

Políticas de Salud Pública en Argentina: Comparación de dos modelos

Florencia CENDALI¹

Luciana POZO²

“No puede haber medicina sin medicina social y
no puede haber medicina social
sin una política social del Estado”
Ramón Carrillo, Teoría del Hospital.

I. Introducción

Las últimas décadas del siglo XX se caracterizan por el desarrollo a nivel mundial del proceso de globalización y neoliberalismo. En un primer momento, es la respuesta política hacia la crisis de gobernabilidad que se hacía manifiesta en la década del '70 debido a la crisis de los Estados de Bienestar (EB). En este proceso, el mercado desplaza al Estado providencia como principio ordenador de la sociedad. Esta transformación, impacta fuertemente en el endeble sistema político de los países en desarrollo, amenazando con que la democracia se vuelva más formal que real.

“La única tarea económica que se le permite al Estado y se espera que éste cumpla es mantener un ‘presupuesto equilibrado’ al reprimir y controlar las presiones locales a favor de una intervención más vigorosa en la administración de los negocios y en la defensa de la población ante las consecuencias más siniestras de la anarquía del mercado” (Bauman, 1999:90)

Si bien el desmantelamiento del EB se lleva a cabo en gran parte del mundo occidental, es necesario destacar que este proceso no se desarrolla con la misma intensidad ni con las mismas consecuencias sociales en países del tercer mundo y en países desarrollados.

En este contexto, hacia fines de los '80 y la década del '90 en América Latina se implementan procesos de reforma del Estado impulsados por los organismos internacionales de crédito³.

¹ Lic. en Sociología – UBA. Becaria de Investigación – UNLU. Correo: fcendali@uolsinetis.com.ar

² Lic. en Sociología – UBA. Correo: lul.pozo@gmail.com

En el marco de las transformaciones del Estado, se producen reformas sectoriales; el objetivo del presente trabajo es explorar y profundizar algunas de las problemáticas de las políticas sociales del sector salud, haciendo hincapié en las sucedidas en el subsector público.

“Los modelos de salud presentan diferentes formas, una de las maneras de clasificarlos es mediante su financiamiento, su forma de prestación y las formas de pago a los prestadores. En la mayoría de los países hay una mezcla de financiamiento pago de prestación y tipo prestación” (López, 2006:3).

En Argentina, el sistema de salud es tripartito, es decir, está formado por tres subsistemas:

El **subsector público** se basa en el concepto de salud como derecho de ciudadanía o de residencia, se encuentra abierto a toda la población, depende de la administración pública - nacional o local-, se financia a través del sistema impositivo y provee servicios a través de la red de efectores de salud (hospitales, CAPS y médicos asalariados).

El **subsector de obras sociales** (OOSS) presta servicios para los trabajadores formales, y en Argentina se configura por la vía sindical, según la rama de actividad; su expansión se debió a la promoción estatal y a la demanda sindical. La cobertura está determinada por pertenencia laboral, nivel de ingreso y residencia, y la provisión de servicios es pública y/o privada, dependiendo de la OOSS.

El **subsector privado** está conformado por un conjunto empresas que prestan servicios de salud a través de médicos que atienden pacientes de manera privada-particular, centros de diagnóstico, clínicas, sanatorios, etc. La cobertura es restringida y el financiamiento se ejecuta por los prepagos privados.

En este trabajo, particularmente nos interesa indagar la creación, establecimiento y aplicación de las Políticas de Salud del Ministerio de la Nación existentes en la actualidad, considerándolas parte del proyecto de país neoliberal que ha reformado, modernizado, privatizado y descentralizado al Estado, transformando y fragmentando, la vida social argentina.

En esta línea, nuestro propósito consta en analizar comparativamente los dos modelos centrales, antagónicos, de salud en Argentina: el modelo de políticas universales nacionales que conformaron la salud pública en nuestro país, desarrollado por el Dr. Carrillo durante el

3 El Fondo Monetario Internacional (FMI) "recomienda" políticas de estabilización, que apuntan a terminar con la inflación y mejorar la balanza de pagos (disminución de importaciones). Simultáneamente, el Banco Mundial (BM) promueve políticas de ajuste que suponen modificaciones en la estructura económica con el objeto de equilibrar las cuentas externas y utilizar dichos recursos en necesidades internas; según este discurso, este ahorro permitiría retornar al crecimiento económico.

primer gobierno peronista de 1945-1955, y el modelo de políticas focalizadas (directas e indirectas) aplicadas en la actualidad.

Nuestra intención no es analizar melancólicamente el proyecto de país “nacional y popular” y las medidas implementadas por el Dr. Carrillo sino pensar soluciones superadoras para las posibles políticas futuras en la cuestión social de la salud, y analizar cómo políticas concretas parten y apuntan a un proyecto de país determinado.

El trabajo se encuentra organizado de la siguiente manera:

- Conformación del sistema de salud: El Plan CARRILLO.
- Formación y desarrollo del Modelo descentralizado de salud.
- Principales líneas de la reforma de salud y el Marco normativo.
- Caracterización de las Políticas de salud de la Argentina actual.
- Trabajo comparativo de los dos modelos de salud y Propuestas.

II. Conformación del Sistema de Salud: El Plan CARRILLO

A comienzos del Siglo XX, la población sufre graves problemas de salud: la tuberculosis, el paludismo, la fiebre amarilla, el mal de chagas, la mortalidad infantil, la mortalidad general, la anemia, la desnutrición y los faltantes de alimentación llegan a cifras alarmantes y se convierten en una verdadera aberración social.

Hasta 1945, coexisten distintos tipos de servicios y prestadores, que actúan de forma superpuesta y poco organizada (mutuales, beneficencia, privados); el Estado no organiza al sistema, sino que se encarga de velar por la higiene pública, la sanidad de frontera y del medio para el control de epidemias. Si bien, en esta etapa, la salud es considerada como responsabilidad individual o de la caridad, es imprescindible reconocer que no se partió de cero, ya que “(...) los socialistas, a los que se sumaron los comunistas y otros movimientos de izquierda, demandaron durante décadas una salud pública que se dedicara a mejorar los niveles de mortalidad y enfermedad del país, a través de acciones donde el deseo de beneficio económico para los individuos y las organizaciones no fuera un factor determinante” (Escudero, 2006:1)

En la década del '40, con el acceso del peronismo al gobierno, finaliza la etapa embrionaria de gestación del sistema de políticas sociales, y el Estado asume una unificada dimensión social. El Estado de Bienestar resultante es un híbrido institucional (Lo Vuolo, 1998), ya que si bien el modelo corporativo meritocrático es dominante, se incorporan

elementos universalistas (fundamentalmente en salud y educación): el discurso es universalista y solidario, pero la realidad es fragmentada y particularista.

A principios de 1945 se empieza a vivir un incipiente progreso que no alcanza para paliar el hambre, la desnutrición y el atraso social en que viven millones de argentinos. La situación nacional puede ser descrita por la mala redistribución presupuestaria que se visualizaba en el sector salud en el déficit de camas y de hospitales, defectuosa distribución, falta de personal técnico, bajas remuneraciones, desabastecimiento en rubros fundamentales, ausencia de sistemas administrativos, inexistencia de seguros sociales y de regímenes previsionales.

Durante el período de 1945 y 1955, el modelo es de “Planificación estatal centralizada” (Katz, Arce y Muñoz, 1993): se impone la idea del Estado como “planificador hegemónico” de todos los servicios de salud y prestador. Los establecimientos públicos que anteriormente estaban bajo responsabilidad de las sociedades benéficas se nacionalizan.

En esta época la política de salud experimenta una gran transformación. Con la creación de la Secretaría de salud y del código sanitario nacional (1947) se establecen las bases del sistema público de prestaciones de salud. Se lleva a cabo un plan de inversiones para la creación de hospitales y centros de salud (ambulatorios).

Al mismo tiempo que se configura la red pública de atención sanitaria, mediante un impuesto sobre el salario se financia la instauración de las obras sociales sindicales (OOSS).

Si bien se mantiene el carácter plural del sistema (se expande el rol financiador de los servicios del sistema de obras sociales (OOSS) - hacia sanatorios privados, o establecimientos propios; se implementan programas verticales), lo novedoso es la preeminencia del Estado. El problema sanitario se incorpora al ámbito de la política pública en “un proceso caracterizado por la presencia de tensiones entre particularismo y universalismo” (Lo Vuolo y Barbeito, 1998:118).

Fue la primera vez que se programa, tomando en cuenta la articulación entre salud y la estructura sociopolítica, y se trabaja desde la “Medicina Moderna”.

“La medicina moderna tiende cada vez más a ocuparse de la salud y de los sanos (...) no hacia los factores directos e la enfermedad, los gérmenes microbianos, sino hacia los factores indirectos de la miseria y la ignorancia, en el entendimiento de que los componentes sociales: la mala vivienda, la mala alimentación y los salarios bajos, tienen tanta o más trascendencia en el Estado sanitario de un pueblo, que la constelación más virulenta de agentes biológicos” (Carrillo, 1951:27) Los microbios ya no serán más la única causa de la enfermedad, sino que deberán pensarse en relación a la pauperización social y el rol del

Estado. “La salud es una condición ineludible del bienestar. No es pues, un fin, sino un medio y, en el mejor sentido, un medio social” (Carrillo, 1951:58).

Esto no responde sólo a la coyuntura local, sino que hay un contexto internacional de mayor participación del Estado en la planificación de los servicios sanitarios: en el mundo se empieza a hablar de derecho a la salud y universalización de la cobertura. En esta etapa se crea la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴. En mayo de 1948 la OEA proclama la Declaración Americana De Los Derechos y Deberes del Hombre, y en diciembre del mismo año las Naciones Unidas sancionan la Declaración Universal de Derechos Humanos. Ambos tratados internacionales incluyen en su texto artículos que establecen el derecho a la salud y a la atención médica.

El plan Carrillo: configuración del sanitarismo argentino

Como ya hemos señalado, en el plano de la salud, el Estado peronista interviene desde la acción pública y sanitaria, junto con una política de seguridad social, salario y vivienda. Se debe generar un progreso de la ciencia médica, descartando la medicina individualista en beneficio de la medicina social, iniciándose una etapa de revolución tecnológica en los hospitales.

Hasta ese momento el Estado no intervenía en problemas de previsión social, ni de leyes laborales ni se ocupaba de asegurar prestaciones médicas; sólo se encargaba del mantenimiento de hospitales, tanto la organización y la administración hospitalaria no existían como disciplinas. Debía generarse una revolución sanitaria con urgencia.

De allí los tres principios que postulara por Perón, apenas fue el nombramiento del Dr. Carrillo (Alzugaray, 2008):

- Todos los hombres tienen igual derecho a la vida y a la sanidad;
- No puede haber política sanitaria sin política social⁵;
- De nada sirven las conquistas de la técnica médica, si esta no puede llegar al pueblo por medio de dispositivos adecuados.

4 “En junio de 1948, delegados procedentes de 53 de los 55 Estados Miembros originales de la OMS celebraron la primera Asamblea Mundial de la Salud. Decidieron que las principales prioridades de la OMS serían el paludismo, la salud materno-infantil, la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual, la nutrición y el saneamiento ambiental, en muchas de las cuales seguimos trabajando hoy en día. Desde entonces, la labor de la OMS se ha ampliado para abarcar también problemas sanitarios que ni siquiera se conocían en 1948, incluidas enfermedades relativamente nuevas como el VIH/SIDA” (OMS, 2006; 4)

5 Cabe mencionar que en la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), el bienestar y la salud aparecen asociados a la vivienda, la alimentación, la atención médica.

La revolución sanitaria es parte central del proceso de la nacionalización del país, sostenida en el esfuerzo de formación de los recursos humanos; lo que se vivía desde la Secretaría de Salud Pública era un compromiso de formación con la salud pública como compromiso esencial de vida. Para ello, desde la secretaría, se imponen los siguientes objetivos para la Integración Nacional (Alzugaray, 2008):

- 1) Preservación, conservación y restitución de la salud de la población
- 2) Problemas de la higiene.
- 3) Profilaxis y tratamiento de las enfermedades
- 4) Defensa sanitaria de las fronteras y puertos terrestres, marítimos, fluviales, lacustres y aéreos, y la cooperación sanitaria internacional.
- 5) Medicina Preventiva**
- 6) Fiscalización sanitaria y bromatológica de los alimentos
- 7) Protección médica integral de la madre y el hijo**
- 8) Higiene y medicina infantil**
- 9) Higiene y medicina del trabajo**
- 10) Prestación médica de los seguros de accidentes, maternidad, enfermedad y vejez que correspondan a su jurisdicción
- 11) Readaptación y reeducación de enfermos e inválidos
- 12) Higiene de la vivienda urbana
- 13) Higiene y medicina del deporte
- 14) Aspectos higiénico-sanitarios del suministro de agua potable y distribución de las redes cloacales**
- 15) Reglamentación y fiscalización del ejercicio de las actividades vinculadas a la salud pública y de las profesiones médicas, sus ramas auxiliares y farmacias.
- 16) Fiscalización de lo atinente a productos medicinales, biológicos, alcaloides, estupefacientes, dietéticos, insecticidas y de tocador; drogas, aguas minerales, yerbas medicinales, y material e instrumental de aplicación médica.
- 17) Creación y dirección de los establecimientos para fines de salud pública y fiscalización de los privados.
- 18) Intervención y fiscalización en la distribución de subsidios a las entidades públicas o privadas que desarrollen actividades de higiene, medicina preventiva o asistencial.
- 19) Inspección y fiscalización técnica del funcionamiento de los institutos, sanitarios y demás entidades de carácter sanitario.
- 20) Demología Sanitaria de la Nación

21) Educación higiénico-sanitaria de la población

22) Fiscalización de la aplicación de los conocimientos de las ciencias médicas.

Los Objetivos del Plan de Salud son **integrales**, es decir comprenden **la medicina preventiva, sanitaria y social**, contraposición a los programas parciales que se produjeron - antes y después de la política del Dr. Carrillo-, que se limitan solamente a una tarea asistencial.

Este plan de salud se basa en la **medicina social**, compuesta por la relación tetranómica del enfermo-médico-estado-comunidad, diferenciándose del binomio de la relación enfermo-médico de la **medicina asistencial** y del trinomio de la relación entre enfermo-médico-estado de la **medicina sanitaria**. Solamente desde la medicina social se puede pelear en defensa de los intereses económicos, sociales y de la dignidad de sus pueblos.

Algunos de los puntos centrales que se trabajaron fueron (Alzugaray, 2008):

- a) La asistencia medico-social nacional.
- b) **La centralización normativa y descentralización ejecutiva en la regionalización sanitaria del país:** se busca acordar con las provincias y municipalidades un solo y uniforme tipo de organización hospitalaria y un mínimo de la cantidad y calidad de las prestaciones.
- c) La lucha burocracia y tecnocracia: administradores e inspectores sanitarios. Relación que presenta grandes tensiones y debates con la Fundación Eva Perón. Contradicción con el aumento de la burocracia y tecnocracia sindical.
- d) **La teoría del Hospital:** Compendio filosófico y social para trabajar la conformación arquitectónica, técnica y administrativa del hospital moderno. Se dividirá en 4 Sectores: Sector médico profesional / Sector administrativo / Sector técnico / Sector personal de maestranza y obreros.
- e) **La Ciudad Hospital:** La conformación de la **trilogía** centros de salud / unidad sanitaria / centros sanitarios
- f) Docencia en el Hospital
- g) Hogares de Ancianos y Hogares Escuela para Niños
- h) Hospital de Crónicos y Colonias
- i) Programa de administración y organización sanitaria
- j) Programa de técnica de la organización y administración de hospitales
- k) Programa de estadística
- l) **Sistema de campañas de vacunación**

m) **La creación de la fábrica estatal nacional de medicamentos**, central para Latinoamérica: EMESTA -Especialidades Medicinales del Estado-, con el único objetivo de “... *impedir ciertos abusos de los precios y algunas irregularidades en que siempre incurrían, quienes tienen poder económico...* ” (Carrillo, 1951:25). Con el objetivo de defender la soberanía, enfrentarse al poder de las multinacionales que abogan por la libre empresa, en búsqueda del avance del poder del Estado.

Como consecuencia, se llevó a cabo:

- Transformación sanitaria y de formación: Médicos y Personal administrativos.
- Creación de 230 establecimientos sanitarios de internación
- 50 institutos de salud especializados.
- 3000 dispensarios, centros de salud (salas de atención primaria de la salud)
- Dos fábricas de alta tecnología sanitaria.
- La revolución sanitaria de la capacidad instalada:

Al 31 de diciembre de 1953	Total de Establecimientos: 4.229
	Total de Camas: 130.180.
En 1946 sólo había 66.300 camas hospitalarias.	

Según Escudero “Carrillo dio a Argentina, Políticas de Estado de Salud que en su tiempo fueron un modelo, y que hoy haríamos bien en adoptar (...). Carrillo creó un sistema sanitario nacional, donde la planificación, la universalidad de los esfuerzos y del acceso, las economías de escala, la capacitación, la integración vertical y la persistencia eran elementos centrales; diferenciándose así de las concepciones de las políticas sociales como beneficencias” (Escudero, 2006:6), puesto que “*La salud no constituye un fin en si mismo, para el individuo ni para la sociedad, sino una condición de vida plena*” (Carrillo, 1951:30)

III. Formación y desarrollo del modelo descentralizado de salud

Entre 1955-1970, se modifica la tendencia tanto a nivel local como internacional. El modelo de salud que empieza a formarse es *pluralista de planificación descentralizada* (Katz, Arce y Muñoz, 1993). Esto va en consonancia con los discursos de la época de organismos sanitarios internacionales. (Informe OPS, 1957)

Asimismo, es una etapa de incipiente desconcentración, ya sea por delegación de responsabilidades a las provincias, o por la expansión de entidades no estatales que controlan y regulan las relaciones entre prestadores y prestatarios.

Esta transferencia sin los recursos técnicos y financieros genera “el rápido deterioro de los establecimientos y (...) de la hegemonía estatal en la oferta de servicios” (Katz, Arce y Muñoz, 1993: 21). En este sentido, se afianza el carácter pluralista de la oferta de servicios, que se había retrotraído en la etapa anterior por la expansión estatal.

Entre 1970-1977 se institucionaliza el modelo pluralista de planificación descentralizada que empezaba a formarse en los años anteriores. Esto supone la consolidación del sistema privado, y de descentralización⁶.

Durante la dictadura del '76 se favorece la expansión del sector privado; asimismo, se traspasan los servicios de salud a las provincias, sin el traspaso de recursos. También se universaliza el sistema financiador, abarcando a todos los trabajadores formales y jubilados y pensionados.

En este periodo “se desarrollan tanto la morfología como los patrones de comportamiento de los mercados de salud que conocemos actualmente” (Katz, Arce y Muñoz, 1993: 25-26)

El periodo comprendido entre 1977-1990 se caracteriza por la crisis del modelo pluralista de planificación descentralizada (Katz, Arce y Muñoz, 1993). Se privilegian las tecnologías de diagnóstico y tratamiento por sobre el enfoque clínico; en este sentido, se puede afirmar que el modelo de prestación se orienta hacia el tratamiento de la enfermedad y los servicios de alta complejidad.

Con la paridad cambiaria se propicia la importación de tecnología de diagnóstico, se instalan unidades de terapia intensiva a la par que se deterioran los ingresos de los profesionales médicos.

Los hospitales públicos dejan de ser los únicos portadores de tecnología de alta complejidad, a la vez que se desfinancian gradualmente por el recorte presupuestario. No obstante el contexto que permitiría al Estado adquirir tecnologías para abastecer el sector público, el rígido sistema de compras se lo impide.

Al mismo tiempo en el sector privado se desarrollan actividades de docencia, investigación y residencias. En las ciudades grandes se expanden abruptamente los servicios de prepagas.

Antes de la crisis hiperinflacionaria ya es evidente el agotamiento del modelo prestador. Ante la mayor demanda de los servicios públicos, el sector se encuentra desabastecido, sin equipos, sin recursos humanos, etc.

⁶ Durante la década del 70' se forja la ley 18610 que es la primera ley que regula la formación, funcionamiento y relación con las Obras Sociales.

El sector público tiene la mayor carga: enfermos crónicos, sectores con Obras Sociales pero que no pueden pagar los medicamentos, además de la formación técnica de los profesionales de la salud, la investigación, la previsión, etc.

“Largos años de desatención, pérdida de recursos humanos, falta de equipos e insumos, etc., además de la ausencia de programación global, explican las grandes dificultades que hoy padece la esfera pública para enfrentar la creciente demanda de servicios de los nuevos sectores carenciados” (Katz, Arce y Muñoz, 1993:29).

En este sentido, al descapitalizarse y desjerarquizarse el sistema público, se hace acreedor a la atención de la población sin cobertura de salud.

IV. Principales líneas de la reforma del sector salud y sus políticas sociales

Las reformas del Estado de los años '90 se encuentran inscriptas en el proyecto neoliberal que propicia un modelo de Estado mínimo, limitado a cumplir funciones limitadas y precisas (Almeida, 2001; Belmartino, 2005; Laurell, 2000).

Laurell (2000) realiza un aporte valioso al recordarnos que si bien el Estado mínimo – neoliberal- debe ser comprendido en contraposición al EB, es imprescindible pensar el papel activo y decisivo del mismo en el desmantelamiento de funciones e instituciones que eran de su prerrogativa a través de *la descentralización*⁷, *desconcentración*⁸ y *privatización*⁹. Como consecuencia de este proceso, se produce un “agotamiento del modelo organizacional y prestador vigente” (Katz, Arce y Muñoz, 1993:14) y la gran heterogeneidad entre las provincias. Estas medidas suponen el abandono de las funciones sociales por parte del Estado y su posterior mercantilización.

En una primera fase, el Estado promueve al mercado y la competitividad con acciones tendientes a mercantilizar los servicios y beneficios sociales, e incentiva la acción de las empresas privadas, asegurándoles el acceso a los fondos sociales y otros recursos estatales. En una segunda fase, el Estado desmantela o privatiza instituciones públicas de bienestar social,

7 La descentralización implica transferir a provincias y municipios, servicios que eran brindados por el Estado Nacional (se transfieren las responsabilidades, pero no los recursos). Estas instancias se encargarán técnica y financieramente de la administración de los servicios, aunque no se les transfieren nuevos recursos para hacerlo, por lo que se deteriora la calidad de las prestaciones.

8 Debido a la organización federal, el proceso de descentralización (de servicios) y desconcentración (en ministerios Provinciales) se dio con anterioridad en Argentina respecto a otros países de la región.

9 La privatización tiene estrategias formales e informales. Entre sus modalidades formales, se cuenta la transferencia de un servicio público u operación de un organismo público a una organización privada, la reducción de la participación del Estado en las empresas de capital social, la venta de activos y la compra de servicios (contratos). Entre sus modalidades informales, se halla el desfinanciamiento, el deterioro de las instalaciones y de las condiciones de trabajo – remuneración de las empresas.

tanto financieras como productoras de servicios que se han visto deterioradas en la primera fase (Laurell, 2000).

Si bien estas reformas son fomentadas por los organismos internacionales de crédito, con el argumento de superar las desigualdades e inequidades del sistema, las mismas tienen legitimidad debido al creciente malestar e insatisfacción de los usuarios.

Con las mismas premisas impuestas por el capital financiero multinacional se llevan a cabo las reformas de los sistemas de salud latinoamericanos.

En el año 1993 el documento *“Invertir en Salud”* del Banco Mundial afirma que la salud pertenece al ámbito privado y que el Estado sólo debe ocuparse de ella cuando los privados no quieren o no pueden hacerlo. Caracteriza al sector privado, en tanto gobernado por las leyes del mercado, como eficiente y equitativo, mientras que, el sector público es ineficiente e inequitativo.

La reforma del subsistema público está signada por el predominio de objetivos monetarios por sobre la búsqueda de equidad. Este proceso se inicia con el traspaso de aproximadamente 30 hospitales a las provincias (Lo Vuolo, 1998).

“La ausencia de coordinación desde el nivel central permitió una gran heterogeneidad de conductas a nivel provincial y municipal” (Belmartino, 2006: 131). Uno de los ejes de la reforma en salud en nuestro país, lo constituye la sanción del decreto 9 del año 1993.

Belmartino (2005) caracteriza este decreto a partir de tres pilares:

- libertad de elección de obra social por parte de la población beneficiaria;
- libertad de contratación entre organizaciones financiadoras y proveedores de atención;
- obligatoriedad por parte de las obras sociales de reintegrar al subsistema público el gasto generado por servicios brindados a sus beneficiarios.

Resultados semejantes tuvo el proyecto del *Hospital de Autogestión* que proponía como premisa central la captación de fondos propios provenientes de la atención a franjas adicionales de población con capacidad de pago, con el objeto de ampliar la cobertura y mejorar la atención de pacientes de menores recursos.

“El traspaso del hospital público a un régimen de autogestión tuvo efectos limitados. (...) la captación de nuevos recursos financieros no fue significativa, la preocupación por la eficiencia se canalizó, en algunas jurisdicciones, a través del fortalecimiento de la atención primaria, y en otras, captando segmentos del mercado con capacidad de pago o demandante de determinadas prácticas, por ejemplo, cirugía plástica aplicada a finalidades estéticas”. (Belmartino, 2006: 132)

Tanto el BM como el BID financiaron proyectos de reforma en algunas provincias, que tampoco tuvieron los efectos esperados. No obstante, se recuperó cierta capacidad hospitalaria en algunas de las provincias que recibieron el apoyo financiero de estos organismos (Buenos Aires, Mendoza, Salta, Río Negro)

El resultado de las transformaciones en el sistema de salud ha llevado a configurar al subsector público como desbordado respecto a las condiciones del subsector privado.

De este modo, el Estado sólo presta servicios mínimos a los que certifiquen ser pobres. Se observa claramente como el objetivo es dejar atrás la matriz universalista y fragmentar el sistema según la demanda.

Marco Normativo

No obstante este proceso de corrimiento del Estado de la esfera social, con la reforma constitucional de 1994 se ratifica una serie de tratados internacionales que adquieren rango constitucional. Muchos de estos tratados reconocen el derecho a la salud y a la atención médica. Al ratificar, los Estados reconocen el carácter obligatorio, de manera que estos derechos pasan a ser exigibles y judicializables.

Cabe destacar, que en la Reforma de 1949 (derogada por el régimen militar del '55) se introducen artículos que buscan garantizar el derecho a la preservación y al cuidado de la salud”, tanto para los trabajadores como para la ancianidad; asimismo, establece que una de las obligaciones del Congreso es adoptar las medidas necesarias en pos de la **salud pública**.

Con la reforma constitucional de 1994, el derecho a la salud cobra presencia, si bien no en los términos que expresaba la Constitución de 1949. Si antes del '94, quedaba subsumido en el Art. 33, en tanto el mismo plantea “*que las declaraciones, derechos y garantías que anumerara la Constitución, no serán entendidos como negación de otros derechos y garantías no enumerados (...)*”, en el texto de 1994 se incluye en el art. 42 (que garantiza la protección de la salud a todos los **usuarios y consumidores**) y, principalmente, a través del art. 75 inciso 22 (que otorga jerarquía constitucional a numerosos tratados internacionales de derechos humanos, entre ellos el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales -PIDESC). El mismo inciso establece la supremacía de estos tratados respecto a las leyes. En caso de que una ley / resolución atenten contra el espíritu de estos tratados, el Poder Judicial¹⁰ de la Nación puede declararlas inconstitucionales.

10 El PJN es el órgano responsable de garantizar que se respete la jerarquía de las normas; en caso de que el poder judicial argentino no los haga respetar, se puede acudir a la justicia internacional.

V. Políticas Sociales de Salud en la actualidad

Caracterización

El proceso de la reforma del sector salud ha determinado un marco restrictivo para las políticas sociales, a través de la imposición, a nivel estructural, de los procesos de descentralización, desconcentración y privatización, y a nivel de su lógica, de las políticas con carácter focalizado. Estas últimas buscan reducir el gasto social para llegar a los sectores más necesitados¹¹. En este sentido, notamos tres consecuencias:

- 1) El sector público se mantiene “sobreviviendo” **en lo que respecta a la cobertura y atención** -gracias a los trabajadores públicos- a pesar de la disminución de los estándares de calidad a nivel estético, edilicio y hasta tecnológico.
- 2) El sistema de salud universal configurado por la red de hospitales, centros de atención primaria, unidades sanitarias, agentes sanitarios, etc. construido desde la gestión Carrillo “(...) tiene serias limitaciones en su impacto real” (López, 2006:12). En este sentido, varios autores señalan que este sistema –al no ser utilizado por toda la población- y sus políticas de acción -dirigidas a poblaciones vulnerables específicas- se han ido transformando a la **focalización indirecta**: “*La selectividad puede basarse en informaciones generales sobre los posibles grupos de beneficiarios, con las que se obtiene una identificación grupal, regional o comunal de los beneficiarios y de sus carencias*” (Sojo, 1990:197).
- 3) La mayoría de los planes y programas sociales se han convertido en **programas de focalización directa**, ya que apuntan a concentrar el gasto social en la población más vulnerable: “*La selectividad es directa cuando la elección de los beneficiarios se realiza individualmente, caso por caso, para determinar si las personas o grupos familiares reúnen o no las características requeridas por los objetivos del programa*” (Sojo, 1990:196).

VI. Conclusión: trabajo comparativo de dos modelos de salud

A modo de conclusión, en el siguiente cuadro se presenta una comparación entre el modelo que se configura en la década del '40, y el que se constituye hacia fines del siglo XX.

¹¹ En esta línea es que emerge una nueva veta metodológica destinada a la identificación de los beneficiarios.

Los dos modelos de la Salud Pública en Argentina

	Modelo de Salud de Dr. Carrillo	Modelo de Salud en la Argentina Actual
Situación de Salud	<ul style="list-style-type: none"> - Estado se encarga de la Higiene Pública. - Salud en manos de beneficencia y privados. - Salud como responsabilidad individual. - Mala redistribución presupuestaria. - Mala situación hospitalaria. - Déficit de camas - Falta de personal técnico - Bajas remuneraciones - Ausencia de sistema administrativo. - Inexistencia de seguros sociales y regímenes provisionales. - Desabastecimiento de rubros e insumos. - Altos niveles de tuberculosis, paludismo, fiebre amarilla, mal de chagas. - Altos niveles de mortalidad infantil y mortalidad general, - Altos niveles de desnutrición - Altos niveles de morbilidad - Mala alimentación, baja calidad y cantidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reforma: Mercantilización + Descentralización + Desconcentración + Privatización + Focalización Directa o Indirecta - Salud Fragmentada. 3 Subsectores de la salud: OOSS, privados y público. Ninguno de los 3 funciona como corresponde. - Desmantelamiento y Precarización de la Salud Pública. - Desborde de la Salud Pública: BUENA atención con MAL sistema estético. Se debe encargar de: atender a la mayor cantidad de población nacional y extranjera, el control, la medicina Preventiva, la investigación, la docencia, la atención de enfermedades crónicas y a largo plazo, implementar políticas sociales para toda la población o para los más vulnerables. - Mala situación hospitalaria. Déficit de camas - Mala redistribución presupuestaria - Gasto innecesario de medicamentos y mal distribuidos. Mayormente pagos por la población. - Falta de personal técnico. Sobrecargar del sistema administrativo. - Bajas remuneraciones - Desabastecimiento de rubros e insumos. - Provincialización de la Salud. Heterogeneidad de las Provincias.

		<ul style="list-style-type: none"> - Imposibilidad de acción del gobierno Federal. - Salud como responsabilidad individual. - Reparación de Enfermedades supuestamente erradicadas. - Altos niveles de mortalidad infantil y mortalidad general - Altos niveles de desnutrición - Altos niveles de morbilidad - Mala alimentación, baja calidad y cantidad. - Desconocimiento de la población en la peor situación Sanitaria
<p>Intentos y capacidades de Resolución</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rol del Estado centralista. - Rol de la Medicina Moderna + Medicina Social + Medicina Preventiva + Medicina Sanitaria + Medicina Educativa y de investigación. - Protección Médica Integral. - Acción Pública y Sanitaria + Política Seguridad Social + Política de Salario + Política de Vivienda. - Revolución tecnológica de los hospitales. - Fiscalización Sanitaria. - Fábrica Nacional Estatal de Medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - 22 Políticas Sociales Nacionales de Focalización Directa o Indirecta. - Falta de Conexión entre las Políticas Nacionales, Provinciales y Municipales. - Recursos Humanos formados en el país, capacitados para la salud. Dispuestos a buscar un cambio laboral y/o social. - Tecnología para producir la mayoría de los insumos. - Población con un alto nivel educativo para seguir formando preventivamente por el compromiso social.

VII. Propuestas

A lo largo de este trabajo hemos realizado un breve recorrido histórico sobre el sistema de salud en la Argentina, sus características, modificaciones y formas de acción a través de las políticas sociales.

Para finalizar, hemos elaborado un análisis comparativo entre los dos modelos predominantes del Siglo XX: el universalista hacia mediados del siglo, y el selectivo hacia finales del siglo XX y principios del XXI. El objetivo fundamental ha sido reflexionar sobre la situación de la salud colectiva pública actual, como resultado del proceso social y político vivido en las últimas décadas.

A raíz del recorrido analítico realizado, nos han surgido una serie de preguntas ¿Qué propuestas se pueden realizar para mejorar la salud colectiva?... ¿Cómo podemos modificar la salud pública y nacional actual desde la construcción social y la acción política?

Como señala Escudero en el proyecto del Plan Fénix *“un sistema universal de salud, basado en el derecho de ciudadanía, financiado por las Rentas Generales y en general gratuito (y cuando no lo es, esto se debe al deseo de regular una demanda que de otra forma sería infinita, y no por propósitos de lucro), es la manera más sensata de organizar la oferta de salud colectiva”* (Escudero, 2008)

Sólo será posible una modificación del sistema de salud -que planifique para la salud colectiva- si se plantea:

- La integración de los subsistemas de salud actuales de Argentina, ampliando el subsector público y planificando la integración a éste -de forma gradual- de otros elementos actualmente existentes –principalmente el PAMI y las OOSS estatales-;
- La creación de fondos y préstamos federales para ser invertidos de manera integral;
- La selección pública de los trabajadores de la salud, con contratos registrados y beneficios sociales. Desde el Estado se tendría que establecer un rango de salarios para el personal de la salud -no sólo médicos sino para todos los profesionales que se desempeñan en el sector público-, para evitar la migración de los profesionales, dejando a provincias desabastecidas de recursos humanos en salud -en esto, la organización federal es claramente un obstáculo-;
- La fabricación estatal de medicamentos de alta calidad;

- La participación del pueblo Argentino, mediante campañas de prevención, participación y compromiso social. Promoción de la participación comunitaria y de OSC en el diseño de políticas de salud, y no solo en su monitoreo;
- La modificación de la estructura tributaria e impositiva de toda la Argentina, fomentando la progresividad de los mismos.

Sólo se podrá plantear una nueva salud colectiva, mediante políticas **universales, de acceso gratuito, con buen financiamiento y redistribución solidaria, de fácil acceso y con oferta del Estado Nacional** para toda la población de Argentina.

“El Estado no puede quedar indiferente ante el proceso económico, porque entonces no habrá posibilidades de justicia social, y tampoco puede quedar indiferente ante los problemas de la salud de un pueblo, porque un pueblo de enfermos no es ni puede ser un pueblo digno” (Carrillo; 1951:30).

Bibliografía

- Almeida, C. (2001) Reforma del Estado y del sector salud en América Latina. En críticas e aguantes, Ciencias Sociais e Humanas em Saúde na América Latina. Editora Fiocruz.
- Alzugaray, R. (2008): *Ramón Carrillo, el fundador del sanitarismo nacional*. Ed. Colihue. Buenos Aires.
- Arroyo, J; Cáceres, E; Chávez, S, Ríos, M (2004): Vínculos entre la salud pública y los derechos humanos. Informe de Investigación.
- Bauman, Z. (1999): *La Globalización. Consecuencias Humanas*. Fondo de Cultura Económica.
- Belmartino,S. (2005): *La Atención médica argentina en el siglo XX*. Instituciones y procesos. Siglo XXI Editores.
- Belmartino,S. (2006): “La reforma del sector salud en Argentina”. CEPAL y Siglo XXI Editores. Buenos Aires.
- Consejo Económico y Social, Naciones Unidas (2006): *Los derechos económicos, sociales y culturales*. Informe del relator especial sobre el derecho de todo persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Paul Hunt

- Di Gropello, E. y Cominetti, R. (comp.) (1998) La descentralización de la educación y la salud: Un análisis comparativo de la experiencia Latinoamericana. Santiago de Chile, CEPAL, págs: 17-24; 97-113
Disponible en http://www.who.int/about/brochure_es.pdf
- Domench, P. (2007): Políticas de salud. Diferentes perfiles a partir de los cambios en el Estado
- Escudero, J. C. (2005): “¿De qué hablamos cuando hablamos de salud colectiva?”. Revista Encrucijadas – UBA, Buenos Aires.
- Escudero, J. C. (2006): “Ramón Carrillo”. En Jornadas de Plan Fénix. Buenos Aires.
- Escudero, J. C. (2008): “Proceso de integración del Sistema de Salud”. Jornadas de Plan Fénix. Buenos Aires.
- Evaluación del derecho a la salud y a la atención de salud a nivel país. Una guía del movimiento por la salud de los pueblos. Octubre de 2006.
- Iriat, C; Merphy, E.E; Waitzkin, H. (1999): La atención gerencial en América Latina. Su papel en la reforma de los sistemas de salud. Instituto de Estudios y Formación CTA.
- Katz, Jorge (1993): *El Sector Salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.
- Laurell, A (2000). “Globalización y reforma del Estado”, en Costa, Merchán-Hammann y Tajer: Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas, Ed Abrasco
- López, S. (2006): “El Sistema de Salud Argentino. Caracterización y Conformación del Sistema de Salud”. Material de Cátedra “Medicina Social”, UNLP. Buenos Aires.
- Lo Vuolo, R. (1998): La nueva oscuridad en la política social. Del estado populista al neoconservador. Buenos Aires: Ciepp/Miño y Dávila.
- OMS (2006): Trabajar en pro de la salud.
- Rossi, M. T; Rubilar, A. N. (2007). Breve Reseña histórica de la evolución de los sistemas de salud. El caso argentino: una historia de fragmentación e inequidad, en Revista de la Asociación Médica Argentina, Vol. 120, N° 3 de 2007
- Sojo, A. (1990): “Naturaleza y selectividad de la política social”. Revista de la CEPAL, Santiago de Chile.

Consultas WEB

Legisalud Argentina: <http://leg.msal.gov.ar/index2.htm>
http://www.msal.gov.ar/htm/Site/prog_nac.asp