS en ese sistema. Sostenían que éstas cumplían sus objetivos, y que el nuevo proyecto no los garantizaban. Argüían que el subsector estatal tenía un desarrollo precario que le impediría integrarse con el privado y con las Obras Sociales.

1.13.- El debate parlamentario del SNIS fue determinado por grupos de presión

La propuesta que llegó a debatirse en el Congreso fue fruto de negociaciones entre los grupos de presión, tomando forma las Leyes 20.748, del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y 20.749, de Carrera Sanitaria (1974). La representación oficialista admitió que por la puja de los sectores de interés, el proyecto llegaba a Diputados con grandes modificaciones (Diarios de sesiones de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación: 1413). La representación radical aún adhiriendo a los principios se opuso al proyecto¹¹.

La ley 20.748 declaraba la salud como derecho de todos y enunciaba que “al Estado le competía actuar como financiador y garante económico en la dirección de un sistema que será único e igualitario”. El principio de solidaridad mutua era reemplazado por el de solidaridad nacional. La ley era de aplicación sólo en Capital Federal, Tierra del Fuego y dependencias. Se invitaba a las jurisdicciones provinciales, universidades y subsector privado a incorporarse por medio de convenios.

El Consejo Federal, órgano de conducción del sistema, debía impartir las directivas de acuerdo a la política nacional, crear áreas programáticas, evaluar su funcionamiento y a coordinar los recursos disponibles.

La ley, aunque distó en aspectos sustanciales del proyecto original, provocó el rechazo de las Obras Sociales, del subsector privado y otros actores del sistema, siendo solamente adoptada por las provincias de San Luis, La Rioja, Chaco y Formosa. El SNIS (Diarios de sesiones de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación: 1424), se fue debilitando hasta que en 1977 desapareció del presupuesto nacional.

En marzo de 1976 se produjo un nuevo golpe de estado, manteniéndose el gobierno de facto hasta 1983.

1.14.- El Decreto-Ley 22.269 reemplazó al decreto-ley 18.610

En 1977, el Decreto-Ley 21.640 suspendió la obligación de utilizar el Fondo de Redistribución del INOS en forma exclusiva para el sostenimiento de las obras sociales. Aumentó los ingresos del FR con el 10% de la recaudación mensual de las OOS y el 50% de los recursos especiales de cualquier naturaleza y determinó que su orientación estaría dada según las prioridades del Ministerio de Acción Social para efectores o programas de Atención Médica.

En octubre de 1978, por el Decreto-Ley 21.883, se transfirieron establecimientos nacionales a la Municipalidad de Buenos Aires y a distintos estados provinciales. Esta medida, aunque fundada en la descentralización hospitalaria, provocó desajustes presupuestarios que afectaron el funcionamiento integral de los gobiernos locales, al no preverse una transferencia de recursos financieros.

El área de Salud se mantuvo como Secretaría de Estado en el ámbito del Ministerio de Bienestar Social y fue designado interventor del INOS el Capitán de Navío Roberto Ulloa cuya gestión, en el marco de la circunstancia política, es rescatable (Mera, 1994:252).

Ulloa (Ulloa, 1977:23) consideraba a las OOS como “gestoras” de los fondos solidarios y organizadoras de la demanda hacia el componente prestador, lo que exigía su independencia financiera.

Proponía modificar la legislación para definir la naturaleza jurídica de las OOS con personería y gobierno propios así como el carácter exclusivo y público de sus fondos.

A fines de 1976 expresaba la dificultad del INOS, que no obstante su potestad legal, no podía agrupar OOS, ya en población o recursos, en razón de “connotaciones gremiales” (Ulloa, 1977:31)¹².

11 Dijo el diputado Nosiglia: “Porque una estructura administrativa, por frondosa que sea, no satisface la necesidad de una política sanitaria, y menos aún si esa estructura se obtiene creando un sistema integrado que no es integrado, que busca una medicina única e igualitaria y entroniza la desigualdad” (Diarios de sesiones de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación: 1422). Otro parlamentario calculaba que la estructura proyectada alcanzaba a 720 directivos.

El diputado Falabella hablando del hospital Rawson de Buenos Aires dijo: “Ya no solamente le piden al enfermo que lleve el remedio, no sólo le dicen que lleve la sábana y si quiere ser operado debe comprar el bisturí (risas) sino que además le piden que lleve un papel, porque los médicos que atienden en el Rawson hoy, 6 de agosto de 1974, no tienen papel para extender una receta” (Diarios de sesiones de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación: 1432). Con lo que exhibía las dificultades del subsector estatal.

12 El estudio de 280 OOS gremiales indicaba que había 111 de menos de 5.000 beneficiarios, 93 de entre 5.001 y 50.000, 18 de entre 50.001 y 100.000 y sólo 18 de más de 100.000 beneficiarios (Ulloa, 1977:31).

La resolución del INOS 238/76 se adelantaba a definir el carácter público de esos fondos, basándose en su carácter de contribuciones especiales obligatorias. Las consideraba consecuentemente “tributos” y de carácter público¹³.

Así, en 1980 se promulgó una ley de OOSS (Decreto-Ley 22.269) gestada en el ámbito del Ministerio de Economía¹⁴ (J. A. Martínez de Hoz) que reemplazó al Dec.-Ley 18.610. Tenía la impronta del cuestionamiento al gremialismo. Sin embargo el proyecto se modificó por negociaciones con ese sector.

Su vigencia no impactó en el subsector de AM ya que ni siquiera sus innovaciones sobrevivientes a la negociación alcanzaron a aplicarse: ni la regionalización de las OOSS a través de los EOS (Entes de Obra Social) ni la opción por seguros privados reservando un 10% del aporte en la OOSS de origen.

El mecanismo de concertación entre partes (artículo 38) tampoco se implementó aunque fue retomado en el siguiente gobierno constitucional. Se implementó en su lugar, el aumento de los aportes del trabajador del 2% al 3% y se crearon las sindicaturas en las OOSS.

Según el censo de octubre de 1980, la población del Gran Buenos Aires alcanzaba 9.710.223 personas (2,9 millones en Capital y 6,9 millones en los 19 partidos aledaños). Se calculaba que para ese entonces el 85% de esa población tenía obra social gremial, por lo que la cobertura alcanzaba algo más de 8,2 millones de beneficiarios. Una encuesta del INDEC del primer semestre de 1981 estimó que la proporción de personas con obra social gremial había descendido al 60% por el desempleo y que según la proyección caería en el segundo semestre casi al 50%, reduciéndose la población beneficiaria a 4,8 millones de personas (*El Día*, 12 de marzo de 1982).

1.15.- El gobierno de Alfonsín proyectó el Seguro Nacional de Salud

El gobierno del Dr. Raúl A. Alfonsín (10 de diciembre de 1983 al 08 de julio de 1989) centró su política de AM en las OOSS, no en el subsector estatal y recreó el Ministerio de Salud y Acción Social, ubicando al INOS en su jurisdicción. La Nación carecía de efectores estatales propios ya que los hospitales habían sido transferidos a provincias y municipios y sufrían franco deterioro¹⁵. La conflictiva presentación del SNIS (durante el ministerio de Liotta y el gobierno de J.D. Perón), por otra parte, era relativamente reciente.

El ministerio de Aldo Neri y el INOS, conducido por José Alberto Mera¹⁶, reconocieron al conjunto de las OOSS, aunque heterogéneo e incoordinado, como una forma de seguro de salud que en cuanto “paradigma sanitario había reemplazado al anterior: el hospital” (Mera, 1994:255). En vez el modelo de Liotta, el proyecto de SNIS, se centraba como en su momento el de Carrillo, en el hospital estatal.

Con aquel criterio se proyectaron las nuevas leyes de OOSS tendiendo a extender su cobertura a la población sin recursos con cargo económico compartido entre la Nación y las provincias y a separar financiera y organizativamente los gremios de las OOSS gremiales.

13 La definición del carácter público de los recursos de las OOSS y el relevamiento de efectores propios que mandaba aquella resolución del INOS involucró un cuestionamiento a la acción gremial. Ulloa llegó a sostener que las OOSS no estatales eran delegaciones del Estado, lo que no significaba la pérdida de la titularidad estatal de los recursos y bienes (Ulloa, 1977:30). No debe llamar la atención que en la serie de conferencias entre las que se inscribe la de Ulloa, publicadas por el Ministerio de Bienestar Social nacional, aún habiendo invitados argentinos de diversas posiciones políticas, de agrupaciones profesionales y cámaras empresarias, no hay ningún dirigente gremial (Ulloa, 1977:índice).

14 El plan económico de Martínez de Hoz (1977) revaluó el tipo de cambio, liberó las importaciones y desreguló el sistema financiero. Sus efectos, según Ferrer, fueron el desmantelamiento de la industria, el incremento de la importación, el aumento de la deuda externa, la reducción del ingreso per cápita y el déficit de la balanza de pagos (Ferrer, 1998). A costa de esa deuda, en las condiciones indicadas, se incorporó equipamiento pesado en el subsector privado.

15 En 1985 Neri tramitó un préstamo del BID para construir once hospitales en el interior según un Programa de Rehabilitación de la infraestructura en Salud. El Ministerio de Economía dudó en la posibilidad de cubrir la contraparte. La gestión Storani hizo un ajuste en los valores de los proyectos y se recibieron u\$s 125 millones. Las obras demoraron.

16 Mera y otros miembros del equipo del radical Neri provenían de la Democracia Cristiana. El funcionamiento de la Comisión motivó a Mera a decir que “no se requiere una ley especial para delinear y proseguir una política” y que la comisión “llegó a una serie de acuerdos por primera vez en su historia; el principal de todos ellos fue el hecho mismo de llegar a un acuerdo” (Mera, 1994:251).

Se reconstituyó y funcionó entonces la Comisión Paritaria Nacional¹⁷. Su misión era concertar normas, tarifas de las prestaciones de AM y convenios entre confederaciones de prestadores y la CGT.

La CGT ya era un fuerte grupo de poder en AM. En los encuentros de la comisión se consolidó el segundo grupo de poder: las confederaciones de prestadores reconocidas como contraparte paritaria. Inscriptos en el registro de prestadores del Decreto-Ley 19.710 quedaron legitimados y se abrió un diálogo con coincidencias y desacuerdos, pero positivo.

El equipo de Neri, como él mismo, tenía formación y experiencia sanitaria. Trazó su política de AM con eje en las OOSS en tanto eran instrumentos reales de asistencia y aceptadas en la cultura de beneficiarios y prestadores.

El Ministerio elaboró con participación de sectores sindicales, empresarios y prestadores el documento “Bases para una Legislación sobre Seguro Nacional de Salud” (29 de noviembre de 1984). Fue considerado por el Consejo Federal de Salud (COFESA) del que surgió el documento “Coincidencias sobre la Política de Salud” (14 de diciembre de 1984) según los lineamientos de aquellas bases (Mera, 1994:257).

El proyecto fue presentado al Congreso Nacional en setiembre de 1985 y modificado como variable de ajuste en un “paquete” de normas gremiales. Los principios enunciados eran difícilmente discutibles pero su aplicación había sido neutralizada por la presión sindical. El Diputado radical Cáceres dijo en el Congreso: “...este proyecto de ley forma parte de un conjunto de iniciativas, de un acuerdo entre el Poder Ejecutivo y la CGT”¹⁸, en el marco de otros problemas, “se reordenó el tema de la deuda externa y se tranquilizaron las aguas con Chile y con Brasil...”. Cáceres concluyó con dudosos conceptos republicanos: “Por ello, la modificación de cada punto y cada coma prácticamente estaría vedada a los legisladores, porque existe un cierto olor a pacto de la Moncloa...” (Diarios de sesiones de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación: 2374). En abril de 1986 renunció el Ministro Neri siendo reemplazado por Conrado H. Storani.

Pero la oposición se animó a discutir en el recinto. Los intransigentes reprochaban la duplicación en dos leyes y la falta de referencia al hospital estatal¹⁹. De los 30 millones de habitantes sólo 23 tenían cobertura de OOSS. Reclamaban el 1,5% del PBI para cubrir, a través del subsector estatal, a los 7 millones restantes. Anunciaban así, con penoso acierto, “una nueva frustración en política de salud”.

Los liberales describían un sistema de salud deteriorado que no tendría solución con las leyes propuestas. Reprochaban al proyecto modificado aumentar el poder a los sindicatos con un mecanismo estatista y centralizado. Era, decían, “un sistema burocratizado, sin participación de los médicos ni en el directorio del ANSSAL” (Administración Nacional del Seguro de Salud, que reemplazaba al INOS), que no consideraba al hospital público e ignoraba el subsector privado “que, como todos nosotros sabemos, está quebrado” (Diarios de sesiones de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación: 2750 y ss).

La democracia cristiana coincidía en el deterioro del sistema de AM y señalaba con alarma el crecimiento de los prepagos con objetivos de lucro.

Los diputados de origen obrero apoyaban la aprobación de uno de los componentes de la ley de OOSS “que les devolvía lo propio”.

El proyecto se discutió y, expurgado de lo que afectara la cautividad poblacional de las OOSS, se promulgó en diciembre de 1988 como leyes 23.660, del Sistema Nacional de OOSS, y 23.661, del Sistema Nacional de Seguro de Salud²⁰.

El proyecto se denominó Servicio Nacional de Salud (SNS) y programó ampliar la cobertura al 100% de la población incluyendo autónomos y carecientes, mediante la optimización de los recursos (Mera, 1994:256).

17 Se disponía de los antecedentes normativos de similar comisión de 1975 que hubieran sido útiles para un ordenamiento (Mera, 1994:252).

18 La CGT había presentado como alternativa el “Proyecto Azul y Blanco” y un grupo Sanitario Justicialista había elaborado otro “Salud: proyecto matriz” dirigido por Hugo Arce que en 1988, adaptado, tuvo consenso en la provincia de Mendoza (Arce, 1993).

19 Para ubicarse en la época señalaban que un médico cobraba la visita 4 australes a 90 días de plazo y con descuento del 20%, y que una enfermera ganaba 140 australes por mes.

20 Era ministro de Salud el Dr. Barrios Arrechea. Pero fue el ministro de trabajo, Carlos Alderete, el negociador con la CGT y pudo más que el de Salud. Mera destaca que siendo el ministro un hombre del interior -Barrios Arrechea había sido gobernador de Misiones- tampoco impulsó la federalización de las OOSS que sobrevivió en el texto legal (Mera, 1994:258).

Con la expectativa, entre otras de la reelección del presidente Alfonsín había sido negociado debilitando sus fundamentos y prescripciones. El resultado no fue exitoso: las leyes no fueron reglamentadas hasta el gobierno de Menem, y la ANSSAL siguió intervenida como lo había estado el INOS.

En lo prestacional la tasa de inflación, la falta de ajustes arancelarios y las demoras de pagos por parte de las OOSs produjeron el cese de ventas de medicamentos en ambulatorio para sus beneficiarios por parte de la mayoría de las farmacias (*La Nación*, 27 de abril de 1989) y sucesivos cortes de servicios por otros prestadores²¹.

En febrero de 1989 el Ministro de Salud Barrios Arrechea anunció la normalización de las OOSs intervenidas durante 13 años.

En noviembre de 1989 (*La Nación*, 16 de noviembre de 1989) las obras sociales nacionales y provinciales difundieron una solicitada, “Sin salud no hay Revolución Productiva”, con pautas de concertación de prestaciones en el marco de la Ley 23.661: plazos de obligaciones, valores según el Nomenclador Nacional, contratación a diferentes subsectores, ilegalidad de los cortes de servicios y transparencia en las administraciones.

1.16.- El Sistema Nacional de Seguro de Salud (SNS): un nuevo intento de coordinación

El SNS planteó el principio de solidaridad nacional pero no alcanzó a definir instrumentos eficaces para modificar el vigente de solidaridad grupal. Las OOSs eran más de 300 y agrupaban, en su mayoría, trabajadores de similar actividad con la consecuente heterogeneidad de características. Esta heterogeneidad y la disimilitud de poblaciones aportantes determinaban una crítica insuficiencia operativa y financiera en muchas de ellas.

Los aportantes-beneficiarios no tenían real representatividad en el gobierno de las OOSs toda vez que los miembros de los directorios eran propuestos y designados por los sindicatos y el Estado según el caso. No se previó la elección directa por parte de los aportantes-beneficiarios.

Las fuentes de financiamiento continuaban siendo las mismas aunque se aumentaba la ya incrementada contribución patronal del 4,5% del salario al 6% y se mantenía en 3% el aporte del trabajador. Mantenía también el régimen de terceros contribuyentes pero aumentaba la proporción de este origen con destino al Fondo de Redistribución. En el primer aspecto la propuesta siguió el proceso de aumentos porcentuales desde el Decreto-Ley 18.610 (2% empleador y 1% trabajador). Este mecanismo contribuye a la redistribución de la renta nacional, pero también puede inducir la retracción de empleos²².

Si bien planteaba la financiación, por parte del Estado, de la cobertura de indigentes o programas especiales, ella quedaba librada a la variación presupuestaria.

Los mecanismos de control estatal eran multiplicados por la propuesta. Entre ambas normas aparecen tres instituciones: el DINOS (Dirección Nacional de Obras Sociales), la ANSSAL (Administración Nacional del Seguro de Salud) y las Sindicaturas de cada OOSs.

La ANSSAL reemplazó al INOS y estuvo intervenida hasta 1989. Se normalizó estando a cargo de Carlos Semilla²³, bajo el último Ministro de Salud del gobierno Alfonsín, Barrios Arrechea.

Sin perjuicio de estos organismos, el mismo Estado designaba los directorios de las OOSs estatales y mixtas, aunque una proporción de ellos era a propuesta de las asociaciones de trabajadores.

La propuesta suprimía la priorización de los establecimientos estatales como efectores de las OOSs, como lo establecía el primer proyecto –fallido– del mismo gobierno.

No obstante hacer referencia a la plena utilización de la capacidad instalada existente, no sentó el principio de libre elección o de elección alternativa de prestadores por parte de los beneficiarios.

21 Las clínicas de Santa Fe cortaban servicios a OSDE, (1987). La Federación Médica de Provincia de Buenos Aires (FEMEBA) entraba en serias fricciones con IOMA. La Junta Central de Clínicas que sería a poco la Confederación de Clínicas y Sanatorios de Argentina (CONFECILISA) anunciaba el “colapso del Sistema de Salud existente” (*La Nación*, 31 de enero de 1987).

22 Aunque el proyecto no ponía vallas explícitas, no tuvo aplicación el artículo 4º del Decreto-Ley 22.269 según el cual se podía optar por un seguro privado sin dejar de participar solidariamente en el social a través de la contribución patronal y una proporción del aporte personal.

23 Semilla distribuyó subsidios a ocho obras sociales (*La Nación*, 17 de Febrero de 1989).

Por otra parte admitía la ampliación de capacidad instalada propia de las OOSS. Esta posibilidad debió ser acotada para no restringir a los beneficiarios el acceso a otros efectores (vg. al privado cuando la OOSS no tenga un efector propio en un área dada) y para desalentar la multiplicación de inversiones en capital fijo.

La participación de las provincias era voluntaria y operaba por una regionalización en las funciones de la ANSSAL.

2.- La crisis y sus proyecciones

Jorge Luis Rossotti

2.1. La crisis hiperinflacionaria influyó en el comportamiento de los subsectores

A partir de 1989 el país arribó a una aguda crisis inflacionaria que se extendió hasta el año siguiente, con un cambio anticipado de autoridades nacionales en el marco de graves episodios de rebelión social. Entre los rasgos distintivos del comportamiento de los actores del sector salud merecen destacarse:

- En el primer trimestre la paridad del dólar se multiplicó por 25 y los precios minoristas alcanzaron una tasa del 208% mensual; idéntica evolución siguieron los insumos hospitalarios (vg. medicamentos, material descartable) anulándose el crédito en las transacciones comerciales, de forma tal que las compras de los efectores debieron pagarse al contado.
- Los hospitales estatales no tuvieron suministros como consecuencia de sus regímenes de contrataciones, basados en licitaciones y pagos diferidos. Por ello, sus compras se realizaron por intermedio de las cooperadoras, que se rigen con normas privadas; en tanto algunas jurisdicciones apelaron a excepciones con compras directas y pagos al contado, o bien a través de las desnaturalizadas cajas chicas.
- Los proveedores de bienes y servicios preferían pagar las multas por incumplimiento antes que mantener el precio y condiciones de sus ofertas.
- Los efectores privados mantuvieron su funcionamiento con aumento de aranceles; pero los dependientes de las obras sociales quedaron neutralizados en su capacidad operativa por la imposibilidad de soportar la dilación de los pagos. De esta forma, cuando pudieron descargaron parte de su costo financiero requiriendo pagos adicionales a los beneficiarios, o en su defecto rechazaron la demanda.
- Las obras sociales perdieron capacidad financiera por el deterioro del valor del salario, la evasión de aportes y contribuciones y el permanente reajuste de aranceles.

La demanda de Atención Médica de los beneficiarios se difirió; mientras que los requerimientos impostergables fueron derivados a los hospitales estatales que vieron incrementada su demanda habitual de trabajo.

Ante la renuncia de Alfonsín, se anticipó el traspaso del mando al nuevo Presidente, Dr. Carlos Menem.

2.2.- En la década de 1990 el mercado rigió la vida social y se redefinió la intervención estatal

La asunción del Dr. Menem perfilaba una política favorable al movimiento obrero ya que asumía las reivindicaciones sindicales, tenía el apoyo de la CGT y prometía mejorar las condiciones de vida de los sectores asalariados. Sin embargo, una vez en el gobierno, el Presidente se alió con sectores liberales transformando su programa en un proceso de conversión económica neoliberal; cambio que derivó en la ruptura del diálogo con los sindicatos. Este giro del Gobierno en su alianza

política tuvo diversas consecuencias. En el plano partidario, se conformó un grupo disidente que se conocerá como “el grupo de los ocho” y que luego daría lugar a la formación del Frente Grande.

Por otra parte, en el ámbito sindical, se produjo una nueva división de la Central Obrera: la “CGT San Martín”, oficialista, y la “CGT Azopardo”, opositora. La fragmentación del movimiento obrero brindó un marco propicio para la implementación de las reformas estructurales.

El Poder Ejecutivo logró un elevado grado de autonomía por la crisis generada por el proceso inflacionario de 1989-1990, que le dotó de un margen de maniobra suficiente para actuar sin una legislación emanada del Congreso Nacional. Los aspectos reseñados son importantes para comprender el liderazgo construido por el Presidente desde el Estado Nacional en la década de 1990.

2.3.- El sindicalismo modificó su forma de actuar como grupo de poder

En marzo de 1991, luego de una serie de infructuosos programas de estabilización, el Gobierno lanzó el Plan de Convertibilidad y un conjunto de reformas entre las que se destacan la privatización de las empresas estatales, la desregulación de los mercados internos, la liberalización del sistema financiero y la reestructuración del Estado.

El Plan tuvo efectos positivos en cuanto a la evolución de los precios y, luego de un cierto crecimiento económico, el nivel de actividad volvió a experimentar variaciones positivas hasta mediados de la década, momento a partir del cual comenzó a deteriorarse una vez más.

Los resultados en materia laboral y social no siguieron idéntico recorrido. Las políticas económicas implementadas tuvieron efectos negativos sobre el mercado de trabajo; verificándose un aumento sostenido del desempleo y una fuerte precarización del empleo, acompañado por un aumento en los niveles de pobreza e indigencia de amplios sectores de la población. El sector Salud sufrió también los efectos de las políticas de liberalización implementadas por el Gobierno ya que la financiación de las OOSS está ligada al mercado de trabajo. El aumento en la tasa de desempleo o del empleo en negro implicó una reducción en la recaudación por parte de las OOSS.

2.4.- El gobierno Menem se orientó a la desregulación

El primer gobierno del Dr. Menem (8 de julio de 1989 al 8 de julio de 1995)²⁴ no se ocupó de la federalización de las OOSS pero reglamentó las Leyes 23.660 y 23.661 (Decretos 358/90 y 359/90). Se preparaba la desregulación, concepto que se universalizó bajo el Ministerio Cavallo (Decreto 576/93).

No obstante bajo el gobierno Menem la ANSSAL pasó a manos de dirigentes sindicales²⁵.

Desde la ANSSAL Andreoni reclamó (1991) salvar a las OOSS acosadas por deudas emergentes del alto costo de la AM y por haber estado intervenidas las OOSS durante 15 años fuera de las manos de los sindicalistas, desde sus intervenciones en 1976.

En agosto de 1991 comenzó la revisión de la situación de las OOSS, en primer término las sindicales. El Ministro de Salud y Acción Social, Avelino Porto (16/01/91 al 14/11/91) convocó a las universidades para auditar las deudas y patrimonios de las OOSS²⁶.

24 Menem designó Ministro de Salud al Dr. Julio Corzo e Interventor de la ANSSAL al sindicalista Luis Barrionuevo, expresión de la alianza con la CGT San Martín. En septiembre, por el fallecimiento de Corzo, llegó al Ministerio el Dr. Antonio Erman González quien bajo la consigna “Sin salud no hay revolución productiva” intentó concertar con las entidades prestadoras. En febrero de 1990 fue remplazado por el Doctor Eduardo Bauzá que anunció los Decretos 358/90 y 359/90 reglamentarios de las Leyes 23.660 y 23.661, especialmente en lo referente al Fondo Solidario de Redistribución. En noviembre Bauzá fue reemplazado por el Lic. Alberto Cohan y se realizó el 1er Congreso Nacional de Salud en la Seguridad Social. En Marzo de 1991, con el cambio de gabinete que llevó al Dr. Cavallo a Economía, fue Ministro de Salud y Acción Social, el Dr. Avelino Porto.

25 Sucesivamente: Luis Barrionuevo (Gastronómicos), Guerino Andreoni (Mercantiles), Moisés Ikonikov (no sindicalista) y José Luis Lingeri (Obras Sanitarias).

26 Los dirigentes sindicales se opusieron y se los acusó de querer mantener en el “misterio” sus cuentas *La Nación*, 6 de agosto de 1991). La ANSSAL proponía que la auditoría fuera hecha por el Tribunal de Cuentas de la Nación y la Dirección de OOSS, negándose a pagar a las universidades.

Con la reelección del Presidente Menem en 1995 (08/07/95 al 10/12/99) y Domingo Cavallo como Ministro de Economía (8 de julio de 1995 al 26 de julio de 1996) se impulsó de nuevo la desregulación de las OOS.

El Ministerio Cavallo propuso la reducción de las contribuciones patronales. Reclamaba la fusión de las OOS de menos de 10.000 beneficiarios, la regulación de las prepagas por la Superintendencia de Seguros de la Nación y la limitación de las coberturas dobles o triples. Propuso asimismo que PAMI pagara una cápita a las OOS por las que optaran sus beneficiarios y la afiliación de los autónomos a las OOS tal como lo preveía la Ley 23.661. Consideraba dificultoso el intercambio de servicios entre obras sociales sindicales a costa de la entidad de origen e insistía en las fusiones (*Clarín*, 29 de mayo de 1995).

Los sindicalistas, apoyados en el Presidente de la ANSSAL –José Luis Lingeri– promovieron las prestaciones médicas obligatorias –con limitaciones–, y el intercambio de servicios en vez de la fusión entre obras sociales (*Clarín*, 29 de mayo de 1995).

Los empresarios protestaban por la contribución patronal del 6 % a las OOS y proponían la posibilidad de transferir voluntarios a la prepaga²⁷.

3.- El conflicto de la desregulación

Horacio Luis Barragán

3.1.- Las prepagas comenzaron a tener dificultades

Al tiempo de esta controversia las prepagas argentinas habían quedado sin crecimiento de afiliaciones²⁸.

En febrero de 1995 se dictó una ley haciendo obligatoria la cobertura total farmacológica de pacientes de HIV-SIDA y drogadependientes²⁹. Quedaban fuera de esas obligaciones, las obras sociales provinciales y las prepagas (*Clarín*, 10 de febrero de 1995). El diputado Ortiz Maldonado, autor del proyecto, quiso involucrar a las prepagas afirmando que no gastaban más del 17% de su recaudación en prestaciones médicas³⁰.

3.2.- El Ministerio de Economía se confrontó con las OOS sindicales

El proyecto del Ministerio de Economía (*Ámbito Financiero*, 25 de septiembre de 1995; *Clarín*, 12 de junio de 1995):

- a) bajaba el “costo patronal” reduciendo contribuciones sociales. La reducción se hacía en mayores proporciones en función del grado de desarrollo de las provincias y sus regiones [Cuadro 3.2.a] (*Clarín*, 13 de diciembre de 1995)

27 Sostenían que **los trabajadores con sueldos de \$ 1.100 o más podían contratar prepagas** y que podrían reunir de 2,5 a 5 millones de beneficiarios. Esa transferencia de beneficiarios sería positiva en tanto los empresarios sostenían que **el 70% de las OOS no cumplían con las prestaciones**. Para los trabajadores con salarios entre \$ 500 y \$ 1.100 sostenían que debía hacerse cargo el Estado y no los sindicatos (*Ámbito Financiero*, 30 de mayo de 1995).

28 Se incorporó entonces al mercado el grupo brasileño AMIL, una de las diez primeras empresas de salud del mundo, aspirando captar población de 30 años de edad promedio y de altos ingresos. Preveía una cobertura amplia para pacientes de HIV-SIDA y aún de Homeopatía. AMIL es propietaria de la red de farmacias FARMALIFE que en Brasil descuenta el 50% en ambulatorios (*Clarín*, 24 de mayo de 1995).

En el otro extremo, se estimaba entonces que había entre 180.000 y 350.000 jubilados y pensionados sin cobertura médica, a los que había que agregar peones rurales, personal del servicio doméstico y subocupados (*Clarín*, 5 de abril de 1995).

29 La ANSSAL anunció que reservaría \$ 38 millones anuales para cubrir 200.000 pacientes de HIV-SIDA y 120.000 drogadependientes.

30 En febrero de 1995 la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires aumentó la alícuota del Impuesto a los Ingresos Brutos que comprendía a las empresas de medicina prepaga. Víctor Alderete, presidente de CIMARA y de Diagnos, sostuvo que esas empresas no podrían absorber el costo y que deberían subir las primas entre 2 y 6,5%. En Capital Federal ascendían a 2,5 millones de personas (*Clarín*, 3 de febrero, 1995).

Argentina. Montos por reducción de contribuciones patronales. Proyecto dic. 1993

Contribuciones	Monto estimado (mill. \$)
Previsionales	1755
Asignaciones familiares	845
Fondo de desocupación	169
OOSS (sindicales)	663
PAMI	221
Total	3653
(El Cronista, 21 de septiembre de 1995).	

Cuadro 3.2.a

- b) abría la opción de elección de OOSS a partir del 1º de noviembre de 1995;
- c) incluía en el derecho a optar a los beneficiarios del PAMI a una obra social, fuera o no la de su origen;
- d) transfería a los beneficiarios no contributivos (pensiones graciables y por discapacidad) del PAMI a un programa de la Secretaría de Desarrollo Social financiado con fondos de ANSSAL;
- e) encomendaba al Ministerio de Salud y Acción Social la elaboración de un Programa Mínimo Obligatorio (PMO) para todas las OOSS;
- f) mandaba fusionar a las OOSS que no pudieran cumplir con el PMO;
- g) prohibía la doble y triple afiliación a OOSS;
- h) daba garantía para que todo aportante dispusiera de \$ 30/mes/grupo familiar, que de no lograrse por la OOSS propia se completaría con el FR de la ANSSAL;
- i) incorporaba a las prepagas como posibilidad de opción para beneficiarios de OOSS;
- j) transfería la administración de los fondos de la ANSSAL (FR) a la DGI previendo una distribución precisa:
 - \$ 120 millones para prestaciones de alta complejidad y costo;
 - resto para que la Secretaría de Desarrollo Social cubriera a beneficiarios de pensiones graciables transferidos desde PAMI;
 - a esta Secretaría se le restaban los recursos para reforzar a las OOSS que no alcanzaran a disponer los \$30/mes/grupo familiar (alrededor de \$100 millones/año)³¹.
- k) prepararía un padrón fidedigno de las OOSS para lo que aportarían datos la ANSSAL, la ANSES y la DGI.

En agosto de 1995 el Decreto 292/95 estableció las prestaciones mínimas obligatorias (PMO) – cuyo listado sería incluido en la resol. MSAS 633/96– y dio plazo de 60 días para que las OOSS que no pudieran cubrirlas se fusionaran con otras. Al mismo tiempo el **Poder Ejecutivo Nacional** (PEN) reduciría los aportes patronales para las OOSS de 6% al 4%.

La propuesta de Cavallo motivó la reacción sindical por la reducción de los ingresos a sus OOSS al reducir la contribución patronal, y por la transferencia de la administración del FR de la ANSSAL, dirigida por sindicalistas, a la DGI. El sindicalismo defendió las OOSS encuadrándolas como “parte esencial de la cultura nacional”, de base solidaria no sólo para atender la salud sino para lograr calidad de vida, y las confrontó con los seguros comerciales³².

La confrontación dentro del gobierno ubicó a Cavallo frente a la mediación de Bauzá, finalmente resuelta por el presidente Menem.

Así, la CGT no admitió esos extremos y sobre la base de los acuerdos preelectorales a mayo próximo, apelaron al presidente Menem y lograron (*Hoy*, 21 de septiembre de 1995):

31 Se estimaba que eran pocas pero para el Ministerio de Trabajo involucraba a 1,5 millón de beneficiarios (35% de los activos) (*Clarín*, 19 de septiembre de 1995).

32 Una solicitada de FATSA con esos contenidos se detuvo en señalar que la reducción de contribuciones patronales esgrimida como instrumento para aumentar la ocupación no lo había logrado. Criticó al Estado de no ocuparse de la evasión y retener el PAMI, intervenirlo, manejarlo y “saquearlo” (*Clarín*, 13 de diciembre de 1995:38).

- que la reducción de contribuciones fuera de 6% a 5% (en lugar del 4%), con lo que el monto perdido para las OOSS fue de \$330 millones en vez de \$663 millones/año. Asimismo que la reducción fuera uniforme en todas las provincias y regiones del país;
- que la opción de elección de OOSS se postergara para enero de 1996. Esa fecha se postergaría nuevamente para a enero de 1997;
- que la opción de beneficiarios de PAMI se limitara a sus sindicatos de origen, en caso de tenerlos;
- que los beneficiarios no contributivos de PAMI por discapacidad no fueran transferidos a la Secretaría de Desarrollo Social, aunque si los otros no contributivos;
- que se excluyeran de las PMO prestaciones de alto costo como los trasplantes, enfermedades mentales, infecciosas y SIDA;
- por su parte, se comprometía a asumir beneficiarios de PAMI transferidos y a fusionar OOSS pequeñas tendiendo a pasar de 300 a 100 entidades. El equilibrio de las obras sociales, privadas de un 1% de las contribuciones patronales, se lograría con el Fondo de Redistribución, manejado por la DGI que proveería automáticamente el complemento económico para llegar a \$30 de cápita³³.

Tanto el Ministerio de Economía como la CGT estaban interesados en cumplir requerimientos del Banco Mundial para aportar a un Fondo de Reconversión de Obras Sociales por un monto de U\$A 400 millones³⁴.

Para este entonces había numerosas OOSS en rojo, en especial las provinciales y el PAMI, con fuertes deudas a los prestadores privados que tenían que retraerse ya sea por cierres totales o reducción de camas disponibles. N. Larroca, presidente de la Confederación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina (CONFECILISA), advertía que de las 50.000 camas privadas que había en el país podían quedar el 50% (*Ambito Financiero*, 4 de octubre 1995).

Las prepagas estaban en proceso de reestructuración a través de fusiones e incorporación de empresas internacionales que pagaban por reintegro.

3.3.- El Programa de Reconversión fue requerido por numerosas OOSS.

El Programa de Reconversión tenía un fondo de \$ 370 millones, 150 millones del BM y \$220 millones de la ANSSAL³⁵.

33 Si los beneficiarios con doble cobertura optaban por una sola, se reduciría el número de 1.500.000 con recurso inferior a los \$ 30 a 1.000.000 de beneficiarios. Entonces, el Fondo debería redistribuir \$ 10 millones mensuales cuando recaudaba \$ 20 millones y el resto quedaría para prestaciones de alto costo (*Clarín*, 19 de septiembre de 1995).

34 Se dio tiempo a los institutos para hacer una nueva OOSS de cuya dirección se suprimiría la representación empresarial. Los institutos de OOSS eran: Ferroviario, de la Industria de la Carne, Seguros, de Personal de la Industria del Vidrio, de Actividades Rurales, de Docentes, de Empleados de Comercio y del Ministerio de Economía (*Ambito Financiero*, 25 de septiembre de 1995). No así a Bancarios, instituto del que se dispuso la liquidación suprimiendo el tercer aporte de 1% sobre comisiones e intereses en las transacciones bancarias, cuyo monto se estimaba en \$100 millones (*Ambito Financiero*, 25 de septiembre de 1995). Bancarios era, junto con Seguros, beneficiado con tercer aporte, que se suprimió en marzo de 1996 (Decreto 263/96). Se sostuvo la hipótesis de que esta liquidación tenía por objeto debilitar a la asociación bancaria en vísperas de una reforma del sector financiero que involucraría despidos masivos. Zanola, subsecretario general de la asociación era opositor a la política del gobierno. Otra hipótesis la relaciona con las aspiraciones de los prepagos de captar sectores de clase media desprotegidos. Asimismo la actitud diferencial del gobierno servía de instrumento para provocar una ruptura en la dirigencia sindical: Zanola opositor y Cavalleri, mercantil, negociador. Cavallo consideraba a Zanola, secretario general de ese gremio, responsable de problemas sufridos por el Banco de la Nación.

El gremio "denunció" la "expropiación" que según él tenía incidencia irrisoria en esas bases (*Clarín*, 25 de marzo de 2000). El ISSB tenía entonces 473.000 beneficiarios. En abril de 1996 la Asociación Bancaria firmó un acuerdo de asistencia técnica con la firma estadounidense Coopers and Lybrand –por \$ 200.000– y con la Universidad George Washington (USA). Aspiraban lograr un acuerdo con el ministro de Trabajo y el de Economía para formar una obra social mixta que involucrara a los banqueros relacionados con la consultora (*Clarín*, 26 de abril de 1996). Un interventor, Víctor Alderete, siguiendo los parámetros del Decreto 587/95, sostuvo que el ISSB se había endeudado, no por la supresión del tercer aporte, sino por la sobredimensión de su personal. El Policlínico Bancario, con 300 camas, tenía más de 2000 empleados (7 por cama) (*Ambito Financiero*, 18 de abril de 1996). Admitían que el gasto en personal era del 9% y en administración 10% más (*Clarín*, 9 de octubre de 1995).

35 Los préstamos se otorgaban a 12 años con interés de 3,75% (originalmente 7,8%) anual y tres años de gracia. En 1967 se amplió a \$350 millones que el BIRF desembolsaría en tres etapas una de \$150 millones y dos de \$100 cada una.

Estaba destinado a OOSS de la ANSSAL de más de 10.000 beneficiarios que cumplieran una calificación. El BM promovía una cobertura universal mínima. De las 95 OOSS de esa población, 86 se inscribieron y a mediados de 1996, 10 habían recibido el préstamo (*Clarín*, 27 de junio de 1997). Se programaba:

- el saneamiento financiero y la cancelación de deudas;
- el fortalecimiento organizacional, la adecuación del personal, el desarrollo informático y de auditoría.

A mediados de 1997 el PEN³⁶ acordó con el BM un cronograma de reconversión de las OOSS llamado PROS (Programa de Reconversión de Obras Sociales) y de apertura a las prepagas que establecía:

- implementar la Superintendencia de Servicios de Salud;
- regular por ley a las prepagas médicas y autorizarlas para recibir transferencias de beneficiarios de OOSS de personal de dirección³⁷;
- promover la competencia entre las OOSS de personal de dirección;
- exigir a las prepagas un capital mínimo de \$250.000, reservas equivalentes a una facturación y a que no rechazaran beneficiarios con enfermedades preexistentes, asegurar contratos de duración mínima de 12 meses y con especificación de todo lo excluido;
- implementar la Dirección de Programas Especiales en el Ministerio de Salud que reemplazaría a la ANSSAL en el manejo de parte del Fondo de Redistribución para prestaciones complejas y costosas.

Definido en sucesivas normas y demorada su operatividad, por fin la desregulación de las OOSS se aplicó a partir de diciembre de 1996 (Resolución del Ministerio de Salud 633/96)³⁸.

4.- Presiones y resistencias

4.1.- El proceso de desregulación de las OOSS fue resistido

El proceso de reforma de la Seguridad Social no es más que el reflejo de una marcada estratificación económica que además revela una lógica interna fragmentada, con presencia de sectores corporativos que intentan la imposición de sus intereses, con ausencia de resortes parlamentarios con peso político para cambiar el rumbo de lo decidido a través de la negociación.

El Decreto marco de la desregulación de la economía (Decreto 2289/91) implicó ya para las obras sociales una pérdida del control sobre la recaudación de los aportes. Esto constituye un antecedente del futuro decreto de desregulación de las obras sociales que comienza a anunciarse a principios de 1993 pero que se efectivizó en 1997.

Ello se fundamenta no sólo en razones de calidad, eficiencia y fiscalización, sino también en cuestiones de equidad y justicia social. Sin embargo, un proyecto de tal naturaleza exige una

36 El Ministerio de Economía se inspiraba ahora en la "Propuesta de reforma del sistema de Seguridad Social" (agosto de 1995) del Consejo Empresario Argentino (CEA), fuerte grupo de poder que reunía alrededor de 50 empresas líderes y trabajaba con la Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas (FIEL). Tenía el apoyo de la Fundación Konrad Adenauer. La propuesta en cuanto a las obras sociales daba libertad de afiliación, ponía una cobertura mínima estándar (PCS) y reaseguraba para prestaciones de alta complejidad. Calculaba un valor capitarario de \$ 22,5 por mes y transformaba la contribución patronal en un impuesto para un Fondo de Seguro de Salud que cubriría a los que no alcanzaban aquel valor. En el PAMI proponía un mecanismo similar a las AFJP para que los activos aportaran a sus cuentas con miras a tener un seguro de salud por valor de \$ 22,5/mes cada dos personas. Proponía reducir el costo laboral de 50% a 36,4% (*Clarín*, 6 de diciembre de 1995).

37 Las OOSS de personal de dirección eran 24 con una población de 400.000 beneficiarios (*Clarín*, 27 de junio de 1997).

38 Las condiciones de transferencia eran, entre otras: cambio una sola vez al año con beneficios a los 90 días, las receptoras no podían establecer tiempos de carencia, regímenes de preexistencia ni exámenes para condicionar el cambio y debían cubrir a beneficiarios con padecimientos crónicos facturando el costo por 9 meses a la OOSS anterior.

aplicación gradual así como su debido análisis de factibilidad, extremos estos que resultan trascendentes a la hora de implementarlo.

El proceso de desregulación de las obras sociales, que medió entre los años 1997 y 2000, arrojó algunos efectos esperados así como ciertas consecuencias imprevistas.

Entre los primeros merece destacarse la concentración del mercado, a partir de la disminución de instituciones; prueba de lo cual lo constituye el hecho de que de las 360 obras sociales existentes a inicios de la década de 1990, quedaron cerca de 200 hacia fines del milenio.

Con relación a las consecuencias imprevistas se encuentra el denominado “descrime del mercado”: ciertas obras sociales, con un elevado universo de beneficiarios y solvencia económica financiera, captaron los usuarios de mayor aporte contributivo lo que redundó en el aumento del riesgo del sistema de OOSS.

En virtud de estos hechos las OOSS sindicales se opusieron a la reforma, impidiendo el proceso de libre elección de los afiliados. Entre el mes de abril de 1997 y octubre de 2000, sólo el 3 % de la población del sistema (estimada en 19 millones) hizo uso de la opción de cambio vigente. La resistencia se incrementó e incluso se agudizó con el empobrecimiento de la economía de fines de la década de 1990, a la que se adicionó la campaña electoral presidencial.

El camino transitado se detuvo. El poder sindical demostró una vez más su fuerza y, junto a otros intereses sectoriales, reanudaron las críticas al proceso desregulatorio y al carácter no solidario del sistema denunciando los riesgos de privatización del sector salud. Así, y en miras de garantizarse el apoyo sindical en el proceso electoral, el Gobierno suspendió el proceso de libre elección de las obras sociales, difiriendo su discusión a resultados de la elección presidencial.

4.2.- El nuevo Gobierno recibió presiones para retomar las reformas pendientes

Al asumir el nuevo Presidente, Dr. Fernando De la Rúa, las presiones para avanzar en reformas estructurales condujeron a las autoridades a implementar por vía de decretos reglamentarios las modificaciones al sistema nacional de obras sociales; al igual que el Gobierno precedente.

El Decreto 455/00 aprobó el Marco Estratégico Político para la Salud que debía seguir el Ministerio de Salud. El propósito consistió en la materialización del derecho a la salud satisfaciendo las necesidades de la comunidad; las estrategias se orientaron a cambiar el modelo de atención afianzando la Atención Primaria y las políticas tenderían a garantizar la cobertura sanitaria a toda la población.

Por otra parte, se dictó el Decreto 446/00 que permitió el ingreso de empresas de medicina prepagas en la libre elección de la cobertura por parte de los beneficiarios. Al mismo tiempo, se fortaleció el Fondo Solidario de Redistribución aumentando los aportes al mismo en relación con el nivel salarial y se aseguró una cápita por beneficiario y no por afiliado³⁹.

A poco tiempo de hacerse efectiva la libre competencia y ante un importante número de recursos legales presentados por obras sociales y empresas de medicina prepagas, el PEN emitió un nuevo Decreto (1305/00) que aportó mayor precisión a los anteriores.

4.3.- El año 2000 se inicia con una crisis económica y social

El Gobierno de la Alianza ganadora de la elección presidencial, asumió las administraciones de un país sumido en una grave crisis económica y social.

La desvalorización de la moneda de Brasil; eventos externos desfavorables, como la apreciación del dólar; el deterioro de los términos de intercambio y una mayor dificultad de acceso a los mercados de capitales por los países en vías de desarrollo, son algunas de las causas que propiciaron la pérdida de perspectivas de recuperación de una economía con altas tasas de desempleo y un riesgoso programa de ajuste fiscal, apoyado por el Fondo Monetario Internacional (FMI) y los Organismos multilaterales de crédito (Banco Mundial).

³⁹ El Decreto 1140/00, coincidió con una visita de un equipo de técnicos del Fondo Monetario Internacional (FMI) y se limitó a aclarar cuestiones del decreto anterior, respetando la fecha de implementación predeterminada.

En otro sentido, el Gobierno no pudo mantener la coalición política entre radicales y frepasistas, al tiempo que se acentuaba el enfrentamiento del PEN y el Congreso.

La renuncia del Vicepresidente Dr. Carlos Álvarez, como consecuencia de los escándalos asociados a la compra de votos en el Senado para la aprobación de la reforma laboral, aumentó la desconfianza interna e incrementó el riesgo país en los mercados internacionales.

Para revertir esta situación, la estrategia económica del Gobierno fue el “blindaje económico” –un enorme paquete de créditos– que permitiría garantizar el cierre del déficit público y pagar las deudas internas y externas. El mes de enero de 2001 mostró algunas señales positivas, lo que se vio favorecido por la baja de las tasas de interés internacionales y por la recuperación de la economía brasileña, con perspectivas de aumento de las inversiones externas. No obstante, las condiciones políticas no permitieron que el “blindaje” cambiara las expectativas de riesgo elevado del país.

En el mismo sentido, resultaba inviable definir una estrategia institucional sin concretar las reformas pendientes, como la reducción del déficit público y el aumento de la competitividad, la reforma laboral y de la previsión social así como la reestructura y la reforma de los sectores sociales incluyendo el sector salud.

5.- Plan Federal de Salud

5.1.- El 2001 resultó infructuoso para avanzar en la desregulación de obras sociales

Un escenario de fuerte inestabilidad económica, convulsión social y disputas políticas resultó inadecuado para que durante el año 2001 se avanzara en la desregulación de las obras sociales. El blindaje económico, acordado con los acreedores externos, previó el progreso de ciertas reformas estructurales, entre ellas la “Reforma Integral del Sistema del Seguro de Salud” y así se retomó la senda interrumpida hacia fines del año 1999.

El proyecto de ley 1503/00, de diciembre de 2000, entró en vigencia el 1 de enero de 2001 con los siguientes dispositivos:

- El proyecto incorpora al Sistema del Seguro de Salud, no solamente las obras sociales nacionales, sino también las provinciales y las empresas de asistencia médica prepaga. Por otra parte, desaparece la diferencia entre las obras sociales de dirección y las sindicales, ya que las primeras deberán aceptar afiliados con menores contribuciones.
- Los afiliados podrán optar por su obra social y cambiarla una vez a por año.
- Los ciudadanos argentinos tendrán un único número de registro en el sistema de salud (estatal o privado) para facilitar el proceso de recupero de costos así como el traslado de un sistema a otro.
- Los desempleados recibirán durante tres meses posteriores al cese de su actividad, las prestaciones contempladas en el Programa Médico Obligatorio (PMO) por su entidad adherida.
- El Ministerio de Salud será la instancia de regulación y fiscalización del sistema, y supervisará la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) y el PAMI. Por otra parte, deberá garantizar el cumplimiento de las prestaciones básicas existentes en el Programa Médico Obligatorio (PMO) y las prestaciones médicas de alta complejidad, alto costo y baja frecuencia de utilización. La Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), sucesor de la ANSSAL, órgano directo de regulación del sistema, se financiará con un aporte máximo equivalente al 3 % de los recursos del Fondo de Redistribución.
- Queda establecido un sistema solidario de financiamiento de seguro social, a través del cual todos pueden tener idéntica cobertura médica sin carencias ni exclusiones.
- Se mantiene el mecanismo de recuperación de costos de los Hospitales Públicos de Autogestión por asistencia a beneficiarios de OOS.
- Los productores deberán utilizar el nombre genérico de los medicamentos dispensados en las farmacias, así como los médicos deberán hacer sus prescripciones con el nombre

de estos genéricos. Las Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) deberá fiscalizar esas disposiciones. El Gobierno confeccionará un compendio de genéricos, que constituirá el vademécum social.

El proyecto representaba un avance al aumentar la escala de competitividad del sistema, posibilitando que las empresas de medicina prepagas recibieran directamente los recursos de las primas aportadas por los trabajadores que las eligieron, sobre el mismo marco regulatorio de las obras sociales. Por otra parte, cualquier entidad que participe del sistema deberá contar con un patrimonio determinado al efecto que contenga reservas líquidas según su incumbencia geográfica; además de asegurar el otorgamiento de un Plan Médico que contenga como piso, las prestaciones incluidas en el PMO. Los planes médicos adicionales ofrecidos deberán ser aprobados por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

Las críticas al proyecto de desregulación de las obras sociales surgieron de los distintos subsectores involucrados. Así, las OOSS de dirección no aceptaron la obligatoriedad de recibir clientes de menor poder adquisitivo y administrar planes menos costosos como el Programa Médico Obligatorio (PMO). Las empresas nacionales de medicina prepaga adujeron que fue diseñado para favorecer la internacionalización de los seguros de salud. Las empresas de origen extranjero no quisieron participar del modelo en tanto no se definieran sus reglas de gestión.

El subsector de empresas de medicina prepagas argumentó un trato inequitativo con las obras sociales, ya que éstas no pagan impuestos y ellas sí.

Hacia fines de marzo de 2001 y con Domingo Cavallo nuevamente al frente del Ministerio de Economía, mediante el Decreto 377/01 se dejó sin efecto la desregulación de obras sociales.

No obstante, en el transcurso de 5 años desde la apertura para pasarse de OOSS, desde 1998 hasta abril de 2003, se transfirieron 730.000 beneficiarios preferentemente a OOSS de personal de dirección [Cuadro 5.1].

Trasposos. OOSS que más ganaron. 1998-2003

Obra Social	Personas
Personal del ACA	92.164
Seguros y reaseguros	65.566
Unión personal civil	56.885
Organismos control externo	45.451
Turf	28.056
Personal jerárquico	26.326
Comisarios navales	25.825
Aeronavegación entes privados	16.206
Supervisores ind. metalmecánica	15.024
Árbitros deportivos	14.570
Petroleros	12.719
Cevecera	9.242
Otros	324.538
Total	732.572
(Clarín, 21 de abril de 2003)	

Cuadro 5.1

5.2.- Los resultados de las reestructuraciones no fueron todos los esperados

Jorge Luis Rossotti

Nos permitiremos ensayar algunas consideraciones de este intrincado y apasionante período (década de 1990) de reformas y contrarreformas; marchas y contramarchas, pujas distributivas; y esencialmente poder, lamentablemente con ausencia de solidez teórica, que a modo de común denominador de nuestra propia historia han demorado la resolución de problemáticas inherentes al interés público.

La lenta y acotada ejecución del proceso de desregulación de obras sociales se debió, entre otras causales, a la inexistencia de un plexo normativo global, a la oposición del sindicalismo, y a la falta de organización de las instituciones para enfrentar la apertura del sistema. Por tales circunstancias el Gobierno tomó la decisión de que la competencia se aplicase inicialmente sólo entre obras sociales sindicales; en tanto en una etapa posterior se contemplaría el ingreso al sistema de las empresas de medicina prepaga.

La nueva medida no obtuvo el efecto aguardado, y así lo demuestran las encuestas realizadas durante el período 1996/1998 que señalaron que la mayoría de los afiliados apoyaba la libertad de elección, no obstante lo cual el grado de predisposición al cambio fue muy bajo. En los primeros años de vigencia (1997-1999), la apertura limitada de la libre elección entre obras sociales sindicales no provocó una migración significativa, ya que sólo el 7% del total de afiliados titulares optó por otra entidad. Si se contempla el período 1998/2004 alrededor de 1.360.000 afiliados titulares –que representan el 19% del total de padrón– han ejercido su derecho de cambio de obra social; ello en base a información obtenida de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) en 2005. El grupo predominante de afiliados que optaron es aquel que percibe una remuneración superior al promedio del sistema y son jóvenes; aspecto que deriva en una selección adversa y un eventual desfinanciamiento del sistema.

El Programa Médico Obligatorio (PMO), consistió en un paquete básico de prestaciones asistenciales que comenzó a aplicarse en 1995 para las obras sociales y en 1996 para las empresas de medicina prepagas, no sin generar resistencia por parte de estas últimas. La conformación de la Administración de Programas Especiales (APE) con dependencia de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) se responsabilizó de administrar subsidios para las obras sociales correspondientes a los programas de alta complejidad creados en el marco del Programa Médico Obligatorio (PMO), pero la aplicación extendida del menú generó un considerable aumento en los gastos de las entidades. La profundización de la crisis en el año 2000 y el fin de la convertibilidad ajustaron aún más los beneficios de este programa. La creación del Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) disminuyó la cobertura en medicamentos y prácticas especializadas; además de modificarse el financiamiento de las obras sociales incrementando la contribución patronal del 5% al 6%.

Por otra parte, se transparentaron algunos mecanismos del Fondo Solidario de Redistribución (FSR). Se implementó un mecanismo de redistribución automática que aseguraba un mínimo pago mensual (\$40 por cada titular con sus familiares) eliminando el otorgamiento de subsidios encubiertos del FSR para determinadas obras sociales sindicales, y enfocando su uso al mejoramiento de la equidad y a restringir la selección adversa. El Fondo compensaba automáticamente la diferencia en caso que el monto de la contribución de sus afiliados no llegara al mínimo estipulado.

Luego, se parametrizó al tamaño de la familia como criterio para mejorar la equidad, pero este criterio se suspendió en 1999 por la presión sindical; no obstante el mecanismo hizo más transparente las transferencias y contribuyó a que las obras sociales tuvieran mayor previsibilidad financiera.

El **Fondo de Reconversión de Obra Social (FROS)** financiado por intermedio del Banco Mundial, tenía como objetivo mejorar la viabilidad técnica y financiera de las obras sociales. Así, fueron 90 las entidades que se presentaron, de las cuales 55 precalificaron pero sólo 30 alcanzaron definitivamente los criterios para obtener el crédito. El total de beneficiarios de estas 30 entidades (en su mayoría de más de 50.000 afiliados) cubrían a casi 5.000.000 de usuarios y representaron a la mitad de los beneficiarios del total del sistema.

La comparación de ciertos indicadores entre obras sociales reconvertidas y no reconvertidas muestra que las entidades adheridas al Programa, lograron reducir el porcentaje de gastos administrativos y aumentar los gastos para prestaciones médicas. Las entidades reconvertidas ofrecían en el año 2000 una mayor cantidad de planes superadores del Programa Médico Obligatorio (PMO) en relación a las entidades no adheridas. Para los representantes del Banco Mundial y del Ministerio de Salud, la evaluación del Programa resultó altamente satisfactoria, dado que el préstamo fue ejecutado totalmente y se han alcanzado los objetivos planteados.

En lo referente al modelo de cuidado de la salud, se intentó aumentar la cobertura médica para cumplir con el PMO; se propició fortalecer la red de Atención Primaria de la Salud creando centros con la orientación de médicos de familia. Dichas modificaciones mejoraron los sistemas médicos de auditoría y la capacidad organizativa y administrativa de las entidades, incidiendo en un mejor

sistema de información para los beneficiarios, pero el rol del médico de familia funcionó más como un filtro para no acceder libremente a consultas y a la realización de prácticas con especialistas.

La creación de mecanismos regulatorios para mejorar la eficiencia interna de las entidades se vio entorpecida por la excesiva burocracia, la ausencia de voluntad política, la falta de una visión planificadora global y el predominio de prácticas que intentan sólo convalidar acuerdos entre los principales protagonistas.

5.3.- Bases del Plan Federal de Salud

Jorge Luis Rossotti

El gobierno del Dr. Néstor Kirchner, bajo el Ministerio de Salud y Ambiente del Dr. Ginés González García presentó al Consejo Federal de Salud (COFESA) las Bases del Plan Federal de Salud, cuyo prólogo reza que la ideología antiestado y el individualismo no solidario afectaron la economía y consecuentemente la salud de las naciones.

El documento señala que es el producto de la crisis que el país y el sector atravesaron en las últimas décadas; agregando que resulta también el corolario del esfuerzo que los responsables de la salud en las provincias y en la Nación, realizaron para evitar mayores dificultades. En tal sentido, el Ministerio de Salud de la Nación comenzó una ronda de acuerdos sectoriales y transversales en el marco del Diálogo Argentino- Sector Salud.

Al mismo tiempo, los ministros y secretarios de salud otorgaron un nuevo impulso al Consejo Federal de Salud (COFESA), permitiendo adoptar medidas por consenso pleno frente a la emergencia. Fruto de la labor fue el Acuerdo Sanitario de San Nicolás de los Arroyos, en marzo de 2003, que constituyó uno de los antecedentes del documento en análisis.

La relación Nación-provincias, materializada en el COFESA y, simultáneamente, la vinculación de provincias-municipios, constituyen el eje articulador por donde transitarán las reformas: fiel reflejo de la consagración constitucional de la autonomía provincial y municipal, que promueve el protagonismo conjunto de todos los niveles de gobierno.

La transferencia de hospitales de la Nación a las provincias había sido un proceso signado por marchas y contramarchas que modificaron las bases equitativas del subsector estatal, con predominio de objetivos financieros.

5.4.- El documento del COFESA

La ausencia de un diseño institucional que acompañara al proceso de descentralización, agudizó las disparidades preexistentes y originó una gran heterogeneidad de respuesta a nivel provincial.

El proceso de descentralización fiscal tuvo una multiplicidad de respuestas locales, tanto en la forma como en sus resultados en términos de equidad y eficiencia. La ausencia de coordinación desde el nivel central permitió esa gran heterogeneidad de conductas a nivel provincial y municipal que responde a la taxonomía de cada sistema como a la política sectorial adoptada en cada lugar.

El gobierno nacional y los gobiernos provinciales propician ahora acordar un eje articulador de reformas, tendiente a mejorar la situación de los ciudadanos sin cobertura, hacer más eficiente la prestación de salud y mejorar la equidad del sistema. Ello debe buscarse a partir del reconocimiento de sistemas diferentes y de brindar soluciones en una estructura federal que aproveche las fortalezas de cada jurisdicción, comprendiendo las dificultades de cada provincia, sus capacidades y sus preferencias. Sólo será a partir del reconocimiento explícito de las diferencias que se podrá desarrollar un debate tendiente a la adopción de las mejores soluciones para atender los problemas de cada región.

5.5.- El Consejo Federal de Salud

Las jurisdicciones nacional y provinciales –a través del Consejo Federal de Salud– tendrán la difícil misión de construir los mecanismos para trabajar en el mejoramiento de la cobertura y equidad del sistema, implementando al efecto programas de promoción, protección y servicios de cuidados y tratamientos médicos.

En particular las Bases del Plan Federal establecen un compromiso de cobertura y acceso según los siguientes aspectos:

1. Determinará un nivel básico de prestaciones (NBP) que todas las jurisdicciones deberán proveer a sus beneficiarios para garantizar la equidad en salud a modo de prestaciones obligatorias que deberán evaluarse periódicamente con fundamentos epidemiológicos;
2. Deberá garantizar su sustentabilidad actuarial;
3. Establecerá prioridades de inclusión a través de criterios de Medicina Basada en la Evidencia y costo-efectividad;
4. Contemplará las transferencias de recursos desde Nación hacia las provincias;
5. Redefinirá prioridades en la asignación de los recursos provinciales. Las prestaciones no involucradas dentro del listado de garantías explícitas en salud no tendrán prioridad en la financiación.
6. Su prestación será objeto de monitoreo y evaluación por el gobierno nacional.

Finalmente, las Bases precisan que habida cuenta del carácter federal de la organización política de Argentina y las alternativas de los procesos de descentralización y devolución del gasto social, en especial el relativo a la Salud Pública, la única manera de avanzar con las reformas es la implementación de una secuencia de acuerdos con la Nación y las provincias, esperando avances similares entre los gobiernos provinciales y municipales. Sólo de esta manera se podrá recuperar la definición de prioridades federales y la propuesta en marcha de instancias coordinadoras sin afectar la autonomía provincial establecida por nuestra Constitución Nacional.

Como conclusión se esbozarán algunas reflexiones que, a modo de disparadores, servirán para el análisis de las medidas, alcances y formas de llevar adelante las modificaciones estructurales necesarias para optimizar nuestro sistema de salud:

- Las reformas deberán centrarse a partir de elementos angulares como la innovación en base a la idoneidad técnica de los profesionales de la salud en un contexto interdisciplinario e intersectorial, que reconozca como elemento de cohesión el compromiso solidario evitando la exclusión social, asegurando la calidad de atención de la salud con eficiencia técnica y económica.
- Las nuevas propuestas deberán encuadrarse en un enfoque sistémico con respaldo político, incluyendo a los beneficiarios, las instituciones financiadoras y los servicios.
- Los modelos propiciados por las reformas recientes han dado pruebas de su imposibilidad de resolver las metas de equidad, calidad y eficiencia.
- El escenario de la crisis atravesada por nuestro país evidenció una dicotomía antagónica entre Estado y mercado.
- Las obras sociales nacionales, más allá de la asistencia técnica y financiera internacional, no progresaron en el funcionamiento del sistema en términos de resultados integrales, que consideraran no sólo lo asistencial sino también los estados financieros y la satisfacción de los usuarios.
- Durante la década pasada el debate de políticas de salud estuvo relacionado con la discusión sobre la introducción de competencia, como ingrediente de la construcción de nuevos modelos contractuales de organización de los servicios sanitarios.

Citas bibliográficas

- Di Tella, T. S., *Historia Social de la Argentina Contemporánea*. Buenos Aires, Troquel, 1998.
- James, D., *Nueva Historia Argentina. Violencia, proscripción y autoritarismo (1955-1976)*. Buenos Aires, Sudamericana, tomo 9, 2003.
- Diario de sesiones de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación. 17º reunión (6 y 7 de agosto de 1974).
- Romero, L. A., *Breve Historia Contemporánea de la Argentina*. Buenos Aires, FCE, 1998.
- Veronelli, J. C. y Veronelli Correch, M., *Los orígenes institucionales de la salud pública en la Argentina*. Organización Panamericana de la Salud, Buenos Aires, 2004.
- Veronelli, J. C., *Medicina, Gobierno y Sociedad*. Buenos Aires, El Coloquio, 1975:75
- *Ámbito Financiero*, 4 de octubre de 1995:18.
- *Ámbito Financiero*, 18 de abril de 1996:3.
- *Ámbito Financiero*, 25 de septiembre de 1995:10.
- Arce, Hugo E., *El territorio de las decisiones sanitarias*. Buenos Aires, Héctor a. Marcchi, 1993:10.
- *Clarín*, 3 de febrero de 1995:32.
- *Clarín*, 5 de abril de 1995: editorial.
- *Clarín*, 6 de diciembre de 1995:7.
- *Clarín*, 9 de octubre 1995:24.
- *Clarín*, 10 de febrero 1995:34-35.
- *Clarín*, 12 de junio de 1996:18.
- *Clarín*, 13 de diciembre de 1995
- *Clarín*, 19 de septiembre de 1995:27.
- *Clarín*, 21 de abril de 2003:13.
- *Clarín*, 24 de mayo de 1995:22.
- *Clarín*, 25 de marzo de 2000:6.
- *Clarín*, 26 de abril de 1996:11.
- *Clarín*, 27 de abril de 1997:22.
- *Clarín*, 29 de mayo de 1995:4-5.
- *El Cronista*, 21 de septiembre de 1995.
- *El Día*, (La Plata) 12 de diciembre de 1982.
- Ferrer, Aldo, *El capitalismo argentino*. Buenos Aires, FCE, 1998:83.
- Ferroti, J. M., *Hoy se financia más a los sindicatos en lugar de los hospitales*. En *Ámbito Financiero* 30 de mayo de 1995.
- *Hoy*, 21/09/95.
- *La Nación*, 06/08/91:edit.
- *La Nación*, 16 de noviembre de 1989:16.
- *La Nación*, 17 de febrero de 1989:16.
- *La Nación*, 27 abril de 1989: editorial.
- *La Nación*, 31 de enero de 1987: editorial.
- *La Nación*, 16 de marzo de 1988: editorial.
- Mera, J. A. Políticas y Sistemas de Salud en Argentina. En Mera, Jorge A. (ed.). *Los servicios de salud en Argentina*. Fundación Universitaria Hernandarias, Buenos Aires, 1994.
- Ulloa, R., *Las OOS y el Plan de Salud*. Buenos Aires, MBS Secretaría de Salud Pública. Políticas de Salud. Ciclo de Conferencias 1976-1977, Mimeografiado.